



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ANDRÉ MARQUES COSTA

**AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A
ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA UFC A PARTIR DE SEUS SUJEITOS:
PERCEPÇÕES E CONCEPÇÕES**

FORTALEZA

2018

ANDRÉ MARQUES COSTA

AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A
ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA UFC A PARTIR DE SEUS SUJEITOS:
PERCEPÇÕES E CONCEPÇÕES

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Roselane Gomes Bezerra.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C87a Costa, André Marques.

Avaliação das políticas públicas de assistência odontológica a estudantes de graduação da UFC a partir de seus sujeitos: percepções e concepções. / André Marques Costa. –2018.
99 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Prof^ª. Dr^ª. Roselane Gomes Bezerra.

1. Assistência Estudantil. 2. Avaliação de Políticas Públicas. 3. Saúde Bucal. 4. Inclusão Social. 5. Saúde Coletiva. I. Título.

CDD 320.6

ANDRÉ MARQUES COSTA

AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A
ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA UFC A PARTIR DE SEUS SUJEITOS:
PERCEPÇÕES E CONCEPÇÕES

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Roselane Gomes Bezerra.

Aprovada em: 31/ 01/ 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Roselane Gomes Bezerra (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC) – MAPP

Prof.^a Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC) – MAPP

Prof.^a Dra. Tânia Maria Batista de Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC) – FACED

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por nos conduzir pelos caminhos que temos que trilhar e não por aqueles os quais muitas vezes almejamos, nos ensinando aquilo que precisamos aprender e dando sentido à nossa existência.

Agradeço aos meus pais, porque deles tudo recebi e, se bons frutos posso colher, tenho que ser grato por toda a dedicação nessa sublime missão de criar pessoas de bem, algo que tenho exercido conforme meus pais fizeram comigo.

Agradeço aos meus irmãos de sangue e aos irmãos que os laços da vida me deram, pois são testemunhas das grandes e pequenas batalhas quotidianas e festejam conosco as boas vitórias.

Agradeço, de coração, a esse grupo muito especial de alunos do MAPP, um grupo heterogêneo de pessoas no qual cada uma emprestou um pouco do seu talento para dar identidade ao coletivo, trazendo sua história, sua sabedoria, sua excelência técnica para gerar conhecimento.

Agradeço a minha esposa, Luana, que se superou na minha ausência para poder cuidar de nossos filhos gêmeos, André Luís e Ana Lis, que têm de idade mais ou menos o tempo que durou esse Mestrado. Esse título também é seu meu amor: 50% desse mérito é seu. Te amo.

Enfim, rendo minhas homenagens aos nossos queridos professores: um seleto grupo de intelectuais, pensadores de questões cruciais para o país, pessoas com um olhar sensível ao coletivo. Os senhores não responderam todas as nossas perguntas, mas plantaram a semente para que saibamos fazer as perguntas certas. Nos ensinaram a estranhar o óbvio, a entender as forças que conduzem os movimentos políticos, econômicos e sociais. É como se fossemos peixes a nadar em um oceano e só agora nos déssemos conta de que estamos imersos em água e que dela somos dependentes para viver. Vocês nos lançaram à Luz e, encandeados com a nova perspectiva de realidade, seguimos nosso caminho, acredito agora que um pouco mais conscientes de como a engrenagem social funciona.

Feliz daquele que tem um guia, um orientador, um mentor. Minha gratidão especial a essas três mulheres, professoras Tânia e Alba, componentes das bancas de qualificação e defesa, e, principalmente, Roselane, minha orientadora, que nos conduziram nesse caminho metodológico da produção textual e generosamente trouxeram suas contribuições acadêmicas para esse trabalho.

Semente do Amanhã
(Nunca Pare de Sonhar)

Ontem um menino que brincava me falou
Que hoje é semente do amanhã...
Para não ter medo que este tempo vai passar...
Não se desespere, nem pare de sonhar
Nunca se entregue,
nasça sempre com as manhãs...
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar!
Fé na vida, fé no homem, fé no que virá!
Nós podemos tudo, nós podemos mais
Vamos lá fazer o que será!
(Gonzaguinha)

RESUMO

O presente trabalho é um estudo qualitativo a respeito das políticas de assistência odontológica destinadas a estudantes de graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC). Tais políticas, que se alicerçam basicamente sob as diretrizes do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PENAES) são trabalhadas principalmente no âmbito da Coordenação de Perícia e da Assistência ao Servidor (CPASE); e, por isso, esse foi o campo principal de investigação, extrapolando-se para outros espaços no âmbito da UFC, a exemplo da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) e da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE). Importante destacar o objeto desta pesquisa, ou seja, as concepções e o desenvolvimento acerca dos serviços odontológicos. Nesse sentido, buscou-se detectar questões ligadas ao atendimento odontológico, estudando-se aspectos relacionados à qualidade de atendimento e outros aspectos estruturais e logísticos. Todavia, também procurou-se captar as impressões dos sujeitos envolvidos, identificando-se os sentidos e significados da política em estudo, trabalhando-se com as questões da estética oral, dor, inclusão social, condições de trabalho de servidores, valorização e motivação dos profissionais técnicos administrativos. Para tanto foram utilizados métodos de pesquisa qualitativa, que são frequentemente utilizados na pesquisa social, como o diário de campo, as entrevistas semiestruturadas e o grupo focal. Para embasar a discussão teórica foram realizadas revisões da literatura a respeito de temas relacionados à trajetória histórica das políticas de assistência estudantil no Brasil, bem como ao processo de ampliação da publicização da odontologia e ao avanço das diversas compreensões sobre o processo avaliativo em políticas públicas. Assim, cumpre destacar que este trabalho se inspira na metodologia da Avaliação em Profundidade, sem, contudo, por questões de limitações práticas, pretender contemplá-la na íntegra, pois aproveita a riqueza do estudo de seus eixos analíticos, com a pretensão de realizar um processo avaliativo alinhado à perspectiva de uma avaliação de caráter pluralista e, portanto, eminentemente antipositivista.

Palavras-chave: Assistência Estudantil. Avaliação de Políticas Públicas. Saúde Bucal. Inclusão Social. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The present work is a qualitative study about the policies of dental assistance for undergraduate students of the Federal University of Ceará, UFC. These policies, which are basically based on the guidelines of the National Program of Student Assistance (PENAES), are worked mainly in the scope of the Coordination of Expertise and Assistance to the Server (CPASE) and, therefore, this was the main field of investigation, extrapolating (PROGEP) and the Pro-Rector's Office for Student Affairs (PRAE), for other spaces within the UFC. In this sense, we sought to detect issues related to dental care, studying aspects related to quality of care and other structural and logistic aspects, but also sought to capture the impressions of the subjects involved, identifying the meanings and meanings of the policy under study, working with questions of oral aesthetics, pain, social inclusion, working conditions of employees, valorization and motivation of administrative technical professionals. For that, qualitative research methods were used, which are frequently used in social research, such as the field diary, semi-structured interviews and the focus group. Furthermore, to support the theoretical discussion, literature reviews were carried out on topics related to the historical trajectory of student assistance policies in Brazil, as well as the process of expanding the publication of dentistry and the advancement of the various understandings on the evaluation process in public policies. Thus, it should be noted that this work is based on the methodology of In-depth Assessment, without, however, for reasons of practical limitations, to contemplate it in its entirety, but taking advantage of the richness of the study of its analytical axes, with the evaluation process in line with the perspective of an evaluation of a pluralistic and, therefore, eminently anti-positivist character.

Keywords: Student Assistance. Evaluation of Public Policies. Oral Health. Social Inclusion. Collective Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ALN	Assessoria de Legislação e Normas
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ATA	Assessoria Técnica e Administrativa
CACVT	Comissão de Avaliação de Certificados e Títulos
CAD	Coordenadoria de Atividades Desportivas
CENSER	Central de Serviços ao Servidor
CAP	Caixas de Saúde e Pensões
CAPES	Coordenadoria de Administração de Pessoal
CASE	Coordenadoria de Assistência Estudantil
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CENSER	Central de Serviços ao Servidor
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CODEC	Coordenadoria de Desenvolvimento e Capacitação
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COQVT	Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho
CPAC	Comissão Permanente de Acumulação de Cargos
CPASE	Coordenação de Perícia e Assistência ao Servidor e ao Estudante
CPOD	Índice de dentes perdidos, cariados e obturados
CPPD	Comissão Permanente de Pessoal Docente
CRU	Coordenadoria do Restaurante Universitário
DAP	Divisão de Apoio Administrativo
DESMT	Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
DIACE	Divisão de Atendimento ao Controle Externo
DIAPS	Divisão de Apoio Psicossocial
DIBEN	Divisão de Administração de Benefícios
DICAD	Divisão de Carreira e Avaliação de Desempenho
DICON	Divisão de Concurso e Provedimento
DIFOP	Divisão de Formação Profissional

DIMOV	Divisão de Dimensionamento e Movimentação
DIPTA	Divisão de Pessoal Terceirizado Administrativo
DIPAG	Divisão de Pagamento de Pessoal Ativo
DIPAP	Divisão de Provimento de Aposentadorias e Pensões
DIPAT	Divisão de Informação de Pessoal Ativo
DMO	Departamento Médico-Odontológico
DIPPC	Divisão de Programas e Projetos Culturais
DPPAP	Divisão de Pagamento de Aposentadorias e Pensões
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FFOE/UFC	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem/UFC
FONAPRACE	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
IAP	Institutos de Assistência Previdenciária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INPS	Instituto Nacional de Previdência
LABOMAR	Instituto de Ciências do Mar
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MAPP	Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas
MEC	Ministério da Educação
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NUPASE	Núcleo de Perícia e Assistência ao Servidor e ao Estudante
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não-governamentais
PCCTAE (CIS)	Comissão Interna de Supervisão
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PISE	Programa Integrado de Saúde Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil
PNE	Plano Nacional de Educação

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRAE	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
PRECAD	Plano de Reorientação da Assistência Odontológica
PROGEP	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RU	Restaurante Universitário
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SECAD	Secretaria Administrativa
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico Administrativo em Educação
THD	Técnico de Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
ULPRO	Unidade de Lotação Provisória

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 POLÍTICAS PÚBLICAS: DE QUÊ ESTAMOS FALANDO?.....	18
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL NOS CIRCUITOS DA HISTÓRIA: PARADOXOS E OPORTUNIDADES DE INCLUSÃO	29
4 A SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DA ODONTOLOGIA DE MERCADO À PUBLICIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA.....	36
5 O DESENHO METODOLÓGICO: CAMINHOS INVESTIGATIVOS NA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA UFC.....	46
6 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO PNAES: UMA AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA UFC	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, ao longo da História, muito já se conseguiu em prol da assistência estudantil: antes quase que como um instrumento de caridade aos estudantes pobres; e, atualmente, com o desenho de políticas públicas, visa-se reduzir a evasão escolar, garantindo esse direito tão relevante que é o direito à Educação.

Nesse contexto, este trabalho de Mestrado se propõe a estudar uma das estratégias assistenciais do Governo Federal, o Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), que apoia a permanência de estudantes de baixa renda matriculados em cursos de graduação presenciais das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES).

O objetivo do PNAES é viabilizar a igualdade de oportunidades entre todos os estudantes e contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico a partir de medidas que busquem combater situações de repetência e evasão.

Dentre as ações do PNAES estão as ações de assistência à saúde, que dão importante suporte à qualidade de vida dos alunos, contribuindo de forma relevante para a permanência desses alunos nos cursos de graduação. Integrando o rol de serviços ofertados no PNAES, está a assistência odontológica, que contribui relevantemente para a manutenção integral da saúde, indo ao encontro de princípios constitucionais e, também, ao conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no aspecto de saúde ampliada, contemplando questões que conduzem a uma maior qualidade de vida aos indivíduos.

Nesse cenário, a Universidade Federal do Ceará possui, tanto em estrutura física, quanto em material humano, uma ampla gama de recursos na área da saúde. Assim, boa parte desses recursos é disponibilizada aos alunos da graduação como suporte assistencial em saúde quando necessário.

Enquanto cirurgião-dentista, atuante há dezessete anos na atenção básica em saúde pública, tive experiência em trabalhar com comunidades de baixa renda desde a graduação em Odontologia na FFOE/UFC (2000.1). Naquela oportunidade, colaborei com projetos de extensão universitária relacionados à Saúde da Família. Constatei, à época, a dura realidade de grande parte da população, que possui difícil acesso aos serviços odontológicos. Tal situação foi, infelizmente, se confirmando durante toda a minha vida profissional nos diversos espaços onde atuei.

O que pude constatar – pela minha experiência laboral e pela literatura pesquisada – foi o fato de que o serviço odontológico é algo elitizado e escasso no âmbito público. Embora tenha havido investimentos nesse sentido, como veremos adiante, existe uma herança negativa

de muitos anos de negligência quanto às políticas públicas de saúde bucal, gerando uma enorme demanda reprimida por atenção de serviços odontológicos nas mais diversas especialidades.

Em uma fase profissional mais recente, no ano de 2013, após ingressar no serviço público federal, trabalhei como odontólogo da Coordenação de Perícia e Assistência ao Servidor da Universidade Federal do Ceará (CPASE/UFC). Nesse órgão deparei-me, constantemente, com a difícil realidade dos alunos de graduação, principalmente os de baixa renda, que buscavam o serviço de assistência odontológica da CPASE.

Inferi, assim, o quanto é relevante a assistência à saúde a esses alunos, em especial, à saúde odontológica ofertada pela UFC. Discentes esses que, em alguns casos, não teriam facilidade de acesso a esse tipo de serviço fora do âmbito da universidade.

Diante disso, percebi a necessidade de investigar as percepções desses alunos usuários e, também, dos servidores do setor odontológico da CPASE, em aspecto amplo e aprofundado, a respeito do atendimento recebido e do serviço prestado.

Nesse sentido, pude questionar se os serviços já ofertados são de amplo conhecimento dos alunos da UFC, se são suficientes, se são considerados de qualidade pelos alunos e se esses serviços oferecem resolutividade, dentre outros aspectos. Também pude captar as dificuldades, os entraves e os gargalos, que dificultam a prestação de serviços odontológicos no âmbito da CPASE sob a perspectiva dos servidores.

Assim, foi possível avaliar as Políticas Públicas nesse aspecto, a fim de que possam emergir melhorias que permitam o bom uso da capacidade odontológica assistencial da UFC e ofertar melhores benefícios ao estudante, auxiliando-o na manutenção da saúde bucal. Afinal, esta contribui para a manutenção da integralidade das saúdes física e mental, bem como para o bom rendimento acadêmico e na redução da evasão.

A pesquisa de campo, por sua vez, foi muito além de uma investigação de aspecto gerencial e tradicional. Nossa pretensão foi vislumbrar as percepções dos alunos usuários desse serviço, dos servidores envolvidos na prestação desse atendimento e de outros sujeitos relevantes, a exemplo de chefes imediatos e pró-reitores de gestão de pessoas e de assuntos estudantis. Desse modo, foram colhidas percepções e concepções em busca de uma avaliação sobre a perspectiva daqueles que estão diretamente relacionados e foram garimpadas histórias que pudessem trazer luzes a esse processo avaliativo, buscando simbologias e significados.

Dadas essas considerações, nossa pergunta de partida foi: Quais as percepções dos alunos de graduação da UFC, usuários do serviço odontológico no âmbito da CPASE/UFC, quanto ao atendimento recebido nesse setor, e quais as percepções dos servidores que prestam atendimento assistencial nesse setor a respeito de suas condições laborais?

Para investigar essa hipótese foi empreendida uma coleta de dados em campo que, junto com uma revisão da literatura, gerou um diálogo sobre alguns assuntos fundamentais que abordaremos durante todo o texto.

Ainda nesse espaço introdutório, cabe a nós trazer alguns elementos de reflexão a respeito das políticas públicas – como garantia de direitos sociais –, bem como sobre as políticas de assistência estudantil, sobre a importância do serviço assistencial odontológico e suas implicações sociais, além de outros pontos que darão suporte às discussões posteriores no texto.

Um desses pontos a serem discutidos é a questão da garantia de direitos sociais. Nesse aspecto, segundo Bobbio (1992), a grave problemática de nossa época com relação aos direitos do homem não é a falta de regulamentação, mas a de proteção, pois existe vasta gama de legislações que discorrem sobre os direitos; porém, nem todas as vezes são respeitadas (BOBBIO, 1992). Isso porque,

Constituem-se, neste contexto, as políticas sociais, que protegem e ajudam a concretizar os direitos sociais. Assim, segundo Pereira, é mediante política social que os direitos sociais se concretizam e as necessidades humanas são atendidas na perspectiva da cidadania ampliada (PEREIRA, 2008, p. 165).

Desse modo, enquanto direito social, a educação e a saúde concretizam-se por meio de políticas públicas sociais, que, baseadas na legislação, se solidificam para garantir o direito à Educação e à Saúde.

Assim, todo o texto está construído por um entrelace desses dois direitos sociais: Educação e Saúde. Dessa forma, percebemos que o âmbito das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) se torna fecundo espaço para outras garantias sociais, a exemplo da assistência à saúde, e, nesse aspecto, trabalharemos os programas de assistência estudantil como ferramentas de inclusão social. Ademais, valorizaremos a discussão dos temas relacionados à odontologia, abordando o papel de inclusão social por acreditarmos na relevância dos aspectos bucais para a qualidade de vida dos discentes.

Os aspectos da trajetória histórica das políticas de assistência estudantil serão abordados em capítulo próprio, mas antecipamos que, ao longo tempo, a assistência odontológica sempre esteve dentro do rol de serviços relevantes desde o início da evolução das políticas de assistência estudantil, permanecendo nos textos constitucionais em sequência até as formulações de políticas públicas mais modernas.

Assim, destacamos a seguir alguns dados a respeito do que atualmente está em vigência, lembrando que a trajetória temporal e os marcos legais serão devidamente trabalhados em momento posterior no texto.

Em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e fomentando a assistência estudantil, o Governo Federal – por intermédio do Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010 – discorre sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), que dá apoio à permanência de estudantes de baixa renda matriculados em cursos de graduação presenciais das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). O objetivo do PNAES é viabilizar a igualdade de oportunidades entre todos os estudantes e contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico a partir de medidas que buscam combater situações de repetência e evasão.

Nesse viés, o PNAES tem como objetivos: democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal; minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência e conclusão da educação superior; reduzir as taxas de retenção e de evasão; e contribuir para a promoção da inclusão social pela Educação.

Enquanto Política Pública, instituída pelo Governo Federal para alcançar seus objetivos, o PNAES preconiza ações nas áreas de: moradia estudantil; alimentação; transporte; atenção à saúde; inclusão digital; cultura; esporte; creche; apoio pedagógico; acesso, participação e aprendizagem de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação.

Nesse contexto, as ações de assistência à saúde, em especial à saúde bucal – que é o foco deste trabalho –, contempladas no PNAES, são importantes suportes à qualidade de vida dos alunos, contribuindo de forma relevante para: a redução do absentéismo; a permanência dos alunos no curso de graduação; e, portanto, para o aumento do número de alunos que concluem a graduação escolhida, visto que a realidade de oferta de serviços odontológicos públicos ainda é insuficiente, embora tenha havido avanços conforme veremos no decorrer do texto.

Desse modo, ilustrando a realidade brasileira em saúde bucal – para que se tenha uma dimensão da importância desse suporte à assistência odontológica no âmbito do PNAES –, dados divulgados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que 16 milhões de brasileiros não têm nenhum dente na boca. O número representa 11% da população, sendo 13,3% de mulheres e 8,4% de homens.

Segundo a pesquisa, 41,5% dos brasileiros com mais de 60 anos já perderam todos os dentes. Entre os que não têm Ensino Fundamental completo, o percentual de desdentados é de 22,8%. Os dados também revelaram que 55,6% dos brasileiros não visitou um dentista em 2013, ano analisado pela pesquisa.

O resultado da pesquisa revela ainda outros problemas relacionados aos cuidados preventivos com o sistema estomatognático (estruturas ligadas à boca). Embora 89,1% dos

entrevistados tenha afirmado escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia, apenas 53% disseram usar escova, pasta e fio dental. Além disso, somente 46% disseram trocar a escova a cada três meses, como recomendam os dentistas.

De fato, a saúde bucal tem relação direta com a qualidade de vida e influencia nas atividades diárias dos indivíduos. O descaso com a higiene bucal pode levar a sérios problemas de saúde, além da perda dos dentes. As bactérias que se deslocam da boca podem chegar ao sistema circulatório, afetando vários órgãos. Estudos apontam ainda que a falta de higiene bucal é uma das desencadeadoras de doenças cardíacas e de parto prematuro.

Ademais, estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais demonstram que a ocorrência de dor é a razão principal pelas quais 75 a 80% das pessoas procuram os serviços de saúde. A dor crônica acomete entre 30 e 40% da população brasileira, representando a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho. Essa dor é também uma das principais causas do sofrimento humano, gerando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e incomensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, constituindo-se grave problema para a Saúde Pública.

As dores de dente fazem parte daquelas mais comuns que afetam a humanidade. Por causa do fracasso em manejar os determinantes sociais e materiais para incorporar a saúde bucal, dentro da promoção de saúde geral, milhões de pessoas sofrem dor de dente, têm uma qualidade de vida escassa e alta prevalência de dentes perdidos.

Ademais, o sorriso tem um papel primordial na determinação da atratividade facial (VALO; OHIO, 1995), ele supera em grau de importância sobre a cor da pele, olhos, cabelos, forma da face e do nariz como principal fator determinante da atratividade da face. Nesse sentido, Qualtrough e Burke (1994) afirmam que a estética dental está relacionada com a formação da personalidade e com as características do indivíduo. Esses autores afirmam que as deficiências estéticas no sorriso podem determinar baixa autoconfiança, representando desvantagem social, educacional e ocupacional.

Ao comentar o clássico livro "O capital" (1867), de Karl Marx, o autor Ladeira (2015) aponta que:

[...] no capitalismo, os bens materiais, ao serem fetichizados, passam a assumir qualidades que vão além da mera materialidade. As coisas são personificadas e as pessoas são coisificadas. Em outros termos, o automóvel de luxo, uma mansão em um bairro nobre ou a ostentação de objetos de determinadas marcas famosas (LADEIRA, 2015, p. 2).

Em analogia ao autor, acrescentamos que a estética agradável de dentes bem tratados “são alguns dos fatores que conferem maior valorização e visibilidade social a um indivíduo” (LADEIRA, 2015, p. 1).

Diante disso, compreendemos o acesso aos serviços de saúde bucal como algo básico e primordial, de forma que, se for negligenciado, o direito constitucional de acesso integral à saúde não poderá ser cumprido. Depreendemos ainda que a disponibilização de assistência odontológica, enquanto ação do PNAES nas Instituições Federais de Nível Superior, é uma forma de inclusão social. Tal afirmativa se faz evidente ao analisarmos o atual perfil do corpo discente das universidades federais brasileiras, composto – devido à vigente política de cotas – por 50% de alunos que acessam aos cursos superiores por essa modalidade.

Nesse contexto, não é raro encontrar acadêmicos usuários do serviço odontológico da CPASE, que tiveram a primeira oportunidade de serem submetidos à consulta odontológica de maneira rotineira apenas após acessarem esse serviço, o que foi possível pela ocasião de terem ingressado na UFC. São alunos, muitas vezes, com graves sequelas odontológicas, com estética bucal comprometida e histórico de dor.

Assim, pela empiria que o cotidiano laboral nos impõe, somados aos achados que a literatura acadêmica nos apresenta, esse trabalho científico se justifica por pretender fazer uma discussão a respeito dessas relevantes políticas sociais ligadas à assistência estudantil, com o recorte na assistência em saúde e foco na assistência odontológica. Para tanto, no decorrer do texto faremos um apanhado histórico a respeito da evolução das políticas públicas e, em sequência, faremos uma abordagem histórica a respeito da assistência estudantil.

Traremos também o processo de publicização dos serviços odontológicos no Brasil e, mais adiante, os aspectos metodológicos dessa pesquisa. Em sequência, traremos a avaliação propriamente dita, com dados coletados no trabalho de campo e, por fim, as considerações finais, com o intuito de dar luzes às discussões que permeiam todo o texto.

Como capítulos da pesquisa dispomos, logo após a introdução, o tópico “Políticas Públicas: de quê estamos falando?” que enfoca as definições e conceitos das políticas públicas embasando os principais autores da pesquisa.

No capítulo seguinte, “Políticas Públicas de Assistência Estudantil nos circuitos da História: paradoxos e oportunidades de inclusão”, o enfoque maior será dado à evolução dessas políticas e suas perspectivas.

Em sequência, no capítulo “A Saúde Bucal no Brasil: da Odontologia de Mercado à publicização da Odontologia”, aborda-se a questão da saúde pública e o mercado odontológico, que traz a cronologia dos avanços da política assistencialista de saúde bucal no Brasil.

Em capítulo posterior, abordamos a metodologia utilizada e enfatizamos as avaliações de assistência odontológica, com narrativa do autor em cima dos teóricos e da pesquisa.

Na parte seguinte do trabalho, o capítulo “Políticas Públicas de Assistência Odontológica no PNAES: uma avaliação no âmbito da UFC” traz o estudo avaliativo propriamente dito da política em questão, com a presença das falas dos sujeitos e as inferências do autor, trazendo as percepções dos envolvidos.

Ao concluir o texto, por derradeiro, trazemos as considerações finais desse estudo, resultado do entrelaçar entre a empiria do autor, dados garimpados em campo e embasamento teórico feito na revisão da literatura.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS: DE QUÊ ESTAMOS FALANDO?

Neste segmento de nosso texto faremos uma abordagem dos aspectos relacionados às políticas públicas, caracterizando os diversos modelos dessas políticas ao longo da História. Além disso, faremos uma reflexão a respeito dos diversos tipos de processos avaliativos, contrapondo a visão tradicional e a visão pluralista. Essa exposição contribuirá adiante com o estudo da metodologia de pesquisa escolhida, embasando a discussão teórica da avaliação de políticas públicas.

Segundo Teixeira (2002), as políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público, regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, isto é, mediações entre atores da sociedade e do Estado. Nesse caso, as políticas explicitadas são formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos), que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

Ainda de acordo com Teixeira (2002), as políticas públicas traduzem no seu processo de elaboração, sobretudo, em seus resultados formas de exercício do poder e benefícios sociais. Ou seja, para se elaborar uma política pública é preciso definir quem decide o quê, quando, com quais consequências e para quem.

Ademais, as políticas públicas visam responder as demandas, mais notadamente as dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Já outras políticas também objetivam promover o desenvolvimento, criando alternativas de geração de emprego como forma compensatória dos ajustes criados por políticas de cunho econômico, além de servirem de referência valorativa (SARAIVA; NUNES, 2011).

Teixeira (2002) também relaciona políticas públicas com as ideologias de perfil estatal, seja ele liberal, seja ele neoliberal ou socialdemocrata, com foco nas questões conjunturais.

Vários canais institucionais podem ser utilizados para esse debate, desde os Conselhos de Gestão até espaços autônomos já em funcionamento ou a serem criados em áreas específicas. Deve-se também usar alguns mecanismos de natureza administrativa, judicial ou parlamentar, criados a partir da Constituição de 88, para exercer junto ao Estado um papel mais ativo e propositivo, inclusive de controle e de avaliação de ações negociada.

Quando pensamos, então, no contexto da Avaliação de Políticas Públicas percebemos que o Estado vem sendo alvo de amplas transformações, objeto de sucessivas reformas administrativas, redefinição de estruturas, presença de novos atores nas ações públicas (ONGs, empresariado etc.), reformulação e inovação de processos e de instrumentos de gestão, que se generalizaram em âmbito mundial. Nesse contexto, a avaliação de políticas públicas parece ter

encontrado um lugar de destaque para onde convergem as expectativas quanto à sua utilidade e oportunidade (TINÔCO; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

Segundo Klessner (1998) a avaliação é uma atividade infinitamente complexa, visto que encerra em si mesma a complexidade de toda e qualquer política, cujos objetivos são variados – os atores numerosos, os instrumentos diversificados –, enquanto os resultados são, principalmente, decepcionantes.

A incapacidade de as políticas cumprirem os resultados esperados tem sido observada reiteradamente na literatura especializada, tornando ainda mais premente e necessária a atividade avaliativa.

Segundo Perret (2001), a avaliação é uma atividade polissêmica, que se aplica a objetos diversos – políticas, programas e projetos – em diferentes domínios da ação pública (educação, saúde, meio ambiente, segurança etc.) e em espaços geográficos de abrangência variável (local, regional, nacional e internacional).

Seguindo direta ou indiretamente os passos de Scriven (1967), ressalta-se que a avaliação é uma atividade movida por diferentes finalidades: esclarecer o planejamento da concepção de um programa ou política; elucidar os seus processos de implementação, avaliação formativa ou corretora; e, principalmente; apreender os seus resultados, avaliação de balanço e conclusiva (SUBIRATS, 1994; PERRETS, 2001).

A primeira concepção – o planejamento – tem por preocupação descobrir os aspectos problemáticos do planejamento do programa para necessários ajustes. A segunda pode ser chamada de estudos de implementação, pois pretende analisar o funcionamento real do programa e os aspectos a eles relacionados: visa conhecer as dificuldades e os pontos críticos para favorecer melhorias e aperfeiçoamentos. A terceira, os resultados, busca informações sobre os resultados finais do programa e, assim, permitir um julgamento sobre o seu valor global (SUBIRATS, 1994).

No passado, a avaliação era assemelhada a um teste ou descrição e, posteriormente, como uma pesquisa na área de Ciências Sociais. Ou, para usar os termos de Weiss (1978) já na década de 1970, pode ser tratada como uma investigação avaliativa.

Perret (2001), por exemplo, vai se referir a uma maneira de agir de caráter institucional e vê a avaliação na perspectiva de pesquisa avaliativa. Esta designa métodos e técnicas das Ciências Sociais aplicadas à análise dos efeitos da ação pública. No caso, essa pesquisa busca responder às questões colocadas pelos proponentes políticos no âmbito do projeto de avaliação. Dessa forma, parte do planejamento da avaliação deve dispor de uma direção encarregada de sua condução.

A avaliação, em alguns casos, pode também ser concebida como um instrumento de caráter operacional: é mais pontual e menos compreensiva do que a pesquisa avaliativa. Algumas práticas, ditas avaliativas, de fato apenas aplicam instrumentos que visam a mensuração de alguns elementos valorizados pelos experts (ARRETCHE, 2001).

Nesse sentido, retomando a evolução histórica da avaliação sob ângulos e perspectivas diferentes, detemo-nos por ora na forma como a avaliação de políticas públicas é exercida desde o início do século XX nos países anglo-saxões, como Estados Unidos, pioneiros na difusão de seus resultados.

Utilizou-se em princípio testes, descrições, métodos experimentais e técnicas de análise quantitativa para apreender a eficácia de variáveis de impacto em amostras de beneficiários e de não-beneficiários de programas governamentais, dentre outros procedimentos.

A avaliação de primeira geração, segundo Guba e Lincoln (2011), era caracterizada por testes de medição, seja de aspectos relativos a componentes curriculares das escolas, seja quanto a coeficientes de inteligência ou até medidas para aferir a idade mental das crianças.

A avaliação de segunda geração aprofunda os aspectos referentes à medição, incorporando elementos descritivos sobre parâmetros, pontos fortes e fracos em relação aos objetivos estabelecidos e introduz o que se conhece hoje por avaliação formativa.

A terceira geração incorpora um elemento que se tornou atualmente essencial: o julgamento. Isto é, tanto os objetivos como os desempenhos esperados devem possibilitar estabelecer juízos sobre a avaliação.

A avaliação de quarta geração, finalmente com base construtivista, adota métodos qualitativos e participativos e incorpora os anseios, expectativas e visões dos *stakeholders*, que participam desde a concepção da avaliação por meio de: informações privilegiadas; formas de interpretação das mesmas; resolução de conflitos; tratamento das divergências entre os participantes em um processo de negociação permanentes.

A palavra da língua inglesa *stakeholder* significa “público estratégico” e descreve uma pessoa ou grupo que fez um investimento ou tem ações ou interesse em uma empresa, negócio ou indústria. Em inglês *stake* significa interesse, participação, risco; *holder* significa aquele que possui. Assim, *stakeholder* também significa parte interessada ou interveniente. É uma palavra em inglês muito utilizada nas áreas de comunicação, administração e tecnologia da informação, cujo objetivo é designar as pessoas e grupos mais importantes para um planejamento estratégico ou plano de negócios, ou seja, alcança as partes interessadas.

O termo *stakeholder* foi criado pelo filósofo Robert Edward Freeman. Ao entender a importância dos *stakeholders*, o responsável pelo planejamento ou plano consegue ter uma visão mais ampla de todos envolvidos em um processo ou projeto e saber de que maneira eles podem contribuir para a otimização deste. Os *stakeholders* são elementos fulcrais em termos de planejamento estratégico de uma empresa ou organização.

Os países europeus e latino-americanos passaram a utilizar sistematicamente a avaliação mais recentemente, principalmente a partir dos anos 1990. As agências internacionais têm difundido e requerido a avaliação como elemento condicionador de seus empréstimos. Sua importância e disseminação se tornaram estratégicas, constituindo-se um meio de obter informações a respeito das atividades por elas financiadas (PERRET, 2001).

No Brasil, a avaliação também tem sido ampliada como prática sistemática de programas e projetos financiados por agências nacionais e internacionais. Alguns setores têm apresentado avanços, como a Educação.

Desde 1996, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), mecanismos de avaliação da educação foram adotados em todo país. Dos anos 1990 em diante as reformas da gestão pública passaram a exigir a aplicação de instrumentos de avaliação, sincronizados com a ótica produtivista, que guia a sociedade mercantil no âmbito das reformas de cunho neoliberal, abrindo espaço para uma avaliação gerencial, na qual métodos e parâmetros das empresas privadas servem de modelos a serem adotados pelo serviço público no âmbito das organizações públicas.

Quanto ao tipo de avaliação situada no tempo, segundo Mény e Thoenig (1989), encontra-se a avaliação *ex-ante* ou *a priori*, e *ex-post* ou *a posteriori*. A avaliação *ex-ante* é prospectiva e constitui um instrumento de ajuda à decisão. Esse tipo de avaliação ajuda os decisores a efetuar escolhas sobre investimentos muito elevados, como armamentos militares, estradas, meios de transporte, entre outros. Quanto à avaliação *ex-post*, diferentemente da anterior, é retrospectiva: busca apreender os impactos gerados por uma política pública, a relação entre as realizações públicas e seus impactos no meio social e natural. Trata da eficácia externa da ação pública.

A avaliação *ex-post*, de balanço, consiste em identificar os efeitos próprios de uma ação, com vistas a estabelecer um julgamento sobre o fracasso da intervenção pública, se o problema foi erradicado e se os objetivos foram ou não atingidos (MÉNY; THOEING, 1989).

Avaliar uma política pública, portanto, consiste em apreciar os efeitos atribuídos a uma intervenção governamental no domínio da vida social e do meio ambiente físico. E o analista poderia ter o suporte de técnicas de exploração, que seriam as das Ciências Sociais como estudo

de caso, estudo de série e outros planos de investigação ou experimento ao se tratar a política pública como hipótese de mudança (KLESSER, 1998).

Ainda para Mény e Thoenig (1989), a avaliação pode ser diferenciada segundo a atitude do avaliador e suas funções junto ao processo avaliativo. Nesse sentido, haveria: atitude descritiva (realização de inventário e lista dos efeitos em período de tempo); atitude clínica (o avaliador adota os valores eleitos por ele mesmo para se referenciar na medição dos resultados observáveis e isso pode ocorrer por diversas razões, até pela falta de clareza dos objetivos da política); atitude experimentalista (procura relações estáveis de causalidade em termos do conteúdo da política).

Os autores citados observam que são raras as políticas públicas que dispõem desde o início de dispositivos de coleta de dados sobre seus impactos. Por isso, os avaliadores devem construir indicadores de efeitos, de forma direta, ou indicadores indiretos provenientes de outras fontes como estatísticas. E esse é justamente um aspecto problemático que pode suscitar questões como: Quais os indicadores refletem melhor os impactos da política? Como garantir que os impactos observados se devem à política em foco e não às outras políticas, ou, até mesmo, à evolução natural dos acontecimentos? Portanto, a teoria de mudança pode ser compreendida como uma relação de causa e efeito presente nos dispositivos que regem a ação pública (MÉNY; THOENIG, 1989).

Na perspectiva de Chevalier (2005), o autor vê a mudança social como um conjunto de processos que podem ser positivos ou negativos, inovadores ou regressivos, mas que modificam os equilíbrios sociais. Chevalier sugere aproximar o conceito de mudança social ao de inovação, pois a mudança social implica de fato em todo caso um elemento de inovação em relação ao estado prévio da sociedade e o desenvolvimento de práticas inovadoras é uma alavanca de mudança social.

Todavia, é preciso ressaltar que os adeptos da teoria da mudança social atribuem um poder relevante ao Estado em realizar transformações na sociedade. É o caso da teoria e do método de análise conhecidos como análise sequencial de políticas públicas (BRAUD, 2006), que veem a política composta por fases que sucedem no tempo (formulação, implementação e avaliação). Porém, os partidários da análise estratégica apresentam uma visão menos otimista do Estado e de sua ação, a qual é vista como marginal, capaz apenas de acompanhar as mudanças sociais. Diversos autores colocam-se nessa posição, destacando-se Croizer (1991) e Kingdon (2006), entre outros.

Ao analisarmos a avaliação de políticas públicas é importante também referenciar paradigmas e modelos de avaliação. Paradigmas são geralmente utilizados para especificar

características e tendências dos modelos de análise. Inspirados na noção concebida por Thomas Kuhn, para a pesquisa científica, os paradigmas compreendem em geral princípios metafísicos, hipóteses, metodologias e instrumentos (BOUSSAGUET; JACQUOT; RAVINET, 2006).

Por ora já foram destacados dois dos principais paradigmas, visando elucidar as bases epistemológicas que lhes fundamentam. Adiante explica-se os modelos de avaliação, ou seja, o tradicional e o pluralista, sendo que o primeiro apresenta mais afinidade com o paradigma positivista e o segundo com o paradigma construtivista.

Embora existam outras concepções que não a positivista – quanto à existência da realidade e de sua explicação, como é o caso do Marxismo –, na literatura de políticas públicas está mais presente a postura ou visão predominantemente positivista, com suas leis supostamente imutáveis ou pouco variáveis, que se impõem a todos: por isso o foco da atenção volta-se para a mesma.

Nesse sentido, o homem seria condicionado pelo meio e com uma visão determinista do mundo social, onde o conhecimento passa a ser apenas algo objetivo, observando-se uma independência entre o sujeito e o objeto de estudo (PERRET; SÉVILLE, 2007).

No outro polo, estaria o construtivismo mais extremado, afirmando que a realidade não existe e refere-se à invenção da realidade a partir da visão de mundo dos indivíduos. Os construtivistas moderados, por sua vez, não aceitam nem rejeitam a hipótese da realidade objetiva. Porém, essa realidade não seria independente do espírito, da consciência daquele que a observa. Para os construtivistas, o mundo social é feito de interpretações, que se constroem pela interação entre atores em contextos particulares (PERRET; SÉVILLE, 2007).

As abordagens construtivistas criticam a avaliação tradicional em razão de dois aspectos dignos de consideração: o caráter multiforme dos problemas objetos de análise, atualmente muito mais transversais do que setoriais; a diversidade de visões possíveis devido aos atores envolvidos, ou seja, variedade de maneiras de apreensão do real e dos valores em que se baseiam (LASCOUMES, 1998).

É possível distinguir, em termos de predominância, dois modelos de avaliação quanto à perspectiva dos atores (LASCOUMES, 1998). Grosso modo, esta última está mais ligada à avaliação de quarta geração, como denominam Guba e Lincoln (2011). Esses modelos correspondem, em linhas gerais, a posturas ou paradigmas positivistas e construtivistas.

A avaliação tradicional é considerada uma avaliação técnica e enfatiza os efeitos da política, mediante pesquisa do sistema causal, que busca explicar o seu funcionamento. Nesse tipo de avaliação ocorrem também dificuldades. Isso porque é a *expertise* de um dos avaliadores, selecionados segundo medidas de performance anteriores, que deve garantir a

pertinência do conhecimento e dos julgamentos produzidos. A boa metodologia guarda relação com o bom *expert*, segundo Lascoumes (1998); logo, ao *expert* cabe a responsabilidade da escolha dos métodos, visto como objetivos e neutros.

No âmbito da avaliação tradicional, destaca-se o método experimental, que, aplicado à avaliação de uma política pública, consiste em se estabelecer duas amostras homogêneas, uma submetida à ação pública e a outra não. Quando a política alcança a maturidade, uma medida dos efeitos a ela relacionados é operada sobre a amostra experimental, que será confrontada com o estado da outra mostra (SANTO; VERRIER, 1993).

Adeptos também do processo experimental, Mény e Thoenig (1989) esclarecem esse processo como o ato de identificar o objeto e avaliar, medir as variações possíveis, comparar o que se passou com o que teria se passado se a autoridade pública não tivesse intervenido e explicar o que se passou. Nesse caso, a ação pública é tratada como uma hipótese de mudança do tecido social e físico.

A avaliação tradicional foi designada por Turgeon (1998) de avaliação *prêt a porter*, visto que pode ser aplicada a contextos diversos e corresponderia à postura positivista. Nota-se que o autor enfatiza os resultados, pois considera que a avaliação é normativa, experimental e de balanço. Também visa identificar *a posteriori*: se o programa ou a política produz o impacto almejado; se encontra seus próprios objetivos; se fornece um rendimento (custos/impactos) interessante; se não poderia ser substituída por soluções alternativas menos dispendiosas (TURGEON, 1998).

Mény e Thoenig (1989) ainda adotam dois tipos de dimensões de tempo nas avaliações. Uma dimensão de tempo considerando um corte longitudinal, que pondera diversos momentos após o começo da intervenção pública e mesmo um momento anterior à intervenção. A outra dimensão de tempo considera o corte transversal ou instantâneo, isto é, em um único momento depois que a intervenção ocorreu. Todavia, nesse caso deve-se pesquisar dois tipos de população, com características idênticas: aquela que foi objeto de intervenção (grupo-alvo) e outra que não foi (grupo-controle) para observar as diferenças.

A avaliação interna e externa dos processos utilizados, todavia, constitui uma questão delicada e deve ser cuidadosamente considerada tanto em relação aos fatores capazes de influenciar a população estudada tanto no primeiro caso quanto no segundo, quando o processo se mostrou capaz de generalização para outros contextos, ou seja, se as mesmas causas apresentam os mesmos efeitos (AUGUSTO, 1989).

A administração pública adota principalmente a avaliação tradicional, embora algumas experiências de avaliação participativa – incorporando elementos de avaliação pluralista – também estejam presentes, sobretudo, em âmbito municipal de governo.

A avaliação tradicional, de tipo gerencial, foi incorporada no âmbito das reformas de Estado, introduzidas em todo o mundo, com discursos de modernizar e inovar o setor público através de alguns elementos tidos como componentes da boa gestão do setor público (LAGROYE; FRANÇOIS; SAWICK, 2006).

Desses componentes de boa gestão destaca-se que a modernização da administração pública se fará mediante a aplicação de princípios de gerencialismo, de métodos de gestão de recursos considerados exitosos e oriundos da empresa privada, baseados na valorização dos resultados e da performance, inclusive, no que diz respeito à gestão de recursos humanos.

Nesse tipo de gestão, o funcionário deve ser tratado como um assalariado privado e as diferenças de estudo devem ser minoradas. Ademais, os indivíduos são vistos como recursos que devem ser utilizados visando a otimização. Para isso utilizará os métodos da empresa privada: gestão previsional dos empregos, formação, mobilidade, círculos de qualidade. Preconiza-se a responsabilização dos gestores e a definição de um projeto, fixando os objetivos a atingir e servindo a mobilização do pessoal. Isso exige dos serviços autonomia de gestão; daí a generalização da contratualização (GAUDIN, 2007; CHEVALIER, 2004).

Nesse contexto, a avaliação é um processo importante, que visa averiguar a consecução dos objetivos estabelecidos e a correção dos rumos. Todavia, em razão da incorporação de outros atores, a gestão pública pode, num futuro próximo, favorecer o desenvolvimento de avaliações dos dois tipos: a permanência da avaliação de cunho pluralista para os serviços e políticas mais transversais, que contemplem atores diversificados.

Essa possibilidade começa a construir uma tendência, em alguns lugares, devido aos novos princípios que guiam a ação estatal, como os destacados por Chevalier (2004): a substituição, que se refere ao incentivo dado pelo Estado às iniciativas dos atores sociais no que se refere à gestão das funções coletivas (tipo mecenato, benevolência, associacionismo, economia social), bem como o apoio por ele concedido aos acordos para regular as relações mútuas estabelecidas. Destaca-se ainda o papel das fundações nos países anglo-saxões, como os EUA.

Outro princípio é o da proximidade, pois os problemas devem ser tratados no nível em que eles se colocam para os cidadãos; logo, os dispositivos de gestão devem obedecer essa lógica de proximidade.

Há também o princípio de parcerias, a fim de associar os atores sociais na implantação de resolução de problemas públicos mediante a delegação nas diversas escalas, nacional ou local, e no âmbito de todos os serviços sociais, culturais e econômicos. Destacam-se as parcerias público-privadas (para efetuar o financiamento), a concepção ou execução de serviços de infraestrutura de transporte ou mesmo a gestão de serviços urbanos.

O modelo de avaliação pluralista, por sua vez, em muitos aspectos se opõe ao modelo de avaliação tradicional. Nesta o avaliador é um especialista externo ao programa, política ou organização, sendo também o ator central da avaliação. Já na concepção pluralista a avaliação se torna uma construção coletiva na qual os diversos atores envolvidos julgarão a pertinência da ação estatal e não observarão simplesmente se os efeitos da mesma estão de acordo com os objetivos iniciais (PEREIRA; TAVARES JUNIOR, 2011).

Na perspectiva da avaliação pluralista, o especialista não tem o monopólio do método de avaliação. A delimitação do campo e dos objetivos são postos em discussão entre os parceiros da política avaliada ao longo desse processo. Esse tipo de avaliação, conforme mencionado, está baseada no construtivismo, que se opõe ao positivismo ao defender dentre outros aspectos que não há nenhuma realidade objetiva, mas realidades relativas, sendo que o avaliador não pode fazer julgamentos sobre a ação pública, sem considerar diferentes pontos de vista que se relacionam com os envolvidos.

Há, também, oposição desse modelo ao positivismo ao defender que um programa público, uma vez que opera em um sistema social, é um conjunto complexo de interações entre ações, reações dos atores e do contexto, e não pode ser estudado independentemente de seu ambiente ou parcialmente (BARON; MONNIER, 2003).

O modelo pluralista de avaliação questiona o postulado da supremacia dos *experts* e valoriza a representação política dos impactados, ou seja, grupos de interesse, representantes das administrações, corpos intermediários, ou melhor, a avaliação coletiva ou os *stakeholders*, como já acentuavam Guba e Lincoln (1989).

O que está implícito nesse tipo de avaliação é o conceito de aprendizagem coletiva, no qual a qualidade da avaliação é baseada na integração de ideias produzidas na sociedade e nos debates suscitados (CORCUFF, 2001).

Turgeon (1998), por exemplo, denomina a avaliação pluralista de avaliação sob medida, que se contrapõe à avaliação tradicional, por ele designada de *prêt a porter*. Segundo o autor, realizar uma avaliação sob medida é aceitar tanto de seu planejamento como de sua avaliação e encorajar um papel de primeiro plano aos atores interessados na política pública. Assim, o avaliador está na escuta do terreno: ele não chega com uma série de questões

formuladas *a priori*, as quais os sujeitos deverão responder, mas empreende com as partes interessadas um processo de construção coletiva do conhecimento.

Quando se trata de observar os efeitos da política, esse método elege os participantes como aqueles que devem estimá-los, e não uma lista de efeitos fornecida antecipadamente ou uma identificação a partir de uma teoria do programa.

A dificuldade da escolha e formulação da metodologia, todavia, permanece um problema de difícil solução, visto que a avaliação pluralista deve combinar a racionalidade científica com a racionalidade política dos atores envolvidos (RODRIGUES, 2011).

A adoção do modelo pluralista tem apresentado alguma expansão nos últimos anos no âmbito internacional e, no Brasil, em alguns setores e programas específicos em razão de diversos fatores, como maior descentralização e participação de atores não-governamentais em políticas de âmbito local. Observou-se isso – desde a desmistificação do Estado devido às práticas de corrupção e à supremacia de interesses pessoais e particulares em detrimento do interesse público – como uma espécie de diluição da especificidade do público.

Atualmente e em alguns casos o setor privado também tem se encarregado de assegurar o serviço público. Dessa forma, um amplo elenco de atores públicos e privados tem, igualmente, se encarregado mediante articulações e parcerias diversas da gestão de programas sociais no âmbito do que vem sendo designado por governança (ANHARA, 2012).

Segundo Souza (2006) a governança é um fenômeno mais amplo que o governo, pois inclui os mecanismos governamentais, no sentido estrito do termo. Porém, ela também se estende a dispositivos informais, não-governamentais pelos quais no seio desse quadro indivíduos e organizações perseguem seus próprios interesses. Nesse caso, a governança é, então, um sistema de regras, baseando-se tanto sobre o jogo de relações interpessoais quanto sobre leis e sanções explícitas.

As vantagens da abordagem metodológica pluralista são inúmeras, como a participação ampliada dos envolvidos e a possibilidade de apreender a realidade em sua complexidade, uma vez que o compartilhamento de diferentes perspectivas permite o surgimento de um quadro mais completo da realidade a avaliar.

Apesar da vantagem citada, um processo de avaliação por meio de negociação é demorado e exige muito tempo, além de requerer uma representatividade equitativa dos diferentes grupos de atores sociais (GONÇALVES, 2008).

Diante dessas reflexões a respeito das políticas públicas e de seus respectivos processos de avaliação, alinhamos nossa visão avaliativa com os aspectos característicos da

avaliação pluralista e, obviamente, nos distanciamos da perspectiva da avaliação tradicional, de viés construtivista (AMARAL; OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, acreditamos nos aproximar mais da realidade que está sendo avaliada, visto que é nosso intuito dar voz aos envolvidos, buscando as concepções e percepções dos sujeitos, a fim de evidenciar uma abordagem mais pluralista da pesquisa em se tratando de avaliação de políticas públicas.

3 POLITICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL NOS CIRCUITOS DA HISTÓRIA: PARADOXOS E OPORTUNIDADES DE INCLUSÃO

Em continuidade ao estudo das Políticas Públicas, nesse segmento do texto traremos a trajetória histórica das políticas públicas no Brasil, com um recorte na assistência estudantil, visto que nela está inserida a assistência odontológica à estudantes, que é o foco deste trabalho científico. Assim, é indispensável o exame desses aspectos históricos, onde detectaremos desde o princípio os esforços em contemplar a assistência odontológica aos estudantes brasileiros.

Então, o que seria a assistência estudantil? Para defini-la recorreremos ao Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE-2012), que preceitua a assistência estudantil como ações para garantir o acesso, a permanência e a conclusão dos estudantes na perspectiva da inclusão social, formação ampliada, produção de conhecimento, melhoria do desempenho acadêmico e da qualidade de vida.

Inicialmente, no começo do século XX, evidenciamos a Constituição Federal de 1934, que dispôs sobre a gratuidade do ensino nas escolas públicas, garantindo a concessão de material escolar aos pobres (Art.112, 3º). Ademais, em seu artigo 157, essa Constituição de 1934 regulamenta um fundo financeiro de educação, estabelecendo que parte dos recursos se destinasse a alunos carentes por meio de concessão de material escolar, bolsas de estudo, assistência alimentar, dentária e médica. Isso posto, percebe-se uma preocupação legal no sentido de dar suporte aos estudantes pobres escolarizados.

Conforme Kowalsky (2012) pode-se citar, em verdade, como uma das ações pioneiras em assistência estudantil no Brasil, com relação ao ensino superior, a “Casa do Estudante do Brasil”, no Rio de Janeiro, que acolhia universitários carentes com recursos doados pelo presidente Getúlio Vargas.

Em 1937 houve o advento da União Nacional dos Estudantes (UNE), criada por jovens universitários com o suporte do Ministério da Educação (MEC). Na sequência, a Casa do Estudante do Brasil passou ser a sua sede administrativa, sendo nesse local oferecidos assistência habitacional, jurídica, bem como oferta de serviços de saúde e concessão de bolsas (GUSSI, 2008).

Também no ano de 1937, a Constituição Federal tratava pela primeira vez do ensino profissional direcionado às classes menos favorecidas, conforme o art. 129 (BRASIL, 1937). A Constituição de 1937 em seu art. 130 versava, em adição ao que já foi exposto, sobre a obrigatoriedade do ensino primário e sua gratuidade. No entanto, havia o estabelecimento da

Caixa Escolar, que consistia na contribuição mensal destinada à escola por quem não alegasse escassez de recursos (BRASIL, 1937).

A Caixa Escolar, portanto, era constituída pelo montante desse valor pago por alunos. Percebe-se por meio dessa iniciativa um olhar incipiente para os investimentos em educação às classes socioeconômicas mais desfavorecidas, democratizando o acesso à escola.

A Constituição Federal de 1946, nesse mesmo sentido, caminhou adiante para consolidar o direito à educação e às ações de assistência estudantil, conforme os artigos 166 e 172. Assim, esse primeiro artigo versa atestando que a educação é direito de todos e será dada no lar e na escola (...) (BRASIL, 1946, p. 47).

Já o segundo artigo propõe que cada sistema de ensino terá obrigatoriamente serviços de assistência educacional, que assegurem aos alunos necessitados condições de eficiência escolar.

Nesse sentido, ao longo do tempo, verifica-se a edificação dos conceitos que circulam em torno da assistência estudantil desde a colaboração do Estado para com o estudante e dirigindo-se para o reconhecimento legal e necessário.

Assim, em 1961, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) contempla um título específico “Da Assistência Social Escolar”, dando força à visão da assistência como um instrumento legítimo do discente, sendo assim, um direito. Determinam, então, os artigos 90 e 91, que – em cooperação com outros órgãos ou não – incumbe aos sistemas de ensino técnica e administrativamente prover, orientar, fiscalizar e estimular os serviços de assistência social, médico-odontológico e de enfermagem aos alunos.

Além disso, sugere-se que a assistência social escolar passe a ser prestada nas escolas, sob a orientação dos respectivos diretores, através de serviços que atendam ao tratamento dos casos individuais, à aplicação de técnicas de grupo e à organização social da comunidade (CAVALCANTI, 2007).

A nova lei constitucional de 1967, de acordo com Szanianski (2005), manteve as diretrizes no tocante à assistência estudantil preconizados na Constituição anterior e implementou como acréscimo o direito à igualdade de oportunidades educativas. Há ainda por intermédio dessa legislação a garantia, pelo artigo 176, da gratuidade de ensino no nível médio e no superior para aqueles que, demonstrando efetivo aproveitamento, comprovarem insuficiência de recursos.

Pode-se inferir, assim, que a assistência estudantil começa a ser visualizada com mais clareza para além do Ensino Fundamental. Gonçalves (2008) atesta que, de fato, no período

ditatorial militar não houve avanços no desenvolvimento das ações de assistência, haja visto à resistência contra à classe estudantil existente na época.

Outro ponto importante, contido na LDB de 1971, foi o aspecto sobre a assistência estudantil, especificando ainda mais suas dimensões. Segundo o artigo 62, a assistência educacional deveria assegurar aos alunos necessitados condições de eficiência escolar, visando sua permanência nos anos de escolarização obrigatória por meio de auxílios para a aquisição do material escolar, transporte, vestuário, alimentação, tratamento médico e dentário e outras formas de assistência familiar.

No ano de 1972, o Decreto Federal 69.927 instituiu o programa assistencial “Bolsa Trabalho”, cujo objetivo principal era associar auxílio financeiro e educação. Esse programa propiciava que discentes de baixa condição socioeconômica, de todos os níveis de ensino, desenvolvessem atividades profissionais remuneradas pela bolsa. A destinação de recursos para estudantes carentes, nesse contexto, possuía caráter assistencialista e visava contribuir no preparo dos alunos para o mercado de trabalho.

Em 1987, em sequência no curso temporal, foi criado oficialmente o Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE), da associação de instituições de ensino superior preocupadas com a assistência estudantil nos seus contextos educativos (FONAPRACE, 2008), cuja função é de assessorar a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) nas questões estudantis.

Esse Fórum foi criado a partir de discussões, encontros regionais e nacionais, formulação de documentos a respeito da preocupação, com a permanência do estudante e da qualidade do ensino na educação superior (FONAPRACE, 2012). Até os dias de hoje, esse fórum é um dos principais atores responsáveis pela construção e pelo debate de diretrizes nacionais relacionadas ao tema.

Marco da democratização do país e reflexo de preocupações sociais, a Constituição Federal de 1988 trouxe avanços relativos à assistência estudantil, elencando como postulado a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola (Título VIII, Capítulo III, Seção I, Art. 206, I, p. 34). Além disso, assegurou a educação como “direito social” (Título II, Capítulo II, Art. 6º, p. 7) e o “direito público subjetivo” (Título VIII, Capítulo III, Seção I, Art. 208, §1º, p. 35), que visa ao “pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (Título II, Capítulo III, Seção I, Art. 205, p. 34).

A legislação atual, por sua vez, avançou na abrangência do conceito de educação e na sua concepção como direito garantido e reafirmado constitucionalmente. Ao propor uma educação para todos, a Constituição assegurou como dever do Estado a implementação de

programas de assistência, elencando a suplementação de material escolar, transporte, alimentação e saúde para atender aos alunos matriculados no Ensino Fundamental (Título VIII, Capítulo III, Seção I, Art. 208, VII, p. 35).

A Emenda Constitucional 59, de 11 de novembro de 2009, estendeu essa assistência a todas as etapas da educação básica (BRASIL, 2009). Podemos, assim, considerar essa diretriz como um implemento importante para garantia de permanência dos estudantes no contexto escolar pela iniciativa de combinar democratização e assistência.

Em 1996, a publicação da LDB reafirmou os direcionamentos presentes na Constituição de 1988 quanto à assistência estudantil e à necessidade de garantir a permanência do estudante na escola (BRASIL, 1996). Ressalta-se relevantemente que essa lei define o Ensino Médio como parte da educação básica, bem como a Educação Infantil e o Ensino Fundamental. Nesse contexto:

Relacionado à assistência estudantil, implementos mais significativos podem ser vislumbrados no primeiro Plano Nacional de Educação (PNE), que contempla o planejamento das principais ações educativas no prazo de 2001 a 2010, com prioridade à educação superior, por meio da Lei 10.172 (BRASIL, 2001). Nesse documento foi preconizada a “adoção, pelas instituições públicas, de programas de assistência estudantil, tais como bolsa-trabalho ou outros destinados a apoiar os estudantes carentes que demonstrem bom desempenho acadêmico” (BRASIL, 2001, Item 34 do título Financiamento e Gestão da Educação Superior, p. 46).

Infere-se, pois, que todas essas legislações e iniciativas mencionadas foram o alicerce para o aparecimento do Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAE) em 2010. Percebe-se, ainda, a construção temporal paulatina da assistência estudantil no Brasil, acompanhando-se as principais legislações que se referem à esfera educativa ao longo do tempo.

O FONAPRACE, em 1994, deu início à pesquisa amostral para traçar o perfil socioeconômico dos alunos matriculados nas universidades federais brasileiras, com o objetivo de criar uma política de assistência estudantil alinhada à realidade, que foi intitulada de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das IFES Brasileiras. Tal processo foi aprofundado e apresentado à ANDIFES e ao MEC em 1997. Essa pesquisa sinalizou a importância da criação de condições para a permanência dos discentes e para a conclusão do curso por intermédio do fortalecimento das ações da assistência estudantil (FONAPRACE).

Outras pesquisas nesse sentido foram realizadas em 2004 e 2010, obtendo-se importantes conclusões. Essas pesquisas indicaram que uma parcela considerável dos estudantes vinha de camadas sociais de baixa renda, ocasionando dificuldades para se manter na universidade. Segundo Saraiva e Nunes (2011), através desses estudos foi possível salientar que o ensino superior público vem atendendo a uma demanda significativa das camadas sociais

menos privilegiadas, porém, isso não é suficiente para que os alunos permaneçam na universidade.

O PNE, em 2001, que tinha metas previstas para os dez anos posteriores, foi aprovado pela Lei 10.172, de 09 de janeiro de 2001, prevendo a instauração de programas de assistência estudantil e visando dar suporte aos alunos com baixa condição socioeconômica, que apresentem bom desempenho acadêmico na educação superior (BRASIL, 2001). Assim, tal documento é de suma relevância, pois formaliza a pretensão de instaurar programas de assistência estudantil nas universidades.

Ainda em 2001 teve início a reserva de vagas por iniciativas institucionais no processo de seleção para ingresso nas universidades federais para negros, pardos e alunos oriundos de escolas públicas, sendo chamadas de “ações afirmativas” (ANHARA, 2011).

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi a pioneira, realizando ações afirmativas desde 2001 (MENDES JUNIOR; SOUZA, 2012). Tal iniciativa contribuiu para, em 2004, a formulação do projeto de Lei 3.627, que instituía um sistema de reserva de vagas para egressos de escolas públicas, em especial negros e indígenas, nas instituições públicas federais de educação superior (BRASIL, 2004). Desse modo, as ações afirmativas estão relacionadas ao favorecimento de grupos historicamente sub-representados ao ingresso à educação superior, devendo sua permanência ser garantida pelas ações de assistência estudantil.

Segundo Rigotti e Cerqueira (2004), como ação afirmativa podemos definir a implementação de políticas estatais, que buscam promover a representação de grupos inferiorizados na sociedade e conferir-lhes uma preferência, a fim de assegurar seu acesso a determinados bens, econômicos ou não.

Posteriormente, houve o advento da Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), programa de apoio que começou a ser implementado em 2007, objetivando favorecer o acesso e a permanência dos alunos na educação superior (REUNI, 2010), e que consistiu em um amplo projeto de desenvolvimento e de busca por melhorias na educação universitária no país.

A meta global do REUNI, segundo o Decreto 6.096, de 24 de abril de 2007, é elevar a taxa de conclusão média para 90% nos cursos de graduação. Pode-se citar, ainda, como uma das diretrizes do programa, a busca pela ampliação das políticas de assistência estudantil, bem como a redução nas taxas de evasão e o aumento do ingresso por meio da disponibilização de vagas (BRASIL, 2007). Nesse sentido, é importante visualizar a relação entre a disponibilização de uma política de assistência estudantil ampla e a busca pela melhoria dos resultados acadêmicos no ensino superior.

Ademais, um dos relevantes processos históricos a ser destacado foi a publicação do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), por meio da portaria normativa nº 39 do MEC, de 12 de dezembro de 2007 (MEC, 2007). Tal documento formaliza a assistência estudantil enquanto política pública, sendo uma das estratégias principais das instituições federais de ensino superior para garantir o acesso e a permanência dos estudantes em cursos de graduação presenciais, vinculando as ações com atividades de ensino, pesquisa e extensão. Essa legislação descreveu a atuação da assistência estudantil como aquelas relacionadas à moradia, alimentação, transporte, assistência à saúde, inclusão digital, cultura, esporte, creche e apoio pedagógico (MEC, 2007).

O PNAES preconizou que as instituições executassem o programa de acordo com as especificidades e demandas do seu alunado. Além disso, salientou que as ações de assistência ao estudante devem levar em consideração a necessidade de ofertar a igualdade de oportunidades, contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico e agir, preventivamente, nas situações de repetência e evasão decorrentes da insuficiência de condições financeiras (MEC, 2007).

O PNAES foi sancionado por meio do Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010 (BRASIL, 2010), com algumas pequenas alterações se comparado com a portaria 39 do MEC. Nesse novo documento foi incluído o item “acesso, participação e aprendizagem de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação” (art. 3º, §1º, X, p.1). Além disso, no documento mais recente ficam fortalecidos os objetivos de favorecer a permanência do aluno e reduzir a evasão e a retenção por meio de ações subsidiadas pela política em questão (BRASIL, 2010).

O PNAES também preconizou que as ações de assistência estudantil deveriam ser realizadas por Instituições Federais de Ensino Superior, incluindo os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia. Nesse contexto, o público prioritário a ser atendido são os alunos que cursaram a educação básica na rede pública ou com baixa condição socioeconômica, definidos pela política como aqueles com renda *per capita* de até um salário mínimo e meio, além de outros requisitos que podem ser estipulados pelas instituições de ensino.

É importante salientar que a política preconizou a adoção, por cada instituição, de mecanismos de acompanhamento e avaliação das ações advindas pelo PNAES, bem como o repasse de verba federal para implementação das estratégias (BRASIL, 2010). Sendo assim, a política de assistência estudantil nas universidades federais está resguardada por uma legislação específica e bem delimitada.

O projeto de lei do PNE, atualmente, que contempla as metas para o período de 2011 a 2020, propõe a elevação de matrículas no ensino superior, sendo uma das estratégias ampliar, por meio de programas especiais, as políticas de inclusão e de assistência estudantil nas instituições públicas de educação superior de modo a ampliar as taxas de acesso à educação superior de estudantes egressos da escola pública, apoiando seu sucesso acadêmico (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011).

Diante disso, a assistência estudantil é uma ação prevista e com pretensões de ser ampliada para melhoria do ensino superior. Ademais, ressalta-se a publicação da Lei nº12.711, de 29 de agosto de 2012, que estabelece que 50% das vagas nas universidades federais deverão ser ocupadas por estudantes que cursaram integralmente o Ensino Médio em escolas públicas. Dessa reserva de vagas inicial, o percentual de 50% das oportunidades será disponibilizado a alunos com renda igual ou inferior a um salário mínimo e meio *per capita* (BRASIL, 2012). Esse público é considerado prioritário para atendimento da assistência estudantil, conforme proposto no PNAES, sendo necessária a intensificação dessas ações.

Um outro aspecto ao qual a Lei nº12.711 faz menção é o fato de que as vagas reservadas devem acompanhar a proporção de pretos, pardos e indígenas encontrada no estado da federação onde a instituição de ensino está localizada. A legislação deveria ser implementada integralmente em quatro anos (BRASIL, 2012).

Pode-se, então, considerar que o cumprimento dessa lei implica na intensificação das ações de assistência estudantil, visando que esses alunos contemplados consigam, além do acesso, a permanência na universidade e a conclusão dos estudos com sucesso.

4 A SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DA ODONTOLOGIA DE MERCADO À PUBLICIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA

Após essa abordagem histórica das políticas de assistência estudantil, acreditamos ser relevante trazer, para somar ao nosso trabalho avaliativo, os aspectos relacionados à publicização da odontologia. Assim, objetivamos nesse segmento do texto nos situar quanto à evolução dessas políticas e perceber a dificuldade desse processo de ampliar a odontologia no serviço público.

Ao realizarmos uma abordagem do processo de desenvolvimento das políticas públicas em saúde bucal no Brasil foi registrado um recorte histórico a partir da segunda metade do século XX. Essa iniciativa foi para não se aprofundar em aspectos históricos mais distantes, como no Brasil Colonial e na Primeira República, e devido ao fato de esse período estar mais relacionado ao processo de estruturação das políticas em saúde bucal.

Dadas essas considerações, pautamos nossas observações a partir da década de 1960. Período no qual o Brasil passou por um intenso embate político e de conquistas sociais, pois os brasileiros estavam a construir uma democracia moderna e madura, mesmo com a violência do golpe e do regime militar a partir de 1964. Nesse contexto, acontecia o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Nas últimas cinco décadas, umas das questões centrais foi a municipalização da saúde, característica inovadora e complexa com o intuito de dar viabilidade às políticas de saúde, estratégia que elege o município como base operacional do sistema de saúde. Esse aspecto emblemático demarca a conjuntura atual e foi consagrada na Constituição de 1988 e nas respectivas leis orgânicas da saúde. O objetivo era a descentralização dos serviços de saúde, aproximando-os dos brasileiros.

Assim, a municipalização na saúde no Brasil surgiu no início dos anos 1960, confundindo-se com as lutas democráticas, com a defesa do direito à saúde e com a conquista pela cidadania plena (PAIM).

No governo de João Goulart, em 1963, o Ministro da Saúde, Wilson Fadul – um dos ministros cassados em 1964, que exerceu 10 meses a função de ministro –, convocou a 3ª Conferência Nacional de Saúde para discutir a situação sanitária da população brasileira, a distribuição das atividades da saúde em nível federal estadual e municipal, a municipalização da saúde e a fixação do plano nacional da saúde.

Segundo Wilson Fadul, a ideia fundamental era criar uma rede flexível em nível municipal, adequando-se à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa

conforme o desenvolvimento do município. Uma das funções do município era a de cuidar de assuntos como saúde e educação. Desejava-se um mínimo de proteção à população. Na época, 2.100 dos 3.677 municípios não tinham nenhuma estrutura de saúde.

A municipalização da saúde caracterizou-se como um dos pilares da MRSB, das quais as diretrizes básicas foram detalhadas em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma das mais importantes por ter sido local de debates que colaboraram substancialmente para a confecção do texto constitucional de 1988.

Embora as Conferências Nacionais de Saúde tenham sido instituídas no Brasil, em 1937, e a primeira tenha ocorrido em 1941, não era comum que os presidentes da república participassem desses eventos. Uma exceção foi a 8ª Conferência, coordenada por Sérgio Arouca e com a presença do então presidente brasileiro na sessão de abertura.

Segundo Narvai (2002), a prática odontológica hegemônica no Brasil no século XX – caracterizada como "odontologia de mercado" – significou um arranjo societário em que a opção, seja no mundo da formação profissional, seja no mundo do trabalho, privilegiou a esfera privada e o acesso a serviços odontológicos para uma elite econômica, que podia arcar com os custos envolvidos. Isso ocorreu porque as condições sócio históricas então existentes favoreceram tal opção, pois práticas sociais não ocorrem em um vácuo político-econômico. Tampouco podem ser vistas como independentes do contexto amplo da conjuntura em que estão inseridas.

No âmbito público, havia uma precariedade na oferta e no uso de serviços de saúde bucal constantemente em décadas sucessivas do século XX. Há no Brasil registros espaçados de ações odontológicas isoladas em 1910, ligadas aos serviços sanitários existentes ou a estabelecimentos de ensino público, com cirurgiões-dentistas ocupando cargos de inspetoria dentária ou de higiene escolar.

Foi a partir de 1923 que se constituiu a primeira forma organizada de sistema previdenciário, com a criação das Caixas de Saúde e Pensões (CAP), restritas a alguns segmentos de trabalhadores urbanos e com oferta esporádica de serviços odontológicos.

Nas décadas de 1930 e 1940 houve a ampliação da estrutura previdenciária preexistente, gerando os Institutos de Assistência Previdenciária (IAP), mantendo-se a oferta de alguns serviços odontológicos previdenciários aos trabalhadores, além de poucos registros das ações curativas voltadas, prioritariamente, a gestantes, pré-escolares e escolares.

A partir das décadas de 1950 e 1960, com a criação do Ministério da Saúde (1953), a odontologia pública se institucionaliza, com espaço na estrutura administrativa do então chamado Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia. Nesse momento da história, a

atenção odontológica ganhou expressão pública não só no Brasil, mas em vários países, com o início de uma racionalidade na organização da saúde bucal denominada "odontologia sanitária".

Na sequência, iniciou-se a utilização de um sistema de atenção a escolares de redes públicas, em uma modalidade de atendimento denominado sistema incremental, implementada pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). No mesmo período, ainda entre as décadas de 1950 e 1960, teve início a fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil. A odontologia de mercado seguia majoritária, mas não era a única modalidade assistencial presente na realidade brasileira.

A "odontologia sanitária" conseguiu se firmar a ponto de fazer pontuar na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, a inclusão da prevenção da cárie dentária pelo uso do flúor no Plano Nacional de Saúde Pública em um momento em que se inicia a defesa política da municipalização da saúde.

Enquanto isso, o modelo de assistência odontológica hegemônico em vigor até a Constituição de 1988 era, predominantemente, de prática privada. Isto é, cobria a minoria privilegiada que podia pagar tais serviços, sendo a assistência pública somente oferecida a alguns trabalhadores urbanos segurados, utilizando-se, porém, a contratação de serviços profissionais privados ou a limitada estrutura previdenciária nacional.

A característica desse modelo era a livre demanda. Uma exceção era a assistência voltada para os escolares, introduzida pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), a partir da década de 1960, com uma proposta de programação normativa restrita para escolares.

O sistema incremental seguiu dominante na década seguinte, com a implantação pela FSESP de unidades escolares em várias regiões do País. Em paralelo, após a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que deu origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, a expansão da assistência odontológica foi crescente no setor público estatal.

A odontologia sanitária e o modelo incremental priorizaram a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Marca-se, assim, o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, porém, com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduz-se, ainda, algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos.

Nos anos 1970, houve avanços com experiências pouco transformadoras, como a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS)

em 1976. No mesmo ano, foi elaborada uma proposta de característica predominantemente ambulatorial, com oferta de ações de saúde bucal, que incluíam a atenção ao adulto, mas ainda com práticas mutiladoras centradas nas urgências provocadas por dor de origem dentária e na consecutiva extração dos dentes.

Não é de se estranhar que as conjunturas nas décadas de 1950 e 1970 fossem tão limitantes. No período após a Constituição, em 1989, a Política Nacional de Saúde Bucal foi publicada, advogando o conceito de “atenção primária” em saúde bucal, atuando de forma concentrada em objetivos como: alcançar uma ampla cobertura de criança de 6 (seis) a 12 anos; enfatizar ações de educação para saúde bucal em todos os níveis; expandir gradativamente a prestação de serviços resolutivos aos grupos em segundo e terceiros graus de prioridades, de 13 a 19 anos e de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Assim, o sistema incremental, com sua configuração escolar, seguiu hegemônico por quatro décadas no Brasil e ainda exerce sua influência, ostensiva ou subliminarmente, em outros arranjos programáticos mais recentes na esfera pública voltados para a população escolar.

A partir da matriz original americana – conhecida como sistema incremental do tipo Richmond (proposto em 1946 na cidade de Richmond, Indiana-EUA, cuja metodologia consistia em um ciclo inicial de 24 meses, tratando todos os escolares e, após concluir o tratamento inicial, fazendo-se a manutenção) – sucessivas alterações foram incorporadas no Brasil.

Primeiro houve o chamado "Modelo Aimorés", implantado em 1952 na cidade de Aimorés-MG, que tinha as mesmas intenções do modelo Richmond. Com estrutura mais econômica, o Modelo Aimorés consistia em tratar no primeiro ciclo só os escolares ingressantes de 6 (seis) a 7 (sete) anos de idade. Após tratado esse grupo, passava-se, então, aos alunos de 8 (oito) anos até que todos os alunos até 14 anos fossem beneficiados e, posteriormente, ao longo das décadas de 1970 e 1980, seguindo com as modificações introduzidas pela FSESP (estratégia Aimorés com algumas modificações).

Há a emergência de conceitos como “simplificação tecnológica” e “desmonopolização das ações” sob forte inspiração de movimentos populares latino-americanos. Surge, então, a experiência da "odontologia simplificada", que preconizava a diminuição dos custos de cobertura, qualidade na atenção e a desmonopolização de conhecimentos.

Essa proposta realizada em 1978, em Alma-Ata, e influenciada pelas deliberações da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde buscava a ampliação do acesso às camadas das populações menos favorecidas através de tecnologia, que agregasse menor grau

de sofisticação e que fosse produzida no próprio local, com baixo custo, utilizando a delegação de função para equipes de saúde.

Nesse sentido, no final de 1977 teve início a execução do Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE), da Fundação Educacional do Distrito Federal, que buscou atender os dispositivos legais então vigentes, que atribuíam ao sistema educacional o provimento das ações de saúde e assistência social.

As funções de técnico de higiene dental (atualmente, técnico em saúde bucal) e auxiliar de consultório dentário (atualmente, auxiliar de saúde bucal) foram criadas. A simplificação foi um modelo technoassistencial, que promoveu grande avanço na odontologia, apesar de apresentar contradições como: não considerar o controle social; não ser focado nos determinantes sociais do processo saúde-doença e nas respectivas iniquidades em saúde bucal; basear-se fundamentalmente nas ações básicas, não se preocupando com outros níveis de atenção.

Outras técnicas e procedimentos odontológicos, na sequência dos anos seguintes, foram sendo incorporadas de acordo com o desenvolvimento de ciências básicas e clínicas, a exemplo da cariologia e da prevenção, com forte influência escandinava. Os novos procedimentos, especialmente de caráter preventivo, e a melhor estruturação de serviços de referência para necessidades de maior complexidade representaram conquistas na direção do que se chamou de "odontologia integral".

Com a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRECAD), na década de 1980, pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e, posteriormente, com a promulgação da Constituição de 1988 e as respectivas Leis Orgânicas da Saúde optou-se por substituir gradativamente o sistema incremental e desenvolver o "modelo comunitário de atenção", com práticas vinculadas ao SUS. Um avanço vislumbrado nesse modelo consistiu no desenvolvimento da equipe de saúde multiprofissional e dos grupos sociais organizados, levando-os a desenvolverem atitudes e formas de produção social de saúde, elementos de transformação social, na acepção política e sanitária.

A prática comunitária objetivou contrapor a corrente odontológica com base na visão tecnicista, influenciando inclusive o modo de condução de sua prática clínica. Em lugar de buscar a criança em sala de aula ou de condicionar o atendimento a sua presença na escola, procurou-se estimular a família e a comunidade a perceber suas necessidades de saúde bucal e a buscar sua resolução no nível da clínica e no nível dos meios de promoção de saúde disponíveis em seu entorno social, comunitário e institucional (RODRIGUES, 2008).

O significado incremental de atenção a escolares significou mais que um modelo programático e, de fato, foi a tradução objetiva de visões reveladoras da compreensão do direito à saúde, influenciando o horizonte possível para as políticas de saúde bucal no Brasil e no mundo em sua época de primazia. Como tal entendimento era reducionista, acabou criando por várias décadas limitações relativas ao acesso ampliado, no qual os cidadãos poderiam ter o acesso à saúde bucal e a seu respectivo impacto na qualidade de vida.

Quando começaram a aparecer as primeiras formulações críticas ao sistema incremental – principalmente advindos da verificação do caráter excludente de uma parcela significativa da população à atenção odontológica – um aspecto importante observado estava relacionado às bases conceituais. Nos programas de atendimento odontológico da FSESP, a base biológica e social era precária e os esforços eram dirigidos para procedimentos curativos de sequelas já instaladas na população escolar (SILVA, 2008).

Houve avanços científicos, que posteriormente permitiram conhecer melhor os mecanismos etiopatogênicos envolvidos, bem como suas características epidemiológicas, colocando o foco no valor de intervenções promocionais e preventivas para toda a população. Esses avanços também permitiram formular uma crítica mais bem sustentada sobre os modelos anacrônicos, e já superados, de prestação de serviços odontológicos e de formação de força de trabalho em saúde das nações industrializadas reproduzidos tardiamente no Brasil.

Esses modelos contavam ainda com grande número de profissionais dentistas, que se dedicavam a tratar curativamente apenas pessoas que podiam remunerar seus serviços, simultaneamente à ocorrência de índices crescentes de doenças bucais na esfera pública, vista como secundária.

Críticas e proposições de mudança foram desenvolvidas de maneira progressiva e publicadas por alguns autores situados no polo crítico da academia, dos serviços, das entidades odontológicas ou dos movimentos sociais mais amplos, tais como a Reforma Sanitária Brasileira.

Na década de 1980, duas Conferências Nacionais de Saúde (CNSs) podem ser destacadas por terem evidenciado, em seus textos, a fragilidade do setor da saúde bucal no Brasil. A primeira foi a 7ª CNS (1980), que abriu espaços para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando o modelo de odontologia até então proposto como ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura e com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com recursos humanos inadequados. Já na 8ª CNS (1986), o movimento nascente da Saúde Bucal Coletiva (SBC) defendeu veementemente as diretrizes do

Movimento da Reforma Sanitária e o projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional para a odontologia brasileira.

Realizou-se ainda em 1986, como parte do amplo processo que marcou a 8ª CNS, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). A 1ª CNSB esboçou um diagnóstico da situação de saúde bucal do País e mostrou os caminhos para a inclusão da odontologia no SUS. Contudo, apesar das deliberações contidas nos relatórios da 1ª CNSB e da 8ª CNS, os avanços práticos não se tornavam visíveis com clareza para a saúde bucal dos brasileiros. E, mesmo com a realização da 1ª CNSB, foi publicada, em 1989, uma limitada Política Nacional de Saúde Bucal. Tal situação é justificada pela rigidez das conjunturas de décadas passadas, nas quais as práticas odontológicas eram restritas na área pública. Desse modo, mesmo após a Constituição de 1988, ainda existe um período sem tradição pública no Brasil e sem muito espaço político e institucional.

Posteriormente, em 1993, a saúde bucal como direito de cidadania foi o tema central na 2ª CNSB, na qual delegados e participantes se manifestaram, mostrando indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, com o desmonte do Estado e da seguridade social e pela piora das condições de vida. A saúde bucal no Brasil foi considerada iatrogênica, excludente e ineficaz. O relatório final responsabilizou os governos nos diferentes níveis por serem representantes do grande capital e não terem compromisso social (PINTO, 1993).

A 2ª CNSB aprovou estratégias políticas para a saúde bucal no País, indicando formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, bem como defendeu a descentralização com garantia da universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligadas à outras medidas de promoção de saúde e de grande impacto social. Os delegados alertaram, também, para a necessidade de lutas nos Conselhos de Saúde para absorverem as resoluções da Conferência como diretrizes políticas, no Ministério Público, a fim de que se cumprisse a Constituição quanto ao dever do Estado de proporcionar saúde bucal e, nos governos estaduais e municipais, para que se incluíssem a saúde bucal entre as ações e serviços de saúde.

Entretanto, pouco se avançou na década de 1990 na implementação de práticas inovadoras. Assim, mais de 10 anos após a 2ª CNSB, foi realizada a 3ª CNSB, em 29 de julho de 2004. O tema central foi "Acesso e qualidade, superando a exclusão social", que foi debatido em quatro eixos temáticos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; e financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

Os diagnósticos realizados n 3ª CNSB eram muito ruins, algo que podemos constatar no trecho:

Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país.

Assim, como desdobramento da implementação da nova Política Nacional de Saúde Bucal, surge o Programa Brasil Sorridente, com o objetivo de avançar para a melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo centrado nas efetivas necessidades de saúde da população.

O Brasil Sorridente é uma estratégia cujos postulados propõem superar a desigualdade em saúde bucal por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos. O programa procura vincular-se fortemente à ideia de estruturação da atenção primária à saúde (APS), em particular ligada à Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas também à implantação de redes de cuidados progressivos, com ações e serviços de maior densidade tecnológica em níveis especializados.

A partir do ano 2000, as equipes de saúde bucal passaram a fazer parte oficialmente da ESF, objetivando uma reorganização do modelo de atenção à saúde e uma ampliação no acesso às ações de saúde bucal, com a garantia de atenção integral aos indivíduos e às famílias. Essa inserção da odontologia na ESF foi regulamentada pela portaria de número 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios. Por sua vez, as normas e diretrizes para este fim foram regulamentadas pela portaria número 267, de 6 de março de 2001 (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Diversas pesquisas constataram a presença de iniquidades no tocante ao acesso à saúde bucal. Assim, a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), em 1998, mostrou que as maiores desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos foram encontradas exatamente nos grupos de menor acesso ou utilização. Paralelamente, a odontologia de mercado não deixou de existir, só que ainda de forma elitizada, mesmo com o advento dos planos odontológicos. Desse modo, ficou sob responsabilidade do SUS o atendimento à maioria dos brasileiros, com prioridade para serviços de saúde bucal na atenção primária.

Em um país com extensão continental e diversidade de contextos do Brasil há várias modalidades de organização da atenção primária, destacando-se as redes municipais com

equipes de saúde bucal (ESB), na ESF, em contraposição àquelas com atenção primária denominada "convencional", que não aderiram formalmente à lógica de trabalho com as famílias cadastradas.

Com a expansão do conceito de atenção primária e o conseqüente aumento e diversidade na oferta de procedimentos para a população em geral foram necessários também investimentos progressivos para aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário da atenção. Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os pré-requisitos para a implantação e a habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Até 2005, praticamente inexisteriam tais equipamentos na esfera pública estatal brasileira, sobretudo na concepção de uma rede de pontos de atenção para cuidados progressivos em saúde bucal. Porém, no curto espaço de tempo entre 2006 e maio de 2011 foram implantados por todo o Brasil 853 CEOs e 664 LRPDs.

No ano 2000, o Ministério da Saúde também iniciou uma discussão sobre o tema da vigilância em saúde bucal no Brasil, que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do projeto identificado como Saúde Bucal Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira.

Apesar da expressiva redução de cárie dentária na população infantil, durante as duas últimas décadas no Brasil, persistiam, em 2003, elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais. Os resultados revelaram, aproximadamente, 14 dentes permanentes atacados pela cárie entre a adolescência e a idade adulta. A doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, havendo menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos com estruturas de suporte periodontal (estruturas que dão sustentação aos dentes: principalmente os tecidos ósseos e gengivais) saudáveis.

Em 2010, no âmbito do Brasil Sorridente, foi realizada uma nova pesquisa epidemiológica, com foco na população urbana e com o fim de orientar o planejamento e a avaliação de serviços junto ao SUS.

É importante salientar a tendência de declínio dos índices de cárie e o aumento do acesso aos serviços de saúde bucal. Em adultos, enquanto o CPOD médio registrava 20,1, em 2010 diminuiu para 16,7. Houve crescimento do número de dentes obturados (de 4,2 para 7,4) e uma queda de quase 50% no número de dentes extraídos. Os números mostram, que, além da menor prevalência de cáries, a população está conseguindo acessar cuidados terapêuticos. Entretanto, a pesquisa detectou grandes diferenças regionais e a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção.

Uma avaliação crítica das avaliações dos últimos anos da PNSB será sem dúvida positiva. Desde a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS muitas mudanças ocorreram no campo das políticas públicas no Brasil.

O número de municípios sem recursos de assistência odontológica diminuiu. Consultórios, antes fixados em escolas, foram realocados para a rede básica, propiciando uma maior integração das ações de saúde bucal aos demais programas. Grupos populacionais, excluídos do exercício de seus direitos mais elementares, passaram a usufruir de programações específicas segundo o ciclo de vida, características étnicas e contexto social. Recursos do Fundo Nacional de Saúde começaram a financiar, regularmente, programas de aplicação tópica de flúor e de escovação supervisionada em escolas, inserção de equipes de saúde bucal na ESF e CEOs, entre outras iniciativas.

Porém, ainda é crucial questionar qual a finalidade das políticas públicas em países como o Brasil. É preciso, assim, reduzir as iniquidades no acesso e na utilização de serviços, bem como integrar ações intersetoriais públicas, com um nível de qualidade de resposta, que impactem nos principais indicadores de saúde bucal.

Os fatores de risco incidem de forma desigual sobre as classes sociais, com efeitos deletérios ou salutares, que atingem a população de modo heterogêneo e aumentam as iniquidades em saúde. Daí a necessidade de constante avaliação das políticas em saúde bucal no Brasil não só em aspecto coletivo, mas nesse contexto de iniquidades preexistentes e os resultados das ações interventivas (MERHY, 1992).

Diante disso, após essa reflexão das questões relacionadas à saúde bucal no Brasil, percebemos que, apesar do avanço da publicização da odontologia em nosso país, ainda existe uma hegemonia da odontologia de mercado. Além disso, há realmente uma grande demanda reprimida por assistência odontológica, visto que esse processo de publicização da odontologia ainda se encontra em construção.

Tal realidade justifica a necessidade de se manter e de se ampliar a estrutura de serviços de saúde bucal no âmbito da assistência estudantil, pois as instituições de ensino superior se configuram atualmente como importante via de acesso aos discentes a esse relevante direito à saúde.

5 O DESENHO METODOLÓGICO: CAMINHOS INVESTIGATIVOS NA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA UFC

A proposta teórico-metodológica para a construção do trabalho científico, que embasa a defesa ao final do curso de mestrado, a princípio, alicerça-se nas pesquisas da autora Alba Carvalho (2004), que faz uma feliz metáfora entre o fazer científico e o trabalho artesanal das rendeiras, típicas artesãs do nordeste brasileiro.

Nesse contexto, a autora afirma que o trabalho científico deve caminhar como um entrelaçar constante entre a empiria e a teoria científica, assemelhando-se ao ato laboral do artesão, ora usando o conhecimento próprio, ora associando esse conhecimento à teoria científica, dado assim os caracteres científicos ao texto.

Segundo Carvalho (2004), ao citar brilhantemente Bachelard (1978), deve-se acordar desse estado de sono, que se está estudando. Ademais, ainda na perspectiva de Bachelard, compreende-se que “O mundo é a provocação do homem” (BACHELARD, 1978, p. 3). O referido autor ainda nos inspira a sermos pesquisadores ao afirmar que “o homem é o despertador do mundo” (BACHELARD, 1978, p. 4), visto que é o único capaz de realizar uma pesquisa e levantar hipóteses a respeito da análise social.

Portanto, sob este prisma, fizemos o exercício de estranhar a política pública em estudo, levantando questões, entendendo sentidos e significados, aproximando-se de uma perspectiva weberiana (conforme os pressupostos críticos do autor) e atribuindo à pesquisa uma visão crítica para construir o texto científico.

Assim, estamos em sintonia com Einstein (1905) quando o cientista declarou que não se pode resolver os problemas que nós criamos com o mesmo pensamento que os criou. Daí essa necessidade de se “estranhar” o objeto de estudo, principalmente na realidade de Técnico Administrativo em Educação - Odontólogo. Realidade essa na qual estou, junto com a posição de avaliador de políticas, e que constitui profundamente minha rotina de trabalho. Nesse contexto, lembramos também Marx (1883), ao afirmar que toda forma de ciência seria supérflua se a forma de manifestação e a essência das coisas coincidissem imediatamente.

Carvalho (2004) questiona o “para quê ciência?”, afirmando que o sentido da pesquisa é buscar descobrir, explicar, compreender e iluminar o que se apresenta escuro e nebuloso. Salienta também que a ciência – no seu tempo e em espaços sociais específicos – tem uma dimensão histórica-política essencial e que vem ao encontro de Japiassu (1975) quando afirma que: “o conhecimento é, por essência, uma obra temporal” (JAPIASSU, 1975, p. 68).

De acordo com o exposto, foi indispensável – na avaliação da política da qual realizamos o estudo – uma contextualização histórica na qual pontuamos os fatos mais relevantes relacionados. Aspecto esse em igual sintonia com o que preconiza Minayo (2011), em conformidade com a dialética marxista, que tem na historicidade um forte embasamento para a pesquisa sociológica, entendendo os movimentos na sociedade capitalista, as contradições e situações de exploração.

Nesse sentido, estivemos também sob a influência da perspectiva da triangulação de método, onde os dados empíricos dialogaram com os conceitos teóricos, analisando-se e relacionando-se as conjunturas envolvidas.

Ademais, esta pesquisa alinha-se aos princípios marxistas, que, segundo Andery e Sérgio (1994), preconizam que o conhecimento é comprometido com uma determinada via de transformação. Conhecimento científico, então, envolve teoria e *práxis*.

Nessa perspectiva, existe uma intenção de que os resultados desta pesquisa suscitem questionamentos, que nos permitam repensar a estrutura do atendimento odontológico aos discentes da UFC. Principalmente, com as políticas de cotas difundidas na primeira década do século XXI, que propiciou grande aumento de alunos oriundos de classes mais baixas, visto que 50% das vagas dessa instituição são destinadas à população de menor poder aquisitivo.

Ressaltamos que a empiria, proporcionada pelo atendimento diário desse público, nos leva a crer que muitos desses discentes tiveram pouco ou nenhum acesso aos serviços público de odontologia, refletindo em uma situação de saúde bucal precária. Tal colocação empírica é embasada pela literatura – quando analisamos a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil – e pelos dados epidemiológicos, por ora citados, mostrando que ainda há uma enorme demanda reprimida no que diz respeito à assistência odontológica.

Por isso a importância nessa pesquisa científica desse recorte “assistência odontológica” dentro da assistência à saúde que, por sua vez, estará dentro do PNAES. Nesta investigação contamos também com a perspectiva participativa e negocial de Guba e Lincoln (1989), que afirmam que “A avaliação é um processo de negociação” (GUBA; LINCOLN, 1989, p. 1). Desse modo, buscou-se nesse trabalho sentidos e significados pela análise das interações entre os diversos atores pesquisados.

Tal aspecto negocial do processo avaliativo está em sintonia com o conceito da avaliação de 4ª geração, que agrega mais elementos e descobertas em somatório às avaliações de 3ª geração (julgamentos), de 2ª geração (descrição) e de 1ª geração (mensuração).

Esses trabalhos de explicar e de compreender foram regidos pela lógica da descoberta, em detrimento à lógica da prova, perspectiva que se contrapõe a uma visão positivista do

conhecimento científico, que visa comprovar, demonstrar ideias, hipóteses e formulações. Esses pressupostos estão em sintonia com o racionalismo aberto e crítico de Bachelard (1978), de caráter eminentemente antipositivista (CARVALHO, 2004).

Portanto, o que foi proposto neste trabalho foi a realização da pesquisa, vinculando essência, descoberta, desvendamento, explicação e interpretação. Aventuramo-nos por caminhos íngremes e apaixonantes do desconhecido, do que está escondido nas aparências, nas evidências, buscando relações e determinações que conferiram sentido e significado aos fenômenos. Assim, foram colocadas em questão representações, classificações e visões do senso-comum, desnaturalizando o que é dado como “natural” e desconstruindo o que se apresenta como “construído”.

Recorremos, também, às percepções de Andery e Sérgio (2004), que em artigo sobre a construção do conhecimento em Marx (1988) assim explicitam:

O conhecimento não se produz, portanto, a partir de um simples reflexo do fenômeno, tal como este aparece para o homem; o conhecimento tem que desvendar, no fenômeno, aquilo que lhe é constitutivo e que é em princípio obscuro; o método para a produção deste conhecimento assume, assim, um caráter fundamental: deve permitir tal desvendamento, deve permitir que se descubra por trás da aparência o fenômeno tal como é realmente, e mais, o que determina, inclusive, que ele apareça da forma como o faz (ANDERY; 1999, p. 413).

Alinhados também a Minayo (2011) – que afirma ser redundante falarmos em pesquisa qualitativa nas Ciências Sociais por ser a análise social predominantemente de natureza qualitativa –, buscamos integrar esse olhar qualitativo nesta presente pesquisa.

Para cumprir esse propósito realizamos entrevistas semiestruturadas, com os usuários do serviço odontológico da Coordenação de Perícia e Assistência ao Servidor (CPASE/UFC), discentes dessa IES, de modo a conhecer – profunda e subjetivamente – a experiência desses discentes no uso desses atendimentos.

Ademais, realizamos um grupo focal, com os técnicos que prestam serviço odontológico na CPASE, a fim de compreender os valores e princípios que norteiam sua atividade assistencial, identificando também as queixas e dificuldades na implementação das atividades diárias.

As entrevistas também contemplaram outros atores identificados durante a pesquisa de campo, que foram importantes para o fornecimento de dados como: ocupantes de cargo de chefia na CPASE; dos Pró-Reitores de Gestão de Pessoas e de Assuntos Estudantis; de funcionários mais antigos, que puderam dar relatos históricos a respeito do atendimento odontológico à estudantes; ex-estagiários do setor; ex-funcionários do setor, dentre outros.

Em somatório às entrevistas e ao grupo focal foi realizado um diário de campo para registrar as experiências importantes detectadas por uma observação participativa constituída diariamente. Assim, investigou-se os sentidos, significados, pretensões, queixas, sugestões, nuances dessa assistência estudantil na ponta do sistema na perspectiva do usuário do serviço e do prestador direto da assistência.

Segundo Minayo (2011), frequentemente a discussão relativa aos métodos quantitativos e qualitativos na abordagem do social tem se desenvolvido de forma inadequada. A dicotomia que se estabelece na prática, de um lado, deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números; e, de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada.

Dadas essas considerações, buscou-se trabalhar também com aspectos quantitativos, objetivando uma abordagem mais integral da política em avaliação. Entretanto, foi feita uma contraposição ao positivismo de Comte e de Durkheim, tão utilizado outrora nas pesquisas em saúde. Também foi reforçada a corrente do materialismo histórico e dialético para explicar os fenômenos em saúde, que, segundo Nunes (1985), a partir da década de 1970 cresceram na América Latina.

Portanto, essa linha de estudo parte da premissa de que a posição de classe explica melhor – do que qualquer fato biológico – a distribuição da saúde/doença e os tipos de patologias dominantes em determinada sociedade. Tais análises, como explica Minayo (2011), realizam uma crítica radical aos equívocos positivistas e desenvolvimentistas, mostrando:

- (a) que o avanço científico e tecnológico da medicina não tem correspondido à melhoria de saúde das sociedades em seu conjunto;
- (b) que a distribuição dos serviços está em razão inversa às necessidades da grande maioria da população dos países latino-americanos;
- (c) neste ponto a crítica atinge também os fenomenólogos: que a prática e o saber médicos fazem parte da dinâmica das formações socioeconômicas e é no interior delas que podem ser explicados como fenômenos históricos específicos, mas correlacionados com o processo social global.

Assim, os estudos sob o enfoque do materialismo histórico abrangem as questões de: saúde e sociedade; políticas públicas; planejamento e administração; concepções de saúde/doença; análises institucionais; saúde e processo de trabalho; questões metodológicas.

Ainda segundo Alves (2005), na década de 1970 também se abre o campo de reflexão sobre a saúde para as ciências políticas, em particular, mas também para outras áreas de Ciências Sociais como a Educação, a Nutrição, o Serviço Social, junto com a Sociologia e a Antropologia, distanciando-se das limitações da visão positivista. Isso se deve a vários fatores:

- (a) a deterioração das condições de vida de contingentes imensos da população aglomerados nas cidades passou a levantar questões e a exigir respostas mais amplas, que a definição apenas biológica da doença não consegue expressar;
- (b) uma crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania;
- (c) a certeza, também por parte dos governos instituídos, de que a saúde é um tema de grande interesse político.

No Brasil e na América Latina o objeto tradicional denominado Saúde Pública passa a merecer tratamento, denominação e conotação que o traz do inespecífico "público" – referente à política de prevenção proposta pelo Estado – para o coletivo e que sugere direitos, situação histórica, comprometimento de condições de vida social e uma crítica ao indivíduo como responsável único por sua saúde/doença. Desse modo, a nova disciplina e campo de intervenção Saúde Coletiva incorpora definitivamente as Ciências Sociais no estudo dos fenômenos saúde/doença (LUZ, 1991).

Deduz-se que diante das diversas linhas metodológicas há um enumerado de visões de mundo, que refletem teorias diversas. Ainda de acordo com Minayo (2011), deve-se dar uma ênfase, como opção de abordagem, à metodologia dialética não sendo essa uma postura ideológica. Demo (2006), por sua vez, a coloca como a metodologia específica das Ciências Sociais, porque é a mais fecunda para analisar os fenômenos históricos. Sua opinião é embasada na visão da realidade social e na adequação a ela pelo viés dialético que privilegia:

- (a) a contradição e o conflito predominado sobre a harmonia e o consenso;
- (b) o fenômeno de transição, da mudança, do vir-a-ser sobre a estabilidade;
- (c) o movimento histórico;
- (d) a totalidade e a unidade dos contrários.

Assim, acreditamos que tais preceitos metodológicos estão alinhados com a proposta do MAPP para avaliar políticas públicas e com as reflexões iniciais evidenciadas a partir desta pesquisa pautada no vasto campo da avaliação de políticas públicas. Isso porque acreditamos que a pesquisa social deve alinhar teoria e prática, principalmente no campo da saúde onde, conforme Minayo (2011), a realidade apela de forma tão existencial e imediata.

A presente produção textual também incluiu em sua metodologia preceitos relacionados à Avaliação em Profundidade (RODRIGUES, 2008), adotada amplamente no âmbito dos trabalhos científicos produzidos pelo MAPP. Foi dada ênfase nos eixos analíticos da avaliação em profundidade e em autores alinhados a essa metodologia científica para contextualizar as Políticas de Assistência Estudantil e de Assistência Odontológica no Brasil, visando compreender a realidade do setor odontológico em estudo.

Contamos ainda com as articulações empreendidas por Lejano (2011), que vê na pesquisa a possibilidade para constituir um trabalho amplo e profundo, não só baseado em dados quantitativos, mas também rompendo com os paradigmas positivistas, entendendo o desenho da política e identificando os atores e os sujeitos nos aspectos mais abrangentes possíveis.

Em sua produção científica, Lejano (2011) aplica questionários/entrevistas aprofundados para entender a perspectiva dos sujeitos de forma próxima à sua realidade, a fim de que se consiga acessar dimensões, elementos e aspectos inesperados, que só a proximidade do campo de pesquisa pode oferecer.

Lejano (2011) também se apropria de recursos visuais para compreender e explicitar aspectos do campo pesquisado, a exemplo dos recursos fotográficos. Tais recursos visuais não possuem só o aspecto ilustrativo, mas uma perspectiva analítica, pois apontam evidências relevantes no campo de estudo, conferindo maior clareza e confiança às informações.

Além desse aspecto amplo e experiencial, proposto por Lejano, Rodrigues (2008) traz a perspectiva processual da política em estudo. Trabalha a política e identifica sua trajetória e conteúdo, dando um caráter mais processual à pesquisa, dentre outros eixos analíticos, sem que se proponham processos interventivos, pois segundo a autora não é o objetivo no âmbito acadêmico.

As propostas por ora apropriadas para a condução desta pesquisa estão em sintonia com Geertz (1926), em “A Interpretação das Culturas”. Nessa obra o autor propõe uma avaliação densa do objeto de pesquisa, rompendo com as ideias clássicas do positivismo e apropriando-se do método etnográfico para a avaliação de políticas públicas.

Ao sugerir que a avaliação seja ampla, detalhada e densa, Geertz (1926) propõe a busca de significados da política para os que as formulam, executam ou vivenciam. Para o autor a avaliação em políticas públicas não pode se restringir à análise de dados estatísticos resultantes da coleta de dados por meio de questionários, ainda que estes contemplem perguntas abertas e forneçam ao entrevistado espaço para colocar suas ideias.

No entanto, como já mencionado, foi remota a possibilidade de realizar amplamente a metodologia da Avaliação em Profundidade dado o tempo e os recursos disponíveis para realização desta pesquisa de mestrado. Embora a avaliação aprofundada seja um dos caminhos avaliativos mais completos e inovadores da atualidade, tal metodologia avaliativa assume basicamente quatro grandes eixos de análise: (1) conteúdo da política e/ou do programa, contemplando sua formulação, bases conceituais e coerência interna; (2) trajetória institucional; (3) espectro temporal e territorial, abarcado pela política ou programa; (4) análise de contexto de formulação dos mesmos.

Há que se dar destaque ao aspecto multi, inter e/ou transdisciplinar da avaliação da política pública. Essa perspectiva demanda a articulação de diferentes especialidades – como a Ciência Política, a Sociologia, a Economia, a História, a Antropologia, o Direito – somadas àquelas específicas à política em tela, que no caso são as Ciências da Saúde e, em foco, a Saúde Pública e a Odontologia. No entanto, o difícil é circunscrever o campo de especialidades a abarcar e delimitar o diálogo.

Quanto à análise de conteúdo da política foram contemplados: formulação, bases conceituais e coerência interna. Realizamos o exame do material institucional. Nesse aspecto, analisamos a formulação da política, com atenção aos objetivos presentes nos documentos de institucionalização da política, bem como naqueles que compõem todo o processo de sua formulação. Isto é: os critérios apresentados para a sua implantação, acompanhamento e avaliação. Por fim, examinamos os conceitos, ideias, noções e valores, que conformam os paradigmas orientadores da política e que formam um corpo teórico, que lhes dá sustentação e legitimidade.

Ademais, realizamos a verificação da coerência interna da política no que diz respeito à disponibilidade dos mecanismos de efetivação da política, segundo sua proposta teórica e sua base conceitual. Tais análises não estão isoladas, mas colocadas intrinsecamente no decorrer do

texto de forma a não dar ao trabalho o caráter fragmentado e aparentemente “escolar”, buscando a construção de um texto articulado, que conecta os diversos eixos analíticos entre si (SOUZA, 2006).

Alguns autores, como Saraiva e Nunes (2011), ao aliar a análise de conteúdo da política à noção de trajetória, mostram que a apreensão das bases conceituais de uma política ou programa ganha maior consistência quando, além do material institucional, o pesquisador contempla entrevistas com os sujeitos que participaram do processo de formulação da política em seus diferentes momentos.

Quanto à trajetória institucional da política, vale destacar a importância da apreensão do modelo político/econômico vigente no país, do lugar que ocupa o social nesse modelo e em que medida à política ou ao programa se articulam outras políticas e/ou programas.

Para compreender a dinâmica de políticas implementadas em diferentes momentos históricos, concebidas a partir de modelos político-econômico-sociais específicos, faz toda a diferença perceber como são acionados elementos: de ordem simbólica; elementos étnicos e identitários; valores morais, cívicos e éticos; ideias e símbolos articulados a ideologias do progresso e da modernização, dentre outros (HOLANDA, 2006).

Este ponto – um dos mais importantes para o entendimento do que realmente ocorre quando se implementam ações dentro de uma política gestada nas esferas superiores – é também o de mais difícil consecução. Isso porque tal tarefa demanda tempo, recursos e pessoas capacitadas a realizarem um levantamento de dados quantitativos e qualitativos a contento, bem como a realizar o tratamento consistente desses dados (ANGELICCI *et al.*, 2004).

Essa proposta de compreensão da política por meio da reconstrução da trajetória institucional vem sendo especialmente desenvolvida por Gussi (2008) a partir da ideia de que o princípio de legitimação dos conceitos, regras, normas, valores e ações das instituições são naturalizados.

Quanto ao espectro temporal e territorial, abarcado pela política/programa, examinar-se-á o percurso de uma política pelas vias institucionais e espaços socioculturais ao longo do tempo de sua implementação. Esse aspecto comporta não apenas, do ponto de vista macroestrutural, o trânsito pelas esferas federal, estadual e municipal, mas a apreensão e efetivação da política em contextos distintos. Está sujeita, portanto, a uma variada gama de apropriações e interferências – conforme os interesses, jogos de poder e forças políticas locais –, podendo levar a resultados distintos. Pode revelar ainda inadequações na forma como a mesma foi pensada, formulada e implantada em razão de particularidades, que dizem respeito à dimensão sociocultural local e/ou regional. Segundo Gonçalves (2008),

Trata-se de conhecer, para além dos indicadores quantitativos de renda e de pobreza, quem está recebendo a política pública e como a ressignifica? Em que contexto? Quais as mediações de ordem simbólica e política que a atravessam? (GONÇALVES, 2008, p. 24).

Assim, a autora apresenta como condição para a formulação de indicadores socioculturais o mapeamento junto aos beneficiários das políticas, que ocupam territórios específicos, das seguintes dimensões: da economia; das relações de poder locais em articulação com as esferas estadual e federal; da cultura, referindo aos valores, tradições e referenciais identitários locais; da geografia, condições físicas e climáticas; das redes de proteção social; das concepções e projetos de desenvolvimento local existentes, bem como do sistema educacional.

Foi nesse sentido que esses eixos analíticos serviram de norte para a condução do estudo da política de assistência estudantil. Porém, com a consciência de que a avaliação em profundidade deste trabalho enfatiza-se mediante uma função de inspiração e de norteamento, dada a amplitude avaliativa proposta em contraponto às limitações de tempo e de recursos.

Acredita-se que os preceitos metodológicos mencionados estão alinhados e de acordo com uma proposta moderna, de caráter pluralista, que avalia a política sobre o viés dos sujeitos envolvidos para avaliar políticas. Desse modo, firmamo-nos na percepção de que a pesquisa social deve alinhar teoria e prática, principalmente no campo da saúde (MINAYO, 2011), pois a realidade apela urgentemente por soluções, visto que a demanda reprimida por ações cruciais ligadas à qualidade de vida da população é muito grande.

6 POLITICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO PNAES: UMA AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA UFC

No âmbito da UFC, segundo relatos colhidos junto a servidores dessa instituição, é de fato bem antigo o trabalho assistencial destinado aos acadêmicos.

Pelos dados que foram coletados a assistência estudantil se iniciou no âmbito da UFC, com a criação da residência estudantil na década de 60. O prédio era situado na Rua Paulino Nogueira, número 125, no bairro Benfica em Fortaleza-CE, em frente à praça da Gentilândia. Essa residência estudantil contava com poucas vagas e se destinava ao atendimento de alunos, que vinham do interior ou até mesmo de outros estados.

Hoje o Programa de Residência Universitária da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis continua assegurando moradia a estudantes provenientes de famílias de baixa renda do interior do Ceará e de outros estados, regularmente matriculados em um dos cursos de graduação da UFC e selecionados mediante avaliação socioeconômica. O estudante selecionado passa a morar, até a conclusão do curso, em uma casa mantida pela Universidade.

Para terem direito a esse serviço os residentes devem se formar no tempo hábil de cada curso, estipulado pela Pró-Reitoria de Graduação, com tolerância máxima de um semestre além do prazo. Depois de formado, o estudante pode permanecer ainda um mês na residência até se desligar do programa. Há exceção para os casos de cursos com novas habilitações ou de aprovação nos cursos de Pós-Graduação (nesse caso, a permanência pode se estender até a obtenção de uma bolsa de estudos).

Cada casa possui regras próprias e tem um diretor eleito pelos próprios moradores. É do diretor o dever de fazer cumprir as regras do regimento do Programa, além de servir de interlocutor dos residentes em reuniões mensais com a Pró-Reitoria.

Na UFC, atualmente as residências universitárias são 14 sendo: 9 (nove) masculinas, 4 (quatro) femininas e uma residência mista. A capacidade total é de 256 estudantes.

Posteriormente, ampliou-se a assistência estudantil na UFC com a criação do Restaurante Universitário (RU), situado na Avenida da Universidade, a um quarteirão do prédio da Reitoria. O Restaurante Universitário, sob a coordenação da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis, é uma unidade destinada a oferecer refeições de qualidade a estudantes, docentes e servidores técnico-administrativos da UFC, além de constituir um espaço de convivência e integração da comunidade universitária.

O atendimento do Restaurante Universitário abrange, hoje, uma parcela dos estudantes que buscam economizar tempo e dinheiro em deslocamento. Atualmente são fornecidas cerca

de 11.000 refeições por dia, distribuídas nos Refeitórios de Fortaleza (Campus do Pici, Campus do Benfica, Campus do Porangabuçu e Labomar), Sobral, Quixadá, Russas e Crateús. São oferecidas diariamente três refeições: café da manhã (apenas para residentes), almoço e jantar. O público-alvo do restaurante universitário são estudantes, servidores técnico-administrativos, docentes e pessoal de empresas terceirizadas contratadas a serviço da UFC.

Além das categorias descritas também podem solicitar o acesso aos Refeitórios participantes de eventos realizados pela UFC (congressos, encontro de estudantes, cursos etc.), desde que estejam vinculados a outras Instituições Federais de Ensino Superior. Podem ainda solicitar o acesso: pesquisadores que estejam desenvolvendo algum trabalho em parceria com a Universidade, bolsistas de projetos, dentre outros, desde que formalizem a solicitação através do envio de um ofício para a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis. O acesso às refeições do RU é realizado com o cartão eletrônico ou através da compra de *tickets*.

Ao lado do prédio do Restaurante Universitário do Benfica – situado à Av. da Universidade, 2536, no bairro Benfica em Fortaleza-CE – também existia (e existe) o prédio onde funcionava o Departamento Médico Odontológico (DMO).

Embora ainda hoje alguns ainda chamem esse local de “DMO”, o prédio agora é chamado de Coordenação de Perícia e Assistência ao Servidor (CPASE), onde se exercem as ações de assistência à saúde na parte odontológica ao estudante de graduação da UFC. É esse, portanto, o nosso espaço principal de pesquisa. Focamos especialmente nos significados e percepções de estudantes, servidores e gestores a respeito desde setor e da política assistencial desenvolvida.

No DMO era feito, de forma mais ampla, o atendimento médico e odontológico de alunos da graduação da UFC. Nesse setor eram ofertadas: consultas médicas; serviço de enfermagem; aferimento de pressão arterial; execução de curativos; distribuição de preservativos; vacinação. Funcionava como uma espécie de posto de saúde, que atendia a comunidade discente da UFC.

Em um prédio anexo ao DMO existia – e ainda hoje existe – uma clínica odontológica, que ao longo do tempo já passou por diversas reformas e, no passado, ofertava um volume maior de atendimentos e um número maior de serviços, como o tratamento endodôntico e cirurgias buco-dentais.

Havia na odontologia do DMO mais profissionais e recursos, o que propiciava um maior atendimento às demandas dos discentes da UFC. Era também um espaço muito importante de estágio para os acadêmicos do Curso de Odontologia da UFC. Alguns dos hoje

professores da FFOE/UFC (Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem), inclusive, estagiaram no DMO.

Além disso, há relatos de que a Odontologia do DMO era muito procurada pelos acadêmicos, que necessitavam de atendimento, existindo à época uma grande expectativa pela data de agendamento para novas consultas, formando-se uma grande fila de espera. Nesse contexto, o DMO estava dentro da grade de departamento da UFC sob a tutela da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE).

A PRAE, na pessoa de seus diversos pró-reitores, mantinha uma grande proximidade com o DMO, sendo um importante ator no fomento de suas atividades, com o fornecimento dos insumos necessários para o andamento dos trabalhos e outras demandas complementares nos casos de alunos muito carentes (exames e tratamentos pagos no âmbito particular).

Com o passar do tempo, principalmente nas décadas de 1980 e 1990, houve paulatinamente uma escassez de recursos e um enfraquecimento das universidades federais, reflexo das condutas político-econômicas dos Governos Sarney, Collor, Itamar e Fernando Henrique. Nesse aspecto, assistimos a uma desvalorização das Instituições de Ensino Superior, a um sucateamento das universidades federais e a um desgaste de serviços existentes no âmbito universitário (LEJANO, 2011).

Como consequência dessa época, os serviços prestados no DMO foram sendo reduzidos: parou-se com o serviço de enfermagem e vacinação; reduziu-se o atendimento médico; alguns profissionais foram se aposentando sem serem contratados novos; alguns outros profissionais de outros órgãos que atuavam no DMO foram devolvidos. Assim, ao longo do tempo, a prestação de serviços à comunidade da UFC foi minguando em número e variedade de atendimento.

Contudo, a partir dos anos 2000, com a eleição dos presidentes Lula e posteriormente Dilma Roussef, devido à forte demanda social existente e a uma perspectiva de melhorias no fomento da área educacional, houve um fortalecimento das IES. Surgiram: a ampliação de cursos e de vagas nos cursos já existentes, bem como de novas IES; a expansão de novos campi; reformas de prédios; abertura de concursos e da contratação de novos profissionais. Nesse contexto, as ações de Assistência Estudantil ganharam novo fôlego. Houve a abertura de novas residências universitárias e de novos restaurantes universitários, dentre outras melhorias no âmbito da UFC.

Essa boa fase também refletiu um período de grande desenvolvimento econômico do Brasil, que chegou a figurar entre as principais economias mundiais, passando a gozar de credibilidade junto ao mercado financeiro e tendo o seu risco-país classificado como um lugar

seguro e próspero para o investimento externo. Os juros no mercado financeiro também estavam em queda e havia muito dinheiro circulando, pois houve um incentivo do Governo para concessão de empréstimos a juros baixos. Ocorreu ainda a redução de IPIs de muitos produtos – que fizeram aumentar a produção industrial –, o desemprego caiu e houve o anúncio da descoberta do Pré-Sal, que iria tornar o Brasil energeticamente autossuficiente e alavancaria o desenvolvimento do país rumo ao primeiro mundo.

Na sequência, houve um grande avanço na área social, com a redução da fome no país, a garantia de renda mínima pelo Bolsa Família, o programa “Luz para Todos” e o “Minha Casa Minha Vida”. Mais diretamente ligado à educação superior foram fomentadas iniciativas como: a política de cotas nas universidades; o programa Ciências Sem Fronteiras; a ampliação de bolsas aos discentes da graduação, isso para citar alguns dentre muitos outros programas dos governos Lula e Dilma. Portanto, houve significativa melhoria de acesso das populações mais carentes a produtos e serviços antes inatingíveis (ROCHA, 2008).

No campo da educação superior podemos considerar um divisor de águas o advento da política de cotas. A Lei nº 12.711/2012, sancionada em agosto do referido ano, garantiu a reserva de 50% das matrículas por curso e turno nas 59 universidades federais e 38 institutos federais de educação, ciência e tecnologia a alunos oriundos integralmente do ensino médio público, em cursos regulares ou da educação de jovens e adultos. Os demais 50% das vagas permaneceram para ampla concorrência.

A lei foi regulamentada pelo Decreto nº 7.824/2012, que definiu as condições gerais de reservas de vagas, estabelecendo a sistemática de acompanhamento das reservas de vagas e a regra de transição para as instituições federais de educação superior. Houve também a Portaria Normativa nº 18/2012, do Ministério da Educação, que estabeleceu os conceitos básicos para aplicação da lei, prevendo as modalidades das reservas de vagas e as fórmulas para cálculo, fixando as condições para concorrer às vagas reservadas e estabelecendo a sistemática de preenchimento das vagas reservadas.

As vagas reservadas às cotas (50% do total de vagas de cada instituição) foram subdivididas: metade para estudantes de escolas públicas, com renda familiar bruta igual ou inferior a um salário mínimo e meio *per capita*; metade para estudantes de escolas públicas, com renda familiar superior a um salário mínimo e meio. Em ambos os casos, também foi levado em conta o percentual mínimo correspondente ao da soma de pretos, pardos e indígenas no estado de acordo com o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A lei foi aplicada gradualmente. Em 2013 foram reservadas pelo menos 12,5% do número de vagas ofertadas. A implantação das cotas ocorreu de forma progressiva, ao longo de quatro anos, até chegar à metade da oferta total do ensino público superior federal. A lei vale para quem estudou em colégios militares também e à todas as escolas públicas de ensino médio.

O conceito de escola pública se baseia na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 9394/96, art. 19 inciso I, que diz:

Art. 19. As instituições de ensino dos diferentes níveis classificam-se nas seguintes categorias administrativas:

I – Públicas, assim entendidas as criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público.

Logo, para ser considerado egresso de escola pública, o estudante deve ter cursado o Ensino Médio em escola pública ou ter obtido certificação do Enem, tendo cursado o Ensino Fundamental em estabelecimento público. Ou seja: o estudante não pode ter cursado escola particular em nenhum momento.

Quem concorrer pelas cotas também pode entrar pela ampla concorrência de acordo com critérios de cada universidade. Nos primeiros quatro anos de implementação da lei, os estudantes cotistas disputaram vagas tanto pelo critério de cotas quanto pelo de ampla concorrência, já que as vagas foram oferecidas gradativamente. A partir de quatro anos, a permanência desse modelo ficou a critério de cada instituição de ensino.

As cotas passaram, então, a valer para vestibulares tradicionais e para o Sistema de Seleção Unificada (SISU). As instituições federais de ensino, que adotaram diferentes processos seletivos, precisaram observar as reservas de vagas em cada um desses processos.

O critério da raça adotado para a constatação de raça foi a autodeclaração, como ocorre no censo demográfico e em toda política de afirmação no Brasil. Já a renda familiar *per capita* tem de ser comprovada por documentação, com regras estabelecidas pela instituição e recomendação de documentos mínimos pelo MEC (AMARAL; OLIVEIRA, 2011).

No critério racial, não há distinção entre pretos, pardos e índios. No entanto, o MEC incentiva que universidades e institutos federais localizados em estados com grande concentração de indígenas adotem critérios adicionais específicos para esses povos, dentro do critério da raça, no âmbito da autonomia das instituições.

Nesse contexto, a política de assistência estudantil foi reforçada. No orçamento de 2013 já havia previsão de um aumento para o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Foram investidos pelo menos R\$ 600 milhões em assistência estudantil em 2013. O

MEC articulou com os reitores a política de acolhimento dos alunos cotistas, que também gira em torno da política de tutoria e nivelamento (SILVA *et al.*, 2009).

O advento da política de cotas, então, mudou significativamente o perfil dos alunos da UFC. Por ser uma universidade em que o ingresso é muito concorrido, a entrada de alunos de baixa renda, advindos de escola pública, era bem menor devido à dificuldade de concorrer com alunos bem preparados pelas melhores escolas particulares do país. Portanto, esse novo cenário, relatado em entrevista pelo Pró-Reitor de Assuntos Estudantis (PRAE), Prof. Dr. Manuel Antônio de A. Furtado Neto, realmente implicou em uma maior demanda pela assistência estudantil na UFC.

A PRAE da UFC é a unidade gestora de políticas para a promoção e apoio ao estudante de graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC), consolidando o amplo objetivo de construção da cidadania nos diversos segmentos acadêmicos, que compõem a comunidade universitária.

É da natureza da PRAE incentivar, acompanhar e promover o desenvolvimento do estudante em toda sua trajetória acadêmica através de ações efetivas nas áreas social, técnico-científica, cultural, política e esportiva, tendo como missão fortalecer o vínculo institucional do estudante pelas condições de acesso, permanência, melhoria contínua e qualidade de vida.

A PRAE tem como principais metas: ampliar as condições de permanência dos estudantes (na UFC) em situação de vulnerabilidade socioeconômica; viabilizar a igualdade de oportunidades entre os estudantes; contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico individual; agir, preventivamente, nas situações de retenção e evasão decorrentes da insuficiência de condições financeiras.

Para o entendimento do funcionamento da PRAE em breve será mostrado o seu organograma, que é constituído da Divisão de Apoio Administrativo (DAP) e, nessa divisão, tem subordinadas as seguintes coordenadorias: Coordenadoria de Assistência Estudantil (CASE); Coordenadoria de Atividades Desportivas (CAD); Coordenadoria do Restaurante Universitário (CRU).

Nesse momento tivemos uma constatação: a ausência de uma coordenadoria dentro do organograma da PRAE, que tratasse diretamente da questão da saúde dos discentes, estando esse importante braço da assistência estudantil contemplado pelas ações de atendimento psicológico realizados pela PRAE e pelas ações médico-odontológicas realizadas pela CPASE.

Assim, destacamos uma importante questão: a Coordenadoria de Perícia e a Assistência ao Servidor e Estudante (CPASE), que desenvolve ações ligadas ao PNAES, referentes à odontologia, está ligada a qual Pró-Reitoria dentro da UFC?

A CPASE está ligada à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP). A Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) é uma unidade da Administração Superior da Universidade Federal do Ceará, diretamente subordinada à Reitoria da UFC. A PROGEP compete administrar as políticas e normas, os projetos, os processos e as ações institucionais, que mobilizem para resultados organizacionais e educacionais o fator humano no trabalho – servidores públicos docentes e técnico-administrativos em educação – no âmbito das atividades de ensino, de pesquisa, de extensão e da gestão.

A PROGEP desenvolve, assim, as iniciativas diagnósticas de planejamento, de organização, de execução e de avaliação de resultados, na estrita observância da conformidade legal e normativa, segundo princípios participativos, colaborativos e do trabalho em equipes multifuncionais, privilegiando as parcerias internas e externas para otimizar os recursos públicos.

A PROGEP tem como visão: ser referência nacional na gestão de pessoas e organizacional entre as instituições federais de ensino superior – IFES brasileiras – pelos resultados organizacionais e individuais, levando em conta a conformidade legal-normativa e a maximização da eficiência dos processos de trabalho e a satisfação dos servidores técnico-administrativos e docentes.

Como missão a PROGEP intenta: desenvolver políticas e ações de planejamento, de organização, de execução e de avaliação de resultados no âmbito da gestão organizacional e dos subprocessos de Gestão de Pessoas – dimensionamento, seleção, gestão de carreiras, formação e capacitação, qualidade de vida no trabalho, relacionamento interno e externo, conformidade legal e normativa e da gestão da informação de pessoal – em articulação com as prioridades estabelecidas no Plano de Desenvolvimento Institucional da UFC. Além disso, apresenta como valores: ética no serviço público; conformidade legal e normativa; transparência dos atos e da informação; confiabilidade dos processos de trabalho e das informações de pessoal; responsabilidade social e ambiental, dentre outros (RIGOTTI; CERQUEIRA, 2004).

Diante do relatado nos parágrafos anteriores, percebe-se que a PROGEP em sua natureza está muito mais relacionada aos assuntos inerentes aos servidores da UFC. Isto é: a PROGEP encontra na CPASE o ambiente de suporte para as questões inerentes à saúde do servidor, principalmente no que diz respeito à perícia oficial em saúde, que hoje acontece sob a lógica do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Federal (SIASS). Este tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração

federal direta, autárquica e fundacional de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal estabelecida pelo Governo.

Assim, de acordo com o Decreto nº 6.833, assinado pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva, de 29/04/2009, considera-se como objetivos do SIASS:

- I - assistência à saúde: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;
- II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e
- III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

O SIASS foi criado devido à necessidade de se responder por ações em saúde e segurança do trabalho do servidor público federal. Tal cenário propiciou com que os ministérios e os demais órgãos, que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), tratassem as questões referentes à saúde e segurança conforme os seus próprios entendimentos.

Com o passar dos anos foram estabelecidas ações em saúde, com recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais e critérios periciais bastante diferenciados, com potencialidades e dificuldades desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública.

Distorções foram consolidadas, como a concessão do benefício relacionado à saúde suplementar: enquanto alguns órgãos custeavam valores expressivos de planos especiais de saúde, outros servidores não tinham acesso a nenhum valor. Por outro lado, a inexistência de um sistema de informações, que notificasse os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais –, impossibilitou a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e dificultou o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde do servidor.

Ao longo dos últimos anos o Governo Federal, por meio do Ministério do Planejamento, vem empreendendo esforços no sentido resolver antigas questões relacionadas à saúde e à segurança no trabalho no serviço público. A partir de dezembro de 2007 se estabeleceu o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), sustentada por: um sistema de informação em saúde do servidor; uma sólida base legal; uma rede de unidades e de serviços; a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. Movimento esse que deu consequência à criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) (LUZ, 2000).

Nesse contexto, as IES e todos os demais órgãos do Executivo Federal viram-se obrigados a se adequarem, enquadrando-se no que o Ministério do Planejamento sob a nova ótica que o SIASS estava preconizando. Por isso, dentro da UFC houve uma adequação para que o Departamento Médico-odontológico absorvesse essa nova demanda de ações regulamentadas pelo SIASS.

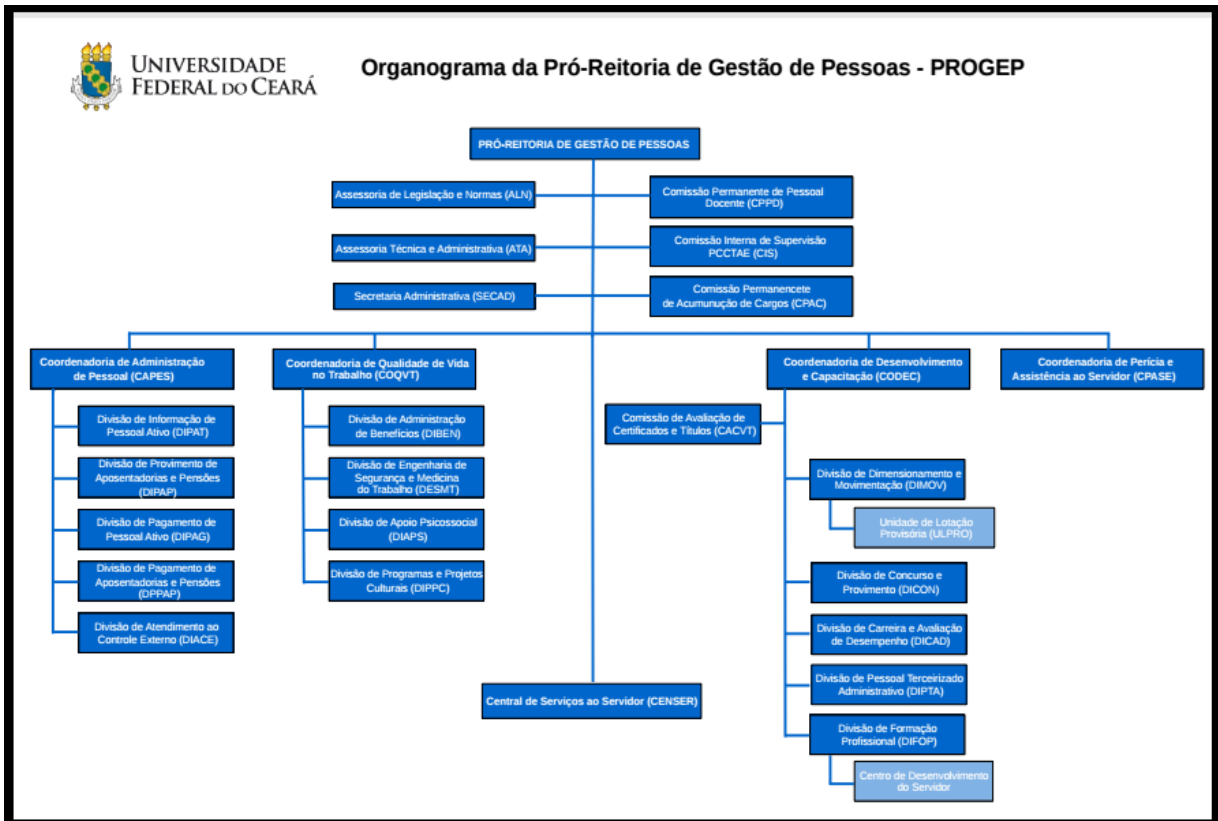
Como o DMO já estava sob a tutela da PROGEP, a atividade pericial ganhou cada vez mais destaque e, por sua vez, ganhou também destaque e importância o próprio DMO, que passou a se chamar de DPASE, depois de NUPASE e, posteriormente e até os dias atuais, de CPASE, ganhando destaque na universidade respectivamente como Núcleo, Departamento e depois Coordenadoria.

Nesse processo, claramente a função pericial dessa coordenadoria foi suprimindo a função assistencial, em sinergia ao processo de redução de oferta de serviços assistenciais relatados pelos entrevistados ao longo dos anos, conforme citado no texto.

Assim, fica evidente que realmente o foco da PROGEP é promover as ações ligadas aos servidores, embora haja a consciência da importância da assistência aos alunos. Tal afirmação está em sintonia com o relato em entrevista da Pró-reitora de Gestão de Pessoas, Professora Marilene Feitosa Soares: “fizemos questão de manter os serviços assistenciais em saúde na CPASE aos alunos devido ao caráter social desses atendimentos”. Não poderia ser diferente, pois a PROGEP trabalha com um complexo organograma e a CPASE é apenas uma pequena parte dele, conforme dispusemos na lista e no organograma ilustrativo a seguir:

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS	
<p>Assessoria de Legislação e Normas (ALN) Assessoria Técnica e Administrativa (ATA) Secretaria Administrativa (SECAD) Comissão Permanente de Pessoal Docente (CPPD) Comissão Interna de Supervisão PCCTAE (CIS)</p> <p>Comissão Permanente de Acumulação de Cargos (CPAC) Coordenadoria de Administração de Pessoal (CAPES) Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT) Coordenadoria de Desenvolvimento e Capacitação (CODEC) Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor (CPASE)</p> <p>Divisão de Informação de Pessoal Ativo (DIPAT) Divisão de Provedimento de Aposentadorias e Pensões (DIPAP) Divisão de Pagamento de Pessoal Ativo (DIPAG) Divisão de Pagamento de Aposentadorias e Pensões (DPPAP)</p>	<p>Divisão de Atendimento ao Controle Externo (DIACE) Divisão de Administração de Benefícios (DIBEN) Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (DESMT) Divisão de Apoio Psicossocial (DIAPS) Divisão de Programas e Projetos Culturais (DIPPC) Divisão de Dimensionamento e Movimentação (DIMOV) Divisão de Concurso e Provedimento (DICON) Divisão de Carreira e Avaliação de Desempenho (DICAD) Divisão de Formação Profissional (DIFOP) Unidade de Lotação Provisória (ULPRO) Centro de Desenvolvimento do Servidor</p> <p>Comissão de Avaliação de Certificados e Títulos (CACVT) Divisão de Pessoal Terceirizado Administrativo (DIPTA) Central de Serviços ao Servidor (CENSER)</p>

Figura 1 – Organograma da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP).



Fonte: PROGEP/UFC (Disponível em: <<http://www.progep.ufc.br/sobre-a-progep/organograma-da-progep/>>).

Percebe-se, então, a localização onde é trabalhada essa diretriz do PNAES, ou seja, a assistência odontológica: ela está sendo desenvolvida dentro de um consultório odontológico,

na CPASE. Este está ligado à PROGEP e distante, assim compreendemos, administrativamente da PRAE.

Desse modo, depreendemos as limitações da assistência odontológica aos discentes dentro da UFC, visto que a PROGEP é sobrecarregada por suas demandas prioritárias e relacionadas à sua função inerente, que é cuidar dos servidores e a PRAE. Esta, não menos sobrecarregada, está distanciada no organograma da UFC das ações da CPASE e produz ações no que diz respeito às concessões de bolsas que, infelizmente, não suprem a demanda por bolsas de auxílio existente na universidade. Isto é: não sobram recursos da PRAE e da PROGEP, nem financeiros e nem humanos, para que as ações assistenciais em saúde bucal desenvolvidas pela CPASE sejam melhoradas ou ampliadas.

Assim, em nossas entrevistas aos alunos atendidos na clínica odontológica da CPASE é clara a necessidade de uma maior divulgação desse serviço. Mas como melhorar a divulgação desses atendimentos se o funcionamento dele já inspira melhorias? Será que, após uma melhor divulgação, a UFC poderia dar conta de atender à crescente demanda que iria surgir?

Essas indagações surgiram ao entrevistar o Pró-Reitor de Assuntos Estudantis. Soma-se a isso o fato de que, segundo os servidores da odontologia/CPASE, o serviço frequentemente fica sem materiais básicos a exemplo de papel toalha ou algum insumo odontológico, já tendo acontecido, inclusive, de os profissionais comprarem algum material para não paralisar o atendimento. Os equipamentos odontológicos também se encontram sucateados e sem previsão de verbas para a substituição dos mesmos.

Essa constatação da precariedade dos equipamentos odontológicos é um item comum na fala dos alunos entrevistados como ponto a melhorar no serviço. Entretanto, apesar das muitas dificuldades existentes, é notória a satisfação dos alunos com o atendimento odontológico na CPASE.

A CPASE realmente presta um atendimento diferenciado do que se vê em muitos locais públicos e, até mesmo, privados. Primeiro que não há uma pressão por parte dos gestores da UFC por produção, em termos quantitativos, de atendimentos. Só isso já permite que o cirurgião-dentista atenda com maior tranquilidade o seu paciente, priorizando a qualidade e não o volume de atendimentos.

Ademais, os materiais de uso odontológico são de boa qualidade, corroborando com um bom resultado clínico dos procedimentos. Os profissionais, em somatório, são de bom nível técnico, todos pós-graduados, tendo, inclusive, um dentista com nível de Mestre e em processo de Doutorado. Além disso, o perfil dos funcionários é o de serem colaboradores e resolutivos, procurando dar solução aos casos que chegam à clínica, orientando também a

complementação dos serviços que devem ser realizados em outras instituições a exemplo de exodontias de terceiros molares e endodontias (tratamento de canal).

Trabalha-se, também, com planejamento dos casos, com uma consulta inicial e uma sequência planejada de atendimentos clínicos, objetivando-se um tratamento concluído dentro dos procedimentos preconizados pela atenção odontológica básica em saúde. Não é raro, nesse contexto, que os usuários do serviço fidelizem seu atendimento a um só dentista, estabelecendo um duradouro vínculo de confiança com esses profissionais.

Em nossa investigação – pela busca dos sentidos e significados de como essa parte da PNAES, a assistência odontológica, é trabalhada na UFC – encontramos histórias emocionantes as quais dão valor ao serviço odontológico da CPASE.

Citamos aqui o caso de um acadêmico, que ilustra bem a história de muitos outros discentes. Não citaremos o nome, mas ele é bem jovem, 19 anos, vindo da zona rural de uma cidade do interior. Acessou o curso superior por meio do SISU, através da política de cotas. Relata que nunca teve acesso contínuo e frequente a serviços odontológicos. Ia ao dentista quando sentia dor e procurava o serviço apenas para atendimentos emergenciais, que culminavam geralmente na extração do elemento dentário. Tal modelo de atendimento é arcaico e mutilador, produzindo em décadas passadas gerações de desdentados. Além disso, não é compatível com os modernos conceitos de odontologia, que primam pela prevenção e atendimento integral do paciente.

Assim, esse jovem cresceu com o registro das mazelas sociais pelas quais passou registradas na boca, com prejuízo da estética e da função oral. Isso corroborou com o perfil tímido do jovem, que possui fala contida e expressão desconfiada para uma situação de constrangimento e isolamento social. Ele não se sentia bem com sua estética oral, pois tinha vergonha do seu sorriso.

Esse mesmo aluno relatou que tais sentimentos de isolamento social se potencializaram ao entrar na UFC. Em um ambiente novo, com estudantes e professores – onde se exige um certo grau de convívio e exposição social – a questão estética da saúde oral e do sorriso começou a pesar mais. Porém, o aluno relatou que por intermédio de colegas soube do serviço odontológico da CPASE e lá procurou atendimento. Relatou que gostou do atendimento, achou o serviço muito relevante e que facilitou bastante o direcionamento a um tratamento ao qual ele nunca teve um fácil acesso. Ressaltou que isso realmente está mudando para melhorar a qualidade de vida dele, principalmente em relação à melhoria da autoestima e à maior facilidade para o convívio social.

Apresenta-se aqui a evidência de uma das categorias fundamentais desse trabalho de dissertação de Mestrado, que é a odontologia como fator de inclusão social. Será que uma pessoa com prejuízo estético e funcional da saúde bucal sente-se incluída em seu meio social de forma integral? Acreditamos que não, pois a boca é o nosso cartão de visita.

Podemos afirmar que a saúde começa pela boca, pois é onde se iniciam os processos digestórios e nutricionais. A saúde bucal é um indicador de boa saúde geral e de *status*, por que não assim dizer. A saúde bucal também contribui, essencialmente, para a qualidade de vida dos indivíduos e, portanto, com a manutenção da saúde de acordo com o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Assim, há uma certa parcela da população ainda alijada do acesso às modernas técnicas da odontologia, que predominantemente atende aos interesses de uma odontologia de mercado em detrimento do acesso ao serviço público gratuito e de qualidade. Principalmente no cenário político atual de congelamento de investimentos em saúde e enfraquecimento dos programas sociais de forma geral.

Nesse sentido, compreende-se que os problemas de saúde oral realmente limitam as relações sociais. Senão, vejamos: quem irá empregar uma secretária executiva desdentada, com uma estética do sorriso prejudicada? Quem irá namorar um rapaz com problemas de halitose (mau hálito)? Qual profissional se sentirá seguro em proferir uma palestra com uma prótese mau adaptada, que oscila e sai da boca ao falar? Qual aluno irá encontrar inspiração para o estudo, estando acometido de fortes odontalgias (dores de origem odontológicas)? Tais indagações veem ao encontro dos dados coletados em nossa pesquisa. A grande maioria dos entrevistados colocam a questão estética como algo muito relevante, com grandes influências no psicológico e na autoestima.

Desse modo, considera-se realmente a assistência odontológica como um tipo de assistência que contribui relevantemente para a inclusão social, pois os aspectos relacionados no parágrafo anterior, juntamente com as falas dos entrevistados, revelam uma forte relação com aspectos sociais importantes como a capacidade de se relacionar, de se comunicar espontaneamente, de se sentir aceito no meio social, de ter acesso a uma oportunidade de emprego e, até mesmo, de apenas viver sem dores.

Em uma outra entrevista, coletamos as impressões de uma acadêmica do curso de odontologia, 26 anos de idade, que há dez anos estuda na UFC. Ela também cursou Zootecnia e Biologia, além de ter sido usuária do serviço odontológico da CPASE.

A discente relatou que só conheceu a CPASE quando já estava no curso de odontologia devido ao comentário de um colega que havia sido atendido lá. Colega esse que comentou ter

gostado do serviço na CPASE. Em resposta, a aluna entrevistada comentou com o colega que há tempos ela não ia ao dentista, embora estivesse fazendo o curso de odontologia.

A aluna entrevistada relatou que marcou sua consulta na odontologia/CPASE e que não demorou muito para ser chamada. Também gostou muito do atendimento – embora não tivesse muitos procedimentos para serem feitos –, algo que motivou-a ser uma divulgadora do serviço. A discente considera que, com o advento da política de cotas, muitas pessoas que não têm acesso ao dentista vislumbram no atendimento odontológico da CPASE uma oportunidade de serem atendidas nesse local e que esse serviço é de grande importância dentro do rol de atendimentos aos discentes da UFC.

A aluna ressaltou também – principalmente por ser acadêmica de odontologia – a importância da estética oral para a autoestima das pessoas, pois percebe essa relevância no seu cotidiano social e no tratamento de pacientes, relacionando a melhoria da saúde bucal com a mudança para uma melhora no estado psicológico das pessoas.

A entrevistada ainda relatou que foi estagiária do setor odontológico da CPASE. Destacou que foi muito importante o período de estágio, pois ela ainda estava em cadeiras muito básicas da odontologia e pôde vivenciar mais intensamente na CPASE o ambiente clínico do atendimento odontológico, no qual as mais básicas atividades eram na verdade experiências bastante enriquecedoras (restaurações, raspagens, profilaxias etc.).

Tais vivências, segundo a aluna, serviram-lhe de experiência para “não chegar tão perdida” em algumas disciplinas do curso de odontologia. A discente tornou relevante que esse campo de trabalho poderia ser mais aproveitado para estágios, inclusive, com concessão de bolsas para os estagiários, o que já aconteceu em outras épocas.

Esse melhor aproveitamento é um aspecto bastante assíduo no relato dos acadêmicos usuários do setor odontológico da CPASE. No caso de uma acadêmica do curso de Letras (Português-Francês), do quarto semestre, embora ela tenha perfil de cotista ressaltou que não se utilizou da política de cotas para acessar o ingresso nesse curso da UFC. Todavia, destacou as questões ligadas à subutilização desse espaço de atendimento, a pouca divulgação do serviço e as condições precárias dos equipamentos odontológicos, embora esses acadêmicos considerem bom o atendimento.

Essa aluna do curso de Letras reforçou a demora para o início do atendimento no agendamento inicial (lista de espera) e a inexistência de serviços especializados. Relatou, também, a importância desse atendimento odontológico, pois, assim como outros entrevistados, ela não tinha um atendimento contínuo de acompanhamento odontológico. Chegou a passar 10 anos sem ir a um dentista, quando o Ministério da Saúde preconiza uma consulta anual ao

dentista. Alegou ainda que não tinha condição financeira de arcar com os altos custos cobrados no âmbito particular e assumiu, também, que “não ia atrás”, demonstrando um certo desconhecimento a respeito da importância do controle odontológico periódico.

Esse desinteresse, segundo o que foi percebido em nossa entrevistada, também era estimulado pela sensação de dificuldade em conseguir esse atendimento em postos de saúde; nesse caso, da Prefeitura de Fortaleza, que é responsável pela atenção primária onde estão inseridos os procedimentos básicos odontológicos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

De fato – como relatado anteriormente a respeito do desenvolvimento da odontologia no Brasil – muito se fez nas últimas décadas em prol da Saúde Bucal no Brasil, principalmente com o advento do Programa Brasil Sorridente e com a estratégia das Equipes de Saúde Bucal inseridas no Programa Saúde da Família. Porém, esses esforços não contemplaram integralmente as demandas por serviços odontológicos e apresentam, a nosso ver, deficiências, a exemplo da sobrecarga de responsabilidades às prefeituras nesse sentido, que é inversamente proporcional à capacidade de arcar com os investimentos necessários.

Assim, embora as prefeituras apresentem um quantitativo considerável de equipes de saúde bucal, essas equipes na prática não conseguem, muitas vezes, entrar em atuação, apresentando, por exemplo, falta de profissionais, escassez de insumos odontológicos ou equipamentos quebrados. Nesse contexto, é comum no relato de nossos entrevistados a fala sobre a dificuldade de se acessar os serviços odontológicos (MOYSES, 2013).

Retomemos para o âmbito da odontologia/CPASE/UFC, a fim de contemplar por ora outro aspecto importante: a inexistência de serviços especializados também foi a grande queixa de muitos dos entrevistados.

Um aluno do curso de Filosofia foi bastante enfático nesse ponto em questão. Quando o indagamos a respeito da possibilidade de ele participar dessa pesquisa de Mestrado, o discente se mostrou de pronto muito interessado em dar seu depoimento. Ele – por ter mais de 30 anos de idade, ter acessado a UFC já em idade mais madura e ter um histórico de muitas dificuldades em acessar os serviços públicos – já se mostrou bem esclarecido e relatou buscar sempre o apoio do Estado no que diz respeito aos serviços básicos de educação e saúde:

Sou pobre, não tenho dinheiro para pagar dentista. Se é dever do Estado ofertar os serviços de saúde que necessito, vou procurar os meus direitos, vou aonde tiver que ir, mesmo que demore, que seja difícil, o Estado tem que cuidar da minha boca, dos meus dentes.

Aqui podemos fazer um parêntese para abordar duas questões interessantes: a questão das massas sobrantes e a questão da obrigatoriedade do Estado quanto à assistência social.

Embora exista constitucionalmente a garantia de serviços, como educação e saúde para todos os brasileiros, há de fato uma grande parcela da população que não consegue acessar esses serviços seja pela ineficácia estatal em suprir a demanda existente, seja pela impossibilidade de se pagar por serviços de saúde complementar ou por instituições de ensino particulares.

Nesse sentido, consideramos os sobrantes como a parcela da população excluída. Nesse contexto, a assistência estudantil se apresenta como uma importante ferramenta de inclusão social, a exemplo do que acontece com os alunos da UFC que, ao adentrarem nessa instituição, têm a possibilidade de receber a assistência odontológica, reestabelecendo a estética e a função bucais. Processos esses que contribuem para uma melhoria das relações sociais e significativa melhoria da autoestima desses discentes.

Ainda de acordo com a entrevista com o aluno do curso de Filosofia, ele falou a respeito da confiança no profissional dentista. Relatou um caso peculiar de um dente no qual disse antes ter sido feito o tratamento de “canal” e, depois, descobriu que o procedimento não havia sido feito, algo que causou grande prejuízo a ele, rendendo-lhe posteriormente a perda do dente. Tal relato é realmente muito triste, pois comprova a má índole do profissional que o assistia e evidencia a necessidade de um atendimento mais confiável, ético, transparente e que inspire segurança.

Destaca-se, novamente, a necessidade de valorizar o setor odontológico da CPASE/UFC, pois nesse setor de atendimento os alunos: escolhem o profissional por quem querem ser atendidos, muitas vezes, por todo o curso de graduação; criam vínculos de confiança com seus dentistas; e, se eventualmente houver necessidade, podem também trocar de profissional.

Além disso, os acadêmicos dos cursos de graduação da UFC atendidos no setor odontológico da CPASE podem, caso haja interesse, fazer uso da Ouvidoria da UFC, que tem como objetivo defender os direitos e interesses da comunidade universitária e do público externo.

Assim, ao estabelecer elos e desburocratizar os trâmites, a Ouvidoria contribui para a democratização da Universidade e para o aperfeiçoamento dos serviços por ela prestados. O atendimento é feito segundo as normas que regem as ouvidorias no serviço público e que preveem discricção e sigilo quanto à identificação dos usuários.

A Ouvidoria recebe sugestões, reclamações, críticas e elogios relacionados a qualquer serviço da Universidade e os faz chegar aos setores competentes. Acompanha os desdobramentos, oferece sugestões e cobra resultados quando estes não são apresentados em tempo razoável.

Embora não tenha poder decisório, a Ouvidoria trabalha em regime de plena autonomia e tem acesso a todas as instâncias da Universidade. Não se trata de um campo de litígio, mas de harmonização. Assim, o ouvidor adota uma postura mais pedagógica e propositiva do que contestatória. Seus parâmetros são a ética, a transparência e a imparcialidade, utilizando-os na construção permanente da credibilidade e da confiabilidade.

Consideramos que a Ouvidoria da UFC é um dispositivo que empodera o aluno, indo ao encontro do que preconiza, por exemplo, o SUS no que diz respeito a humanização do atendimento do usuário/cliente: as reclamações ficam registradas e são repassadas diretamente para o setor, sendo cobradas explicações a respeito de cada situação e a respectiva solução para os atendimentos às queixas dos alunos.

A Ouvidoria da UFC é um canal muito direto, que realmente expõe as falhas de cada setor e envolve, inclusive, as chefias imediatas. Tal dispositivo corrobora para que os servidores se refinem no trato com os acadêmicos e prestem o melhor atendimento possível, com o fito de minimizar dissabores e reclamações junto à Ouvidoria. Não obstante, excessos também ocorrem por parte dos usuários ao denunciar situações à Ouvidoria, usando, às vezes, esse dispositivo como forma de coagir os profissionais da UFC.

Distorções de uso à parte, é incontestável, ao nosso ver, a existência da Ouvidoria como forma de controle e transparência dentro da UFC e de quaisquer outras instituições, sejam elas públicas, sejam elas privadas. Ao nosso ver o dispositivo da Ouvidoria não é algo que amedronte o bom funcionário público, pois o bom funcionário é consciente de suas atitudes e trabalha dentro dos princípios da ética e do respeito ao usuário e aos demais colegas de trabalho.

Nesse sentido, consideramos um dos maiores patrimônios da UFC o *staff* de profissionais que compõem esta instituição, ou seja, o capital humano, os servidores e professores dessa instituição de ensino superior. Os alunos, sim, são importantes: são o motivo maior da existência da UFC e a maior missão dessa instituição, que se compromete a formar profissionais de excelência. Contudo, há de se render os devidos reconhecimentos aos que fazem cada engrenagem dessa “fábrica do saber” funcionar.

Na clínica odontológica da CPASE, por exemplo, encontramos um grupo muito especial de pessoas: servidores técnico-administrativos em educação (TAE), que “vestem a camisa” da UFC e no dia a dia fazem acontecer. É evidente que nem todos têm a consciência que ao fazerem seu trabalho cotidiano estão a construir e a executar uma política pública. Nesse caso, a Política Pública de Assistência Estudantil, a assistência à saúde do estudante e, especificamente, a assistência odontológica. Por vezes, foca-se no fazer momentâneo: o

agendamento, a rotina, o atendimento odontológico específico, perdendo-se a noção mesmo do macro, do todo, da filosofia do programa e do que ele deveria contemplar.

Para nós, enquanto pesquisadores sociais – avaliando políticas públicas, pesquisando e trabalhando dentro de um mesmo setor – é realmente um desafio estranhar a política e o cotidiano, bem como ver e ouvir tudo com os sentidos de um investigador inquieto, garimpando falas, impressões, sentidos e significados. Para aqueles, então, que ainda não tiveram a grata satisfação de estudar o assunto políticas públicas, a exemplo do que se faz no Mestrado de Avaliação em Políticas Públicas (MAPP), é uma tarefa quase impossível fazer uma análise aprofundada do que se desenvolve diariamente em nossa atividade laboral (NARVAI, 2002).

Assim, o grupo especial de pessoas que trabalham na odontologia/CPASE é bem heterogêneo. Cada servidor traz consigo uma história, uma trajetória de vida profissional e pessoal bastante peculiares. Percurso esse que conduziu esses indivíduos até esse setor que confere a eles, de maneira geral, um ambiente de trabalho bastante agradável, onde os valores da amizade e companheirismo se fazem presente. Claro que nem tudo é perfeito: dissabores e rugas acontecem, mas de forma geral é um ambiente salutar de trabalho. De forma que os anos de experiência – já que a maioria dos funcionários é antiga na UFC – fazem com que os trabalhos da odontologia/CPASE fluam de forma leve e produtiva.

Contudo, nos depoimentos dos servidores – não podemos deixar de registrar – foram percebidos sentimentos de insatisfação, principalmente no sentido de desvalorização profissional. Vimos dentre os servidores que alguns não se apresentam tão motivados como em tempos anteriores. Não por um motivo pessoal, mas por um histórico de desvalorização por parte da UFC, seja devido a algumas mudanças promovidas pelo Ministério do Planejamento e outras questões de ordem institucional, seja por condutas das chefias superiores. Aqui não estamos fazendo uma crítica, mas apenas detectamos a existência dessas insatisfações que, diretamente, implicam na desmotivação que alguns servidores apresentam.

Desse modo, exemplificamos o que foi discutido no parágrafo anterior com uma situação bem específica ocorrida na odontologia/CPASE. Há uma servidora nesse setor que prestou importante trabalho enquanto Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) por mais de uma década. Essa servidora fazia o trabalho de recepcionista (realizando agendamentos), fazia o trabalho de ASB (atendimento junto ao dentista, limpeza dos equipamentos, esterilização de instrumentais etc.) e ainda auxiliava na limpeza da sala clínica e na organização do setor (controle de estoque, realização de pedidos de insumos odontológicos etc.). Essa mesma servidora também fez um importante trabalho de formação das novas auxiliares, que adentraram no setor após a sua

chegada, repassando, de forma muito competente, a rotina laboral da odontologia CPASE. E, assim, formou-se a equipe de ASBs, que hoje atuam no serviço.

Ocorre que, devido à orientação do Ministério do Planejamento – no que diz respeito a minimizar problemas relativos a servidores, que estão em desvio de função e que desenvolvem funções incompatíveis com os cargos pelos quais eles adentraram no serviço público –, essa servidora foi afastada de suas funções de ASB, permanecendo apenas com as funções administrativas.

Não nos cabe aqui fazer uma análise legal da questão que, com absoluta certeza, tem embasamento jurídico procedente, mas sim coletar e registrar a causa maior da desmotivação dessa e de outras funcionárias desse setor. E aqui, por meio desse instrumento de avaliação, damos voz a essa servidora: *Me sinto desvalorizada, me doeí muito, era muito dedicada, fazia tudo sozinha, atendia alunos e dentistas... na hora de retirar meus direitos nada disso foi levado em consideração.*

Fala-se, nessa situação, não em meses, mas em anos e anos de dedicação e comprometimento com a UFC. É, então, realmente, uma situação muito difícil de se conduzir e que gera muito ruído entre os colegas de trabalho, pois estes podem se contaminar pela desmotivação e implicar na qualidade do atendimento prestado. Somam-se ainda os prejuízos emocionais e os prejuízos financeiros, pois a perda da insalubridade – no caso da servidora, que deixou de ser ASB para ser auxiliar administrativo – representou uma redução de 10% em seu salário, valor considerável no orçamento familiar de qualquer família brasileira.

Mais uma vez, a despeito da legalidade desses acontecimentos, o que se relata é uma grande falta de habilidade por parte de quem é de direito fazer esses ajustes. Isto é, em conduzir essas mudanças de forma a minimizar os danos emocionais aos servidores envolvidos. Estes deveriam ser amparados por um apoio psicológico, a fim de que se pudesse proporcionar algum tipo de conforto e reconhecimento pelos muitos anos de dedicação no trabalho por eles desenvolvido.

Assim, indagamos: Qual é o nível de motivação que essa servidora e que seus colegas de trabalho têm para continuar a prestar um serviço de excelência dentro da UFC? Não nos cabe a resposta, mas, sim, levantar os questionamentos e fomentarmos a reflexão. Muito embora, nesse caso, a servidora tenha mantido sua conduta colaboradora: continuou a desenvolver suas atividades atuais, com bastante engajamento, mesmo em detrimento à desmotivação velada.

Outro caso que fomenta a desmotivação nesse setor é a morosidade na concessão de direitos. Há, por exemplo, servidores desempenhando a mesma função, mas que perante os setores competentes da UFC são tratados de forma distinta. Exemplificamos o caso de um

odontólogo, que, desempenhando as mesmas funções que seus colegas desse setor, não recebe os mesmos adicionais de risco. De outro modo, dentre os quatro dentistas que atuam na odontologia/CPASE apenas três recebem o adicional de Raio X, que dá direito a dois períodos por ano de vinte dias de férias, com intervalo semestral e um acréscimo salarial de 10% sobre o salário base.

De certo que há justificativas legais, mas é no mínimo constrangedor para esse servidor ser julgado com um risco laboral diferenciado, estando em exercício no mesmo ambiente e com as mesmas atribuições. É justo, novamente, que se tenham as justificativas, mas nos cabe aqui registrar essas percepções dos servidores, fazedores – mesmo que de forma inconsciente – das políticas públicas de assistência estudantil, que têm ameaçados os seus direitos laborais e são tratados, a despeito das justificativas legais, de forma discriminatória pelo menos sob a ótica de quem tem seus direitos tolhidos.

Tal fato não é isolado à odontologia/CPASE, mas nos restringimos a esse setor por ser o nosso campo de estudo. Mais uma vez, relatamos – segundo as entrevistas colhidas – que não há qualquer referência negativa ao trabalho do servidor citado, continuando a colaborar de forma significativa com os trabalhos da odontologia/CPASE.

De fato, esses assuntos que alteram os adicionais de insalubridade e periculosidade têm sido realmente fonte de muito ruído e desgastes na CPASE, muitas vezes ocasionando situações de desabafo, raiva e até mesmo choro, emocionando a todos que presenciam esses momentos, nos fazendo refletir sobre a nossa importância dentro da instituição UFC.

Indagamos, então: há realmente uma preocupação com a qualidade de vida do servidor? O que se percebe no diálogo com os servidores é uma sensação de retirada de direitos e de flagelo das condições laborais. A rapidez com que se corta um adicional laboral não é a mesma com que se cuida, por exemplo, da troca dos equipamentos odontológicos, notoriamente sucateados, que poderiam melhorar muito as condições de trabalho dos dentistas e ASBs. A troca dos equipamentos odontológicos garantiria: uma melhor ergonomia durante o atendimento; minimizaria o esforço; reduziria os ruídos sonoros, o esforço visual, o risco de acidentes de trabalho, dentre outros benefícios.

Outro aspecto abordado no diálogo com os servidores e que implica na valorização do setor é a questão dos concursos públicos para dentistas e ASBs no âmbito da UFC. Passa-se muito tempo para a realização de concurso. Atualmente existe até um edital aberto, com uma vaga para dentista e duas para ASB, o que ao nosso ver é insuficiente para atender às demandas de toda a UFC.

Desse modo, alguns dentistas, técnico-administrativos ao longo dos últimos anos, têm se aposentado e não houve a ampliação de vagas novas para o serviço odontológico da CPASE: houve apenas uma reposição de profissional por intermédio de remoção de servidor. Também, como citado, houve a saída de uma dentista que pertencia ao Ministério da Saúde e estava prestando serviços à UFC, que foi chamada de volta ao seu órgão de origem por incompatibilidade da sua área de atuação, que deveria ser SUS e estava sendo educação (MEC).

Hoje, na odontologia/CPASE, existe uma capacidade instalada para seis dentistas atenderem e apenas quatro estão atuando. Antes da vinda do servidor removido eram apenas três, divididos para dois turnos de trabalho, um pela manhã e dois à tarde. Nesse caso, se um dentista adoecesse ou tirasse férias o serviço ameaçava parar. Tal situação implicava diretamente no tempo de espera para tratamento, uma das queixas comumente registradas nas falas dos discentes entrevistados. O que, também, vai ao encontro do que os servidores mais antigos da CPASE (e entrevistados) relataram, como já citado, que o serviço odontológico da CPASE (antigamente DMO) já foi muito mais ativo, muito mais movimentado, muito mais diversificado.

Registramos ainda aqui algo que consideramos relevante: há uma capacidade instalada subutilizada e há muito mais a se desenvolver no campo da saúde bucal aos discentes da UFC. Contudo, ressaltamos, que dentro desse aspecto de capacidade instalada é preciso fazer uma ressalva em relação às condições ergonômicas de atendimento, visto que os equipamentos odontológicos, em grande parte obsoletos, implicam diretamente na qualidade laboral dos servidores e, por que não dizer, no resultado do atendimento aos alunos. Discutiremos, então, nos próximos parágrafos, brevemente a respeito da importância de aspectos ergonômicos.

A evolução humana foi acompanhada pelo crescente uso de utensílios, ferramentas e procedimentos criados para melhorar o conforto das pessoas, a capacidade de sobrevivência e seu desempenho na vida diária em todos os tipos de atividades desenvolvidas. Ao utilizar uma pedra lascada como faca, como ponta de uma lança ou fazer fogo para aquecimento o homem utiliza o ambiente natural e o adapta, na sua labuta, às suas necessidades, podendo assim caracterizar um dos conceitos mais simples de ergonomia: o estudo da adaptação do trabalho ao homem (IIDA, 1990).

Na odontologia não é diferente. O cirurgião-dentista interage constantemente com ferramentas e equipamentos na sua rotina de trabalho e tenta se adaptar para desenvolver suas atividades da melhor forma possível. Porém, essa adaptação não é algo individual, aleatório e/ou espontâneo: provém de várias pesquisas científicas desenvolvidas ao longo do tempo. A Sociedade Europeia de Ergonomia Odontológica (ESDE) há mais de duas décadas promove

encontros anuais, com profissionais e pesquisadores de várias partes do mundo, para o estudo dos aspectos ergonômicos relacionados ao atendimento odontológico (ESDE, 2008).

A ergonomia na odontologia tem como objetivo a racionalização do trabalho, visando sua simplificação, a prevenção da fadiga e o maior conforto tanto para o profissional quanto para o paciente. Além de avaliar as condições físicas do ambiente de trabalho, estuda sistemas complexos de interação do homem (BARROS, 1991).

O cirurgião-dentista tem sido apontado como um profissional vulnerável a problemas ocupacionais de natureza diversa. Dentre esses, ressalta-se os riscos relacionados às posturas específicas adotadas durante sua atividade ocupacional, sendo motivo de grande preocupação por parte da medicina do trabalho.

Tal preocupação decorre dos sérios danos causados à saúde desses profissionais, devido à repetição dos esforços, resultando dentre outros sinais em sintomas na degeneração dos discos intervertebrais, cefaléia, fadiga e varizes. Outro aspecto a ser considerado é o custo envolvido nesse tipo de problema, ou seja, gastos com assistência médica, perda de dia de trabalho e de indenizações.

Assim, o desenvolvimento de programas de ergonomia – que identifiquem, apontem e modifiquem as inadequações posturais – vem sendo desejado para prevenir e minimizar as consequências ocasionais por traumas repetitivos (PEREIRA, 1993; LEWIS *et al.*, 2002; CAMPOS *et al.*, 2005).

Com os avanços da tecnologia novos produtos, ferramentas e equipamentos foram inseridos no ambiente odontológico, além da modernização e desenvolvimento dos já existentes. Atualmente se faz necessária a presença de exigências ergonômicas relacionadas à uma postura saudável de trabalho as quais os equipamentos odontológicos devem respeitar. A aplicação de princípios de ergonomia aos equipamentos e ao ambiente de trabalho é uma maneira eficaz de se garantir a salubridade, segurança, alto desempenho, motivação e a satisfação no trabalho odontológico (RIO, 2001).

Diante disso, não há como não considerar, corroborando com depoimentos de servidores e alunos, que a clínica odontológica da CPASE precisa ser modernizada, com a aquisição de equipamentos novos, que permitam a melhoria das condições laborais e, por consequência, a melhoria do atendimento aos usuários do serviço.

Para se ter uma noção da precariedade do serviço, as cadeiras odontológicas apresentam sinais de ferrugem. Além disso, essas cadeiras ainda possuem ajuste de encosto manual, que gera maior esforço por parte do operador do equipamento e risco de acidentes ao

dentista e/ou paciente, principalmente, em caso de pacientes obesos ou grávidas, devido ao risco de desabamento do encosto.

Nesse contexto, soma-se ainda o fato de que não é raro o relato de choques ao manuseio das cadeiras, principalmente, em dias chuvosos quando os pacientes chegam molhados ao serviço. Evita-se até mesmo o atendimento de pacientes nessas condições para evitar acidentes como choques. Às vezes também ocorrem vazamentos de ar das mangueiras, que propiciam ruídos que incomodam bastante durante o atendimento. Ou seja: é preciso que o próprio dentista tente sanar esses problemas para dar continuidade ao atendimento (NARVAI, 2002).

Ademais, mesmo com manutenção frequente desses equipamentos, são comuns as quebras e a necessidade de substituição de peças, o que acarreta problemas como a paralização do atendimento até a chegada do técnico. E, não raramente, há a demora no conserto devido à espera por peças. No entanto, apesar da crise por recurso, que reina na UFC, é percebido o esforço por parte dos servidores e dos gestores no sentido da renovação desses equipamentos, sem, contudo, haver avanços reais.

Ligado aos aspectos físicos do ambiente de funcionamento da clínica odontológica da CPASE, há algo que consideramos de suma importância e que queremos ressaltar nos próximos parágrafos: a questão da privacidade do paciente e da ética profissional.

Existe uma única sala de atendimento clínico e de espaço administrativo, que contempla birôs de escritório com computador, arquivos para armazenamento de prontuários, mesa de apoio para telefone, três cadeiras odontológicas, uma bancada para suporte de material odontológicos e nenhuma divisória entre esses componentes. Não há, então, mesmo que haja esforço para tanto, condições mínimas de reserva em relação às informações clínicas dos pacientes.

Quando se conversa ao telefone ou próximo ao birô ou, ainda, com os pacientes acomodados em uma das cadeiras odontológicas não há como se garantir privacidade. Isso ocorre mesmo nos casos em que se precisa investigar, por exemplo: o histórico de uma doença sexualmente transmissível (DST); quando se precisa informar ao paciente a presença de uma lesão bucal, como um Papiloma, muito comum em pacientes que praticam sexo oral; ou quando precisamos falar de lesões associadas ao uso de álcool, cigarro ou maconha (CAMPOS; GARCIA; ZUANON, 2005).

Soma-se ainda, nesse aspecto de privacidade, o agravante de que nesse mesmo espaço, com a presença de pessoas circulando, é comum a realização de perícias oficiais em saúde bucal para concessão de afastamentos de acadêmicos e servidores. Nesse sentido, os dentistas têm que lançar mão de ajustes como: falar mais baixo; pedir a algumas pessoas para se ausentarem

da sala durante as perícias; pedir para pacientes esperarem um pouco enquanto se conclui o atendimento onde o sigilo se faz mais necessário, com o intuito de preservar o segredo profissional etc.

Nesse aspecto, é importante tecer alguns comentários a respeito do direito de privacidade e de intimidade na odontologia.

Com a globalização e, por consequência, com a queda das barreiras que dificultavam ou impediam uma comunicação mais rápida, faz-se necessário proteger o indivíduo de abusos que possam ser cometidos em razão do aparecimento de novas tecnologias em face do desenvolvimento das ciências, de novos meios de informação e também de comunicação, como é o caso, por exemplo, da rede mundial de computadores, a Internet.

Em razão do avanço científico, procura-se encontrar meios e alternativas de tutelar, de alguma maneira, a vida íntima, os dados pessoais, as características físicas, as crenças, a situação financeira, a família, os amigos, o estado de saúde, dentre outros. A proteção torna-se necessária em diversos campos do conhecimento e áreas profissionais sob pena dos direitos fundamentais e de a personalidade sofrerem violação indevida em aspectos e em âmbitos gerais, bem como em ambientes mais restritos tanto por parte de órgãos da administração pública quanto por particulares (DIAS SOBRINHO, 2004).

Por tal motivo, percebe-se a necessidade de salvaguarda de direitos essenciais à personalidade também pelos Conselhos Profissionais, seja da advocacia, seja da engenharia, seja da medicina e outros. Da mesma forma, em observância à Constituição de 1988 e às leis em vigência no Brasil, compete também aos órgãos de classe da odontologia estabelecer normas e disciplinar a atuação dos profissionais da área para que venham agir de forma ética e respeitosa com relação à dignidade e aos direitos fundamentais dos seus pacientes.

Sob essa ótica, o Código de Ética Odontológica (Resolução CFO-118/2012) estabelece como dever fundamental do profissional e considera infração ética a exposição da privacidade do paciente (art. 9º, XV, 26). Conquanto o Código não trate especificamente da coleta de dados nesse artigo, deixa, contudo, transparecer a necessidade efetiva de se obter previamente certas informações para que o tratamento odontológico possa ocorrer.

No capítulo “Do Relacionamento”, o Código de Ética Odontológica considera infração ética “iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência”. Em tal circunstância, é imprescindível que o paciente preencha uma ficha clínica, informando tanto os seus dados pessoais como o seu estado de saúde.

No sítio do Conselho Federal de Odontologia na internet encontram-se alguns modelos de ficha clínica, que poderiam orientar o cirurgião-dentista. Tendo em vista a importância de tal documento, o ideal é que o profissional elabore a sua própria forma de prontuário e leve em consideração as características de seus pacientes, bem como a sua área de atuação, a saber, a odontopediatria, a ortodontia, a endodontia, entre outras. Se o paciente é menor ou por qualquer motivo incapaz, maior rigor deve-se ter com os dados a serem colhidos. Portanto, em tal situação, necessita-se de autorização para a realização dos procedimentos, seja do responsável, seja de quem tem poderes para isso.

O Código de Ética Odontológica trata ainda, no Capítulo XIV, mais precisamente no art. 36, do banco de ossos e outros tecidos, bem como reafirma a exigência do caráter confidencial e o respeito ao sigilo da identidade do doador e do receptor. Mais do que isso, é preciso mencionar que o exame da arcada dentária pode, até mesmo, permitir a identificação de uma determinada pessoa, em caso de acidentes ou de crimes, considerando-se os elementos existentes no prontuário do dentista.

A propósito, Schreiber (2013) defende que a privacidade, na atualidade, é mais que um simples direito à intimidade e que poderia ser definida como “o direito ao controle da coleta e da utilização dos próprios dados pessoais”. Na Pós-Modernidade – caracterizada por ser uma sociedade pós-industrial, de grande comunicação e de acumulação de novos conhecimentos –, o poder e a riqueza agora estão, conforme apontamento feito por Sarmiento (2004), “na posse de conhecimento e de informações”. E isso tem muito valor.

Essa característica, imputada à privacidade, mostra que ela não se restringe ao dever geral de abstenção, por exemplo, de não se intrometer na vida alheia. Na verdade,

[...] impõe deveres de caráter positivo, como o dever de solicitar autorização para a inclusão do nome de certa pessoa em um cadastro de dados ou o dever de possibilitar a correção de dados do mesmo cadastro pelo seu titular, a qualquer tempo (SCHREIBER, 2011, p. 6).

É importante ressaltar que o ato “coletar dados” é imprescindível, a fim de que se estabeleça um mínimo de vínculo entre as partes. De posse dessas informações, pode-se organizar os dados e construir perfis de consumidores, de estudantes e também de pacientes, por exemplo. Os perfis serviriam de guia para tomada de decisões nas mais diversas esferas e, nesse ponto, a reflexão de Sarmiento (2004) faz ainda mais sentido.

Apesar de existirem críticas quanto à redução do ser humano a dados e da massificação da sua individualidade, deve-se levar em conta os benefícios de se ter perfis construídos. Com base em quais informações, por exemplo, o Ministério da Saúde poderia adquirir um

determinado número de vacinas para combate da gripe H1N1 se não tivesse, anteriormente, reunido os dados e construído perfis para isso? É lógico que a utilização de dados pessoais de forma inadequada existe e cabe ao Estado criar meios de impedir essa prática, utilizando-se do seu poder para regulamentar as situações e penalizar os exageros e abusos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Torna-se relevante, assim, não apenas compreender a privacidade, mas também as suas dimensões para que haja uma proteção efetiva de direitos também no que diz respeito às práticas odontológicas. A privacidade pode ser dividida em duas dimensões – uma procedimental e outra substancial – as quais necessitam de uma análise em virtude de seus aspectos diferenciados.

Diante desses aspectos legais abordados, o que percebemos na odontologia/CPASE é uma necessidade de salvaguardar o sigilo profissional, visto que esse assunto é claramente abordado no Código de Ética da Odontologia em dois momentos distintos.

O art. 5º, II, declara que constitui direito fundamental do profissional inscrito guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções. Por sua vez, o art. 14 determina que constitui infração ética revelar sem justa causa: fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão; negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional; fazer referência a casos clínicos identificáveis e exibir paciente, sua imagem ou qualquer outro elemento que o identifique em qualquer meio de comunicação ou sob qualquer pretexto (FIGLIOLI, 1993).

O Código de Ética Odontológica, conforme se apresenta, é adequado nas diferenciações estabelecidas nos arts. 5º e 14; porquanto, visa ao resguardo do sigilo que pertence ao paciente, mas que foi confiado ao profissional odontólogo. Chama-se atenção para que não se faça confusão quanto ao direito do profissional (de ter protegido seus segredos) com o direito da pessoa (que confiou algum aspecto de sua vida privada a terceiro), por conta da atividade profissional deste:

[...]. Daí se tem que o direito ao sigilo profissional pertence àquele que revelou ao profissional segredos de sua vida particular, e estes é que são protegidos. Conseqüentemente, a divulgação não autorizada de eventos íntimos da vida de alguém, obtidos em razão de atividade profissional, constitui não só violação da vida privada, no âmbito civil, mas também prática de crime de violação de sigilo profissional, tutelado pelo CP, no art. 154 [...].

No caso do cirurgião-dentista é imprescindível que informe àqueles que têm ligação direta com ele, como auxiliares e funcionários, a proibição da divulgação das informações obtidas por conta do trabalho no ambiente profissional. A não observância desse dever poderá ensejar, inclusive, em demissão por justa causa. A propósito, ressalta Szaniawski (2005), o

dever de guarda de segredo estende-se, ademais, para os familiares do profissional que, por algum motivo, tiverem acesso aos dados da vida privada de um paciente.

Diante disso, vemos que devido aos aspectos físicos da sala clínica a questão da privacidade paciente/profissional realmente fica bem prejudicada, visto que não se tem sequer um biombo dividindo o espaço. Consideramos, nesse aspecto, que o ideal seria uma reformulação do ambiente clínico, com a individualização dos ambientes de atendimento, o que seria ao nosso ver de fácil execução, colocando-se, por exemplo, divisórias em gesso que criariam ambientes clínicos isolados (FREIDENTAHL, 1954).

Nesse ambiente, então, de fluxo contínuo de servidores e pacientes, inclusive pessoal de limpeza, fica difícil promover um espaço de privacidade e sigilo, indo contra ao que preconiza as leis do país e o código de ética odontológico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todas as considerações avaliativas, que ponderamos ao longo do texto, podemos concluir que são limitadas as ações assistenciais de saúde bucal no âmbito da UFC.

Como funcionário dessa instituição, firmou-se a sensação de que ao longo da história da UFC o atendimento odontológico está minguando e se mantém vivo pelo esforço de alguns gestores e servidores, embora se comprove pelos depoimentos de usuários um serviço essencial e de qualidade. Não há, por exemplo, qualquer tipo de investimento em ações de prevenção e de disseminação do conhecimento odontológico.

Sabe-se que o atendimento odontológico é algo caro e que exige uma logística complexa para a implementação e manutenção de um atendimento clínico. Contudo, muito mais acessível é o trabalho no campo preventivo, que poderia ser amplamente instituído nos diversos espaços da UFC. Em adição, poderia ser utilizado a própria estrutura do curso de odontologia, que tem em sua grade curricular disciplinas que trabalham os aspectos preventivos. Nesse sentido, poderiam ser feitas palestras, vídeos, blogs, cartazes, cartilhas e muitos outros instrumentos que pudessem trabalhar as questões da saúde bucal na UFC.

Além disso, ainda poderia ser utilizada a capacidade instalada do curso de odontologia no que se refere as especialidades odontológicas não ofertadas na CPASE (principalmente as mais procuradas como cirurgias, canais e próteses). Haveria, assim, a necessidade de uma articulação entre PROGEP, PRAE, FFOE, representantes estudantis e outros interlocutores, que pudessem construir um fluxo de atendimento, com o objetivo de contemplar a complementação do atendimento odontológico hoje ofertado aos discentes.

Atualmente, por exemplo, se um paciente da CPASE precisar fazer um canal na faculdade de odontologia da UFC ele vai ter que disputar essa vaga na clínica de endodontia com os pacientes da demanda espontânea, que buscam este serviço. Assim, muitas vezes, acabam perdendo o elemento dental por demora no atendimento.

Seria, então, muito interessante se os acadêmicos da UFC tivessem um agendamento diferenciado, com cotas/vagas de atendimento específicas para eles. Tal proposição seria também interessante para o próprio curso de odontologia, pois ao nosso ver o público discente da UFC tem um perfil colaborativo, com compromisso e interesse em não faltar às consultas e em fazer o possível para ter seu problema odontológico resolvido. Isso porque não é raro a falta de pacientes e o abandono do tratamento nas disciplinas do curso de odontologia da UFC, acarretando prejuízos no aprendizado dos acadêmicos de odontologia, visto que esses alunos têm que buscar de forma improvisada pacientes extras quando da falta às consultas.

Em decorrência de problemas odontológicos, percebeu-se nesse estudo que as pessoas podem ter suas atividades diárias prejudicadas, tais como: diminuição das horas de sono; não realização de algumas atividades de lazer; restrições alimentares; distúrbios psicológicos relacionados com a diminuição da autoestima; perda de dias e de aprendizagem na escola e/ou no trabalho. Estas implicações podem estar diretamente associadas à presença de dor, haja vista que a dor dentária é capaz de produzir impacto na qualidade de vida.

Outro aspecto que foi contemplado nessa pesquisa foi a colaboração da estética dental na formação da autoestima das pessoas. Ter uma aparência física que corresponda aos anseios e expectativas pessoais representa um elemento importante nessa formação da autoestima e bem-estar do indivíduo. De forma semelhante, atender aos padrões estéticos impostos pela sociedade e pela mídia garante uma melhor aceitação e interação social em um mundo globalizado, no qual a competitividade é cada vez mais acirrada e a imagem cada vez mais valorizada. Essa preocupação crescente com a aparência pode ser comprovada pelo aumento significativo das consultas estéticas, tanto no campo da Odontologia como no campo da Medicina.

A aparência facial tem forte influência na formação da autoestima do indivíduo e é determinante para o desenvolvimento de relações interpessoais positivas e para imprimir uma imagem profissional de sucesso e competência. Infere-se, ainda, que o sorriso bonito, ou ainda, as terapias odontológicas compradas ou disponibilizadas para deixar o sorriso saudável e bonito podem ser consideradas um bem de consumo, um bem material.

O intuito desse trabalho avaliativo, diante dos muitos aspectos discutidos, é reafirmamos e vislumbrarmos aspectos que possam dar luzes a novos caminhos do fazer a política de assistência estudantil, em especial, no campo da assistência odontológica. Isso porque vivemos uma época desafiadora, de recursos escassos e de enfraquecimento dos serviços públicos tão essenciais à população de nosso país.

Devemos, portanto, somar forças para atravessar os períodos de dificuldades. Nesse sentido, suscitamos algumas perspectivas e prognósticos para as universidades federais nesse cenário de crise político-econômica.

Segundo o Presidente da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), o magnífico senhor reitor Emmanuel Zagury Tourinho – ao falar sobre a situação das universidades federais em publicação no próprio sítio virtual da instituição, publicada em 02/08/2017 –, alegou que foi cortado em média 40% da verba, em 2014, para as universidades, situação que pode extinguir até serviços de saúde. Responsáveis

por mais da metade da pesquisa científica do país, as universidades federais fecham laboratórios e cursos. Se nada for feito, o desmonte pode levar ao fechamento de clínicas e hospitais.

Formada por 63 universidades e seus 320 campi espalhados pelo país, a rede federal de ensino superior forma mão de obra altamente qualificada e de seus laboratórios saem mais da metade de toda a pesquisa científica produzida no país. Essas instituições oferecem ainda serviços diretos à sociedade, como o atendimento à saúde por meio de clínicas e hospitais universitários. Em muitas localidades, esses equipamentos são os únicos com os quais a população pode contar.

Iniciada no primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva e com muitas obras ainda em andamento, a expansão do sistema federal dobrou o número de vagas, reduziu a desigualdade no ingresso à universidade pública e ajudou a elevar o nível da produção científica brasileira, com mais vagas na Pós-Graduação acompanhadas de mais recursos. Porém, em meio à consolidação da expansão, as universidades tiveram seu orçamento minguado a partir de 2014.

De lá para cá, houve perdas de 50% dos recursos de capital (para obras e compra de equipamentos) e de 20% dos recursos de custeio, sem contar a inflação do período. Segundo o reitor da Universidade Federal do Pará (UFPA), Emmanuel Zagury Tourinho, em entrevista à Revista Brasileira de Administração (RBA), *Há instituições que nem recebendo 100% do orçamento de 2017 terão condições de honrar todos os seus compromissos. Isso porque se trata de um orçamento menor quando comparado ao do ano anterior.*

Eleito novo presidente da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), em 28 de julho, Tourinho conclamou a sociedade a se juntar à comunidade acadêmica na luta em defesa das universidades federais:

Nós gostaríamos de sensibilizar a todos para a importância disso, porque a população vai ser surpreendida lá na frente, quando perceber que essas instituições, fundamentais, não têm mais a capacidade que deveriam ter para atender às suas demandas.

Segundo Tourinho, a situação das universidades federais é das mais difíceis pelas quais já atravessaram: há cortes recorrentes no orçamento desde 2015. Enfrenta-se o contingenciamento na liberação dos recursos aprovados, que são inferiores aos dos anos anteriores. O cotidiano na administração das universidades é escolher as despesas que serão pagas. Independentemente do esforço de melhoria da gestão e da priorização das ações, os recursos disponíveis são sempre insuficientes para cobrir todas as obrigações.

Ainda segundo o presidente da ANDIFES, os reitores estão muito preocupados com essa situação difícil: escolher quais compromissos honrar. Há universidades em situação mais

crítica, outras menos, mas todas com dificuldades enormes. Sem falar no que foi perdido com a inflação. Tourinho declara: *Nós não temos um orçamento folgado, em que possamos nos ajustar a qualquer redução que vier. Fazemos um grande esforço de gestão para aproveitar tudo o que dispomos depois dos cortes e contingenciamento.*

A expansão do sistema foi acompanhada de expansão do investimento para a criação de novas universidades. As que existiam criaram novos campi, novos cursos, duplicaram o número de alunos. O sistema federal praticamente duplicou o número de vagas ao longo da última década e o orçamento, até 2014, era corrigido pelo menos pela inflação do ano anterior. Em alguns momentos, dada a expansão, houve aumento proporcional à ampliação das atividades da universidade.

De 2014 para cá, em termos orçamentários, perdeu-se 50% dos recursos de capital (para obras e compra de equipamentos) e 20% dos recursos de custeio (manutenção, pagamento de bolsas, despesas básicas) sem contar a inflação. Isso é uma perda nominal: a perda real foi maior do que isso em termos de orçamento. Porém, hoje tem-se uma situação em que nem esse orçamento defasado é liberado integralmente.

Além disso, segundo Tourinho, houve cortes inclusive dos valores que já estavam defasados. Não se recebeu nem 50% dos valores correspondentes a 2014: só 40% desses 50%. Perdeu-se 20%, o equivalente a 20% do que era o orçamento em 2014. Isso sem contar a inflação do período.

Há muitas obras paradas, porque vinha-se em um processo de ampliação da infraestrutura para dar conta da expansão das vagas. Obras essas que estavam em andamento, quando houve esses cortes e que começaram a ser feitas dentro de um planejamento estabelecido, considerando o que era um histórico de evolução do orçamento das universidades.

Na medida em que esses recursos começam a não vir, deixa-se de poder cumprir o planejamento e os problemas vão se acumulando para além das obras paradas, com outras andando em passo mais lento, porque não há recursos. No custeio, os cortes afetam a manutenção, o pagamento de bolsas aos alunos, despesas básicas de vigilância, iluminação, limpeza e outras necessárias para as atividades regulares. É muito difícil, porque há ainda instituições consolidando a expansão, com cursos novos criados a partir de pactuação com o Ministério da Educação, que ainda estão sendo implementados.

Desse modo, as universidades estão crescendo e os recursos diminuindo. Há, então, a necessidade de sensibilizar a sociedade para a importância disso, porque ela vai ser surpreendida lá na frente quando perceber que essas instituições, que são fundamentais, não têm mais a capacidade que deveriam ter para atender suas demandas.

Há, atualmente, universidades fechando laboratórios, que estão suspendendo projetos de pesquisa, muitas vezes estudos de ponta na ciência, que colocam o Brasil na condição de liderança. São projetos descontinuados por falta de recursos, de equipamentos, de manutenção nos equipamentos que já existem.

Boa parte dos recursos que alimentam atividades de pesquisa – e as federais realizam mais de metade da pesquisa nacional – é captada pelos pesquisadores junto às agências de fomento, como CNPq e FINEP, por exemplo, que estão hoje com orçamentos restritos e pararam de apoiar a pesquisa científica na dimensão que apoiavam. Como consequência, esses pesquisadores não conseguem mais captar esses recursos.

Para serem retomadas, essas pesquisas que estão sendo paralisadas vão exigir muito mais investimentos daqui a dois ou três anos. Vai ficar mais caro retomar do que gastaríamos na continuidade. Pesquisa não é como uma ponte, que você decide se constrói agora ou se deixa para construir em dois anos. O custo da ponte é quase o mesmo, corrigida a inflação. Mas no caso da Ciência – que avança – não, segundo Tourinho.

Se têm-se um grupo que está em papel de liderança internacional e ele é paralisado, esse grupo deixa de acompanhar a produção de conhecimento nesse patamar. Para voltar, vai ter de investir muito mais recursos do que precisaria na atualidade para produzir e se manter nessa posição de liderança, produzindo ciência de ponta.

Ainda de acordo com Tourinho, a importância das universidades federais vai além de formar mão de obra de alto nível. Forma-se os melhores profissionais, cientistas, gestores e lideranças do país. Um sistema de excelência tem que cumprir seu papel fundamental para o país, que é o de formar recursos humanos muito qualificados, com capacidade de enfrentar problemas novos. Gerar conhecimento para solucionar os problemas surgem por meio da pesquisa científica, que a universidade realiza, atendendo um volume e diversidade muito significativa de demandas da sociedade, de governos e de entes não governamentais. Isto é: sistema que é fundamental para o desenvolvimento econômico e social do país.

A expansão trouxe para dentro das universidades grupos sociais, que estavam excluídos do ensino superior, como pessoas de baixa renda, indígenas, negros, quilombolas. Melhorou-se o índice, que era baixíssimo, de negros na universidade. Mas isso também significou a necessidade de desenvolver políticas de assistência estudantil, que garantam que esses alunos permaneçam e concluam seus estudos. O sucesso dessa política só vai acontecer quando conseguirmos formar e formar bem todos esses alunos.

O programa nacional de assistência estudantil que se tem hoje, e que representa uma parcela do orçamento das universidades, é insuficiente para o tamanho da demanda, pois consegue-se atender pequena parcela desse montante.

As universidades federais mantêm um leque muito grande de serviços à comunidade, dezenas só na área de saúde, como os hospitais universitários e em muitas outras áreas. Muitos desses serviços são organizados a partir de programas de extensão universitária e outros instalados para servir de espaço de formação de alunos. Então, presume-se que tudo isso será afetado com essa dificuldade de manutenção das universidades, representando um grande prejuízo para toda a sociedade.

O Brasil avançou muito na última década, em termos de produção científica e na expansão e na qualificação de seu sistema de Pós-Graduação, o que colocou o país em posição diferenciada para melhor em comparação com os países vizinhos, da América Latina e em comparação aos países em desenvolvimento. Todavia, é um capital que está se dissolvendo com essa falta de investimentos.

É preciso que a sociedade acorde para isso, que o Congresso Nacional dê atenção especial à questão e que o governo recomponha os orçamentos de uma área prioritária como Educação, Ciência e Tecnologia. Caso contrário, isso custará muito mais caro para o país.

É importante que se compreenda que isso não deve ser feito pelos cientistas, pelos professores ou pelos alunos que estão nas universidades: tem de ser feito pela sociedade brasileira, porque é um patrimônio de toda a sociedade, muito importante para que se tenham condições de enfrentar os próprios problemas.

Esse sistema está em uma situação de muita fragilidade. É claro que, em um momento de redução de recursos no orçamento federal, todas as áreas são afetadas. Mas as universidades têm a peculiaridade de ser um investimento indispensável para que se construa um futuro melhor para a nação. Sem investimento em Educação, Ciência e Tecnologia o país nunca chegará à condição de país desenvolvido e soberano no enfrentamento dos seus problemas.

Por isso, não se trata de um “gasto a mais”. É um investimento em uma área que decide como será o futuro dela. Isto é: o recurso que deixamos de investir agora deverá ser bem maior daqui a alguns anos. Paga-se muito mais caro cada vez que se descontinua o investimento em Educação, Ciência e Tecnologia. Para serem retomadas, as pesquisas que estão sendo paralisadas vão exigir muito mais investimentos daqui a dois ou três anos. Ou seja: vai ficar mais caro retomar do que se gastaria na continuidade.

Enquanto solução, segundo o presidente da ANDIFES, duas iniciativas são emergenciais: conseguir que o Ministério da Educação e do Planejamento libere integralmente

os recursos de 2017, que já são insuficientes. Senão, as universidades entram em situação muito grave. A segunda iniciativa é conseguir aprovar para 2018 um orçamento que recomponha os valores de 2014 ou, pelos menos, os de 2016 corrigidos pela inflação.

É importante que a sociedade organizada se sensibilize sobre essa grave situação, bem como os parlamentares. Que todos se mobilizem na mesma direção dessas medidas essenciais para a que as universidades voltem à normalidade, pois a há, sem dúvida, setores interessados na privatização das universidades públicas, movidos por interesses empresariais. Entretanto, a proposta não tem a adesão da sociedade e todos sabem disso: a privatização do ensino superior não encontraria chance de sucesso, já que 70% dos alunos das federais vem de famílias com renda *per capita* abaixo de 1,5 salário mínimo. Logo, não inclui a parte da população com condições de pagar.

A privatização do sistema seria a sua extinção, porque o que as mensalidades pagariam seria ilusório perto do que as instituições necessitam. Não poderíamos fazer pesquisa (Extensão). É possível que muitos dos que estão insensíveis à universidade sejam favoráveis, mas isso não foi colocado explicitamente nas negociações, tampouco nas conversas. E isso seria totalmente descabido na realidade nacional em que se depende tanto desse sistema.

Exceto os poucos casos isolados, há um entendimento de que em grande parte das nações desenvolvidas (ou em desenvolvimento) não se mantém um sistema de ensino superior sem os recursos do Estado. Na Alemanha, por exemplo, onde o sistema é dos melhores, todas as universidades são públicas e gratuitas.

De outro modo, usa-se muito o argumento de que os Estados Unidos são exemplo bem-sucedido de país com ensino superior privado de qualidade, mas não é bem assim: as universidades americanas são largamente mantidas com recursos públicos e a pesquisa é feita com recursos públicos. Isto é: a cobrança de mensalidades virou problema social, porque a maioria das famílias está endividada. E, se no Brasil se conseguisse ir nessa direção, estar-se-ia indo contra a universidade enquanto espaço de inclusão. A universidade seria, então, uma instituição excludente a mais em um país de desigualdade acentuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKESSON, I.; BALOGH, I.; SKERFVING, S.. **Occupational health risks in dentistry — musculoskeletal disorders and neuropathy in relation to exposure to physical workload, vibrations and mercury.** [Tese]. Lund Sweden – Department of Occupational and Environmental Medicine, Lund University, 2000.

ALMEIDA, Casimiro Abreu Possante de; ZIMMERMANN, Rogério Dubosselard; CERVEIRA, Joaquim Guilherme Vilanova; JULIVALDO, Francisco Soriano Nunes. **Prontuário odontológico** - uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica. Relatório final apresentado ao Conselho Federal de Odontologia pela Comissão Especial instituída pela Portaria CFO-SEC-26, de 24 de julho de 2002. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/prontuario_2004.pdf>. Acesso em: 28 Nov.2018.

ALVES, Marlúcia Dias Lopes. **A Política de Assistência Social aos Estudantes do CEFET – MG.** Dissertação de Mestrado – Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2005.

AMARAL, Daniela Patti do; OLIVEIRA, Fátima Bayma de. **O ProUni e a Conclusão do Ensino Superior:** questões introdutórias sobre os egressos do programa na zona oeste do Rio de Janeiro. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. V. 19, n. 70, Rio de Janeiro, jan./mar. 2011.

ANDERY, Maria Amália; MICHELETTO, Nilza; SÉRIO, Tereza Maria Pires. **Para compreender a Ciência.** 14a. Ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____. **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica.** 9a. Ed. São Paulo: Espaço e Tempo, Educ, 1999.

ANGELUCCI, Carla Biancha; KALMUS, Jaqueline; PAPARELLI, Renata; PATTO, Maria Helena Souza. **O Estado da Arte da Pesquisa sobre o Fracasso Escolar (1991-2002):** um estudo introdutório. V.30, n.1, São Paulo: Educação e Pesquisa, p-51-72, jan.abr.2004.

ANHARA, Bruna Cruz. Políticas Públicas e Sociais para a Equidade: Um Estudo sobre o Programa Universidade para Todos. In: **Cadernos Gestão Pública e Cidadania.** V.17, n. 60, São Paulo, Jan./Jun.2012.

ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant (Orgs.). **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais.** São Paulo: IEE/PUC, 2001.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas Públicas, Políticas Sociais e Políticas de Saúde: algumas questões para reflexão e debate. Tempo Social. In: **Rev. Sociol. USP,** São Paulo, 1(2): 105-119, 2º sem. 1989.

BACHELARD, G. **O novo espírito científico.** São Paulo: Abril Cultural, 1978b. (Col. Os Pensadores).

BARON, G.; MONNIER, E.. Um desenvolvimento pluralista e participativo. In: **Revista informação da sociedade**, n. 110, p.1-7, sept. 2003.

BARROS, O. B.. **Ergonomia 1: A eficiência ou o rendimento e a filosofia correta de trabalho em Odontologia**. São Paulo: Pancast Editorial, 1991.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M.. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. In: **Rev Esc Enf. USP**. 1996; 30(3): 380-98.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOUSSAQUET; JACQUOT, S.; RAVINET, P.. **Dicionário de política pública. Dictionnaire des Politiques Publiques**. PARIS, 2006.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 18 de setembro de 1946**. Brasília: Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constuicao/constitui%C3%A7ao46.htm>. Acesso em: 25 Dez.2019.

_____. **Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas**. Brasília: Ministério da Educação (MEC), 2007.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 10 de novembro de 1937**. Brasília: Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constuicao/constitui%C3%A7ao37.htm>. Acesso em: 13 Dez.2019.

_____. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. 2007.

_____. Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, 2010.

_____. Decreto Nº 69.927 de 1972, que estabelece o Programa Bolsa de Trabalho, 1972.

_____. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Fixa as diretrizes e bases da educação nacional. 1961.

_____. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências, 1971.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, 1996.

_____. Lei 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências, 2001.

_____. Lei 11.892, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia e dá outras providências, 2008.

_____. Lei 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências, 2012.

_____. Projeto de Lei 3.627/2004. Institui Sistema Especial de Reserva de Vagas para estudantes egressos de escolas públicas, em especial negros e indígenas, nas instituições públicas federais de educação superior e dá outras providências, 2004a.

_____. Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências, 2004b.

_____. Manual para organização da atenção básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

_____. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Disponível em: <http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 13 Dez.2019.

_____. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-118/2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro, 11 de maio de 2012.

_____. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. DOU, Brasília, DF, 24 Abr.2014.

BRAUD, P.. **Sociologia Política**, Paris, 2006.

CABRAL, Marcelo Malizia. A colisão entre os direitos de personalidade e o direito de informação. In: MIRANDA, Jorge; RODRIGUES JUNIOR, Otavio Luiz; FRUET, Gustavo Bonato (Organizadores). In: **Direitos da personalidade**. São Paulo: Atlas, 2012, p. 149.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **53ª Legislatura** (2007-2011), 2011.

CAMPOS, J. A.; GARCIA, P. P.; ZUANON, A. C.. Ergonomia em odontologia. In: **Revista paulista de odontologia**. V.27, n.2, p.36-38, 2005.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente repensando o vínculo terapêutico. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 9, n. 1, 2004.

CARVALHO, Alba M. Pino de. "Tu me ensinas a fazer renda que eu te ensino a namorar". Telendo rendas ni descoberta do mundo nosso de cada dia - reflexões sobre o ofício da pesquisa. Fevereiro de 2004 (**Trabalhos de circulação interna**). Texto elaborado para discussão com integrantes de Movimentos Sociais que participaram de Curso "Análise da Realidade Brasileira a partir de Autores Brasileiros", promovido pela Fundação Florestan Fernandes em parceria com a UFMA. Este texto constitui a referência para o estudo de disciplina Metodologia Científica que a autora trabalhou com esta turma em 2 módulos: 1º semestre 2004/ 2º semestre, 2004.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas**: uma contribuição para a área educacional. (Tese de Doutorado em Educação, Capítulo 2). Campinas: UNICAMP, 2007.

CHEVALIER, J.. **Desenvolvimento Pós-Moderno**, Paris, 2005.

COSTA JUNIOR, Paulo José da. **O direito de estar só**: tutela penal da intimidade. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

CORCUFF, Philippe. **As novas sociologias**: construções da realidade social. Bauru: Edusc, 2001.

CROIZER, M.. **L'entreprise à l'écoute**, Paris, Interédition, 1991.

DEMO, Pedro. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 12a. Ed. São Paulo: Cortez, 2006, 128p.

DIAS SOBRINHO, José. Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou como mercadoria? In: **Educação e Sociedade**. Campinas, vol. 25, n. 88, p. 703-725, Especial - Out.2004.

EINSTEIN, A.. Sobre a eletrodinâmica dos corpos em movimento. In: LORENTZ, H. A.; EINSTEIN, A.; MINKOWSKI, H.. **Princípio da Relatividade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1958. [1905].

ESDE. **European Society of Dental Ergonomics**. General Information. Disponível em: <https://esde.org/about_esde.html>. Acesso em: 20 Mai.2008.

FIGLIOLI, M.D. Postura de trabalho em odontologia. In: **Revista Gaúcha de Odontologia**, V.41, n.3, p.155-160, 1993.

FONAPRACE, Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. Carta aos Estudantes. Brasília, 2014.

FRIEDENTHAL, M. **Economia dental**. Buenos Aires: Progentral, 1954.

GAUDIN, J. P.. **Gouverner par contrat**. Paris: Science Po, 2007.

GEETZ, Clifford (1926). **A interpretação das culturas** / Clifford Geertz. – 1a Ed., IS.reimpr. - Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6a. Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2008.

GODOY, Claudio Luiz Bueno de. **A liberdade de imprensa e os direitos da personalidade**. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Alícia Ferreira. Políticas Públicas, etnografia e a construção dos indicadores socioculturais. In: **Aval – Revista de Avaliação de Políticas Públicas**. UFC, n.1, 2008, p. 17-28.

GONÇALVES, Diogo Costa. **Pessoa e direito de personalidade**. Fundamentação ontológica da tutela. Coimbra: Almedina, 2008.

GONÇALVES, Vivianne Satte Alam. **A Assistência Estudantil como Política Social no Contexto da UFPEL: Concepções, Limites e Possibilidades**. 2011. Tese (Mestrado em Política Social) – Universidade Católica de Pelotas: Pelotas, 2011.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011, p. 27-58.

_____. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011 (Capítulos 2 e Capítulo 3, p. 59-131).

GUSSI, Alcides. Fernando. Apontamentos teórico-metodológicos para avaliação de programas de microcrédito. In: **Aval – Revista de Avaliação de Políticas Públicas**. UFC n.1, 2008, p. 29-37.

HOLANDA, Nilson. **Avaliação de programas**. Conceitos básicos sobre a avaliação "ex post" de programas e projetos. Fortaleza: ABC Editora, 2006.

IIDA, I. **Ergonomia - Projeto e Produção**. 4. Ed. São Paulo: Edigard Blücher, LTDA, 1997.

_____. **Ergonomia: projeto e produção**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Edgar Blucher, 1990.

JAPIASSU, H.. **Introdução ao pensamento epistemológico**. Rio: Francisco Alves, 1975.

KLESSER, M. C.. **Evaluation des politiques publiques**. Paris llamartman, 1998, p. 1-5.

KINGDON, J.. **Como chegar uma hora de uma ideia? Políticas públicas**. Coletânea, v.1 e 2, Brasília ENAP, 2006.

KOWALSKI, A. V.. **Os (Des)caminhos da política de assistência estudantil e o desafio na garantia de direitos**. Porto Alegre, 2012.

LADEIRA, Carla Bronzo. **Fundamentos para uma Teoria Jurídica das Políticas Públicas**. 1a. Ed. São Paulo: Malheiros-SBDP, 2015.

LAGROYE, Jacques; BASTIEN, François; SAWICKI, Frédéric. **Sociologie politique**. Paris: Dalloz Presses de Sciences Po, 2006.

LASCOUMES. Práticas de evolução. In: **Kessler**. Paris: Larttman, 1998.

LEJANO, Raul P.. **Parâmetros para análise de políticas públicas: a fusão de texto e contexto**. Campinas: Editora Arte Escrita, 2011 (Parte III. O Sentimento Pós-construtivista, p. 193-291).

_____. **Parâmetros para análise de políticas públicas: a fusão de texto e contexto**. Campinas: Editora Arte Escrita, 2012 (p. 31-46).

LEWIS, Jordan. **Alianças Estratégicas**: estruturando e administrando parcerias para o aumento da lucratividade. Tradução de Nivaldo Montigelli. São Paulo: Editora Pioneira, 1992.

LEWIS, R. J.; KRAWIEC, M.; CONFER, E.; AGOPSOWICZ, D.; CRANDALL, E.. Musculoskeletal disorder worker compensation costs and injuries before and after na office ergonomics program. In: **International Jornal of Industrial Ergonomics**. V. 29, n. 2, p. 95-99, 2002.

LUZ, MT. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”**: anos 80. Saúde em Debate. Physis, 1991; 1(1): 77-96.

_____. **Dois questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano**. Cien Saude Colet. 2000; 5(2): 293-312.

MARX, Karl. **O Capital**. 1a. Ed. Edição em Português (transcrição). Coimbra: Centelha – Promoção do Livro, SARL, 1867.

MAZUR, Maurício. A dicotomia entre os direitos da personalidade e os direitos fundamentais. In: MIRANDA, Jorge; RODRIGUES JUNIOR, Otavio Luiz; FRUET, Gustavo Bonato (Org.). **Direitos da personalidade**. São Paulo: Atlas, 2012.

MENDES JUNIOR, A. A. F.; MELLO E SOUZA, A. de. Uma análise dos determinantes do acesso à universidade sob uma ação afirmativa: o caso da UERJ. In: **Encontro Nacional de Economia**, 40, 2012, Pernambuco.

MÉNY, Y.; THOENIG, J. C.. **Politiques publiques**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

MERHY, E. E.. **A saúde pública como política**: São Paulo, 1920-1948 – os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: HUCITEC; 1992.

MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros; SILOTTI, Jean Carlos Bazoni; BARCELLOS, Ludmilla Awad: Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. In: **Revista Ciência & Saúde**, 17(5), 1357 a 1363, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18a. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 7.

MOYSÉS; Samuel Jorge. **Saúde Coletiva**: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica. Série Abeno. Editora Artes Médicas, São Paulo, 2013.

NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. Editora Santos, 2002.

NUNES, E. D.. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas** (E. Nunes, org.). Brasília: OPAS (Organização Panamericana de Saúde), 1985, p. 29-79.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, SMF.. **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

PEARLMAN, Myer. **Através da Bíblia livro por livro.** São Paulo: Vida, 2006.

PEREIRA, Orcione Aparecida Vieira; TAVARES JÚNIOR, Fernando Tavares. A Expansão do Ensino Superior e as Políticas Públicas: um estudo do PROUNI. In: **Revista Pesquisa e Debate em Educação** – Programa de Pós-Graduação Profissional / Gestão e Avaliação em Gestão Pública/ UFJF, V. 2, n. 1 (jan/ jun), 2012.

PEREIRA, R. W. L.. Riscos ocupacionais dos odontólogos. In: **Odontólogo Moderno**, v.20, n.5, p.17-19, 1993.

PEREIRA, Potyara A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione A.; MATOS, Maurílio C.; LEAL, Maria C. (Orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos.** 3a. Ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 25-42.

PERRET, B.. **Evolução das Políticas públicas**, Paris la Dacouvert, 2001.

_____.; SEVILLE, M.. **Fundamentos epistemológico da pesquisa**, Paris, Dunoud, 2007.

PINTO, Vitor Gomes: Saúde Bucal no Brasil. In: **Revista Saúde Pública**, 17: 316-327, São Paulo, 1993.

QUALTROUGH, A. J. E.; BURKE, F. J. T.. **A look at dental esthetics Quintessence Int** 1994; 25:7-14.

RAMOS, Marília. **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos.** XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambú, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1158.pdf>. Acesso: 13 Out.2012.

RIGOTTI, José Irineu Rangel; CERQUEIRA, Cezar Augusto. Bases de Dados Educacionais. In: RIOS-NETO, Eduardo Luiz G.; RIANI, Juliana de Lucena Ruas (Org.). **Introdução à Demografia da Educação.** Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. ABEP, 2004.

RIO, R. P.; RIO, L. M.. Manual de Ergonomia Odontológica. 2a. Ed. In: **Rev. ampl. Belo Horizonte: CRO-MG**, 2001.

ROCHA, Sandra. Transferência de Renda Focalizadas nos Pobres: o BPC versus o Bolsa Família. In: **Revista Sinais Sociais.** SESC- Serviço Social do Comércio. Rio de Janeiro, ano 3, set./dez.2008.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. In: **Aval – Revista de Avaliação de Políticas Públicas.** UFC, n. 1, 2008, p. 7-15.

_____. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios. In: **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, UFPB, n.16, março de 2011, p. 55-73.

_____. Avaliação de Políticas Públicas no Brasil: antecedentes, cenário atual e perspectivas. In: PRADO, Edna Cristina; DIÓGENES, Elione Maria Nogueira (Org.). **Avaliação de Políticas Públicas: entre Educação & Gestão Escolar**. Maceió/AL, EDFAL, 2011.

SANTO, V. M.; VERRIER. P. R.. **O Desenvolvimento Público**. Paris: Pug, 1993.

SARAIVA, Luiz Alex Silva; NUNES, Adriana de Souza. A Efetividade de Programas Sociais de Acesso à Educação Superior: O caso do Prouni. In: **Revista Administração Pública**, V. 45, n. 4. Rio de Janeiro: Ago.2011.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos da Personalidade**. São Paulo: Atlas, 2013.

SCRIVEN, M.. **Metodologia da Evolução Monografia**. Series Curriculum, Chicago, 1967.

SILVA, Anderson Paulino; BRANDÃO, André; DALT, Salette da. Educação e Pobreza: O Impacto das Condiçionalidades do Programa Bolsa Família. In: **Revista Contemporânea de Educação**. V.4, n.8, 2009a.

SILVA, Lidiane Rodrigues Campêlo da; DAMACENO, Ana Daniella; FARIAS, Isabel Maria Sabino de; MARTINS, Maria da Conceição Rodrigues; SOBRAL, Karine Martins. Pesquisa Documental: **Alternativa Investigativa na Formação Docente**. XI Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. 26 a 29 de outubro de 2009 - PUCPR. 2009b.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. Maria Ozanira da Silva e Silva (Org). In: **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras Editora: São Luis: GAEPP, 2008, p. 89-177.

SIQUEIRA, Alaísa de Oliveira. **Programa Bolsa Família: autonomia ou legitimação da pobreza?** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. In: **Revista Sociologias**. Porto Alegre, Ano 8, n.16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

SUBIRATS, J.. **Analises de politicas publicas e eficacia de administração**. Madrid. Ministerio das Politicas Publicas, 1994.

SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos de personalidade e sua tutela**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

TEIXEIRA, E. C.. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. In: **Revista AATR**, 2002.

TINÔCO, Dinah dos Santos; SOUZA; Lincoln Moraes de; OLIVEIRA; Alba Barbosa de: Avaliação de políticas públicas: modelos tradicional e pluralista. In: **Revista de Políticas Públicas**, V.15, n.2, São Luís: jul./dez. 2011, p. 305-313.

TURGEON, J.. **Programa de ação comunitária para crianças**. PACE, Paris: Lamartmann, 1998.

VALO, T.S.; OHIO, S.. Anterior esthetics and visual arts: beauty, elements of composition, and their clinical application to dentistry. In: **Curr. Opin. Cosm. Dent.**, V.3, Philadelphia: 1995, p. 24-32.

WEISS, Carol. **Investigação Evolutiva: Métodos para Determinar a Eficiência dos Programas de Ação**. Trilhas Mexixo, 1978.