



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



MARIA CRISTINA SILVEIRA CERÁVOLO

TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para Obtenção do título de Especialista em Odontologia, em Saúde Coletiva.

Piracicaba

2004

Ficha Catalográfica

C334t

Cerávolo, Maria Cristina Silveira.
Trajetória das políticas de saúde pública no Brasil. /
Maria Cristina Silveira Cerávolo. -- Piracicaba, SP : [s.n.],
2004.
76f.

Orientadora : Prof^a Dr^a Dagmar de Paula Queluz
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Políticas Públicas 2. Sistema Único de Saúde. I. Queluz,
Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



MARIA CRISTINA SILVEIRA CERÁVOLO



1290004708

TCE/UNICAMP
C334t
FOP

TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para Obtenção do título de Especialista em Odontologia, em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Dagmar de Paula Queluz

330

Piracicaba

2004

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

**Dedico este trabalho aos meus pais,
Romeu e Elza, pelo incentivo à busca
do conhecimento.**

**Dedico também aos usuários da Unidade
Básica do CS.Jd Conceição–Campinas, pela
Tolerância e solidariedade com os profissionais
de saúde e pela compreensão dos limites do ser humano.**

AGRADECIMENTOS

A minha querida família, irmão, cunhada, e queridos sobrinhos, que me substituiu nos momentos que me ausentava.

A toda equipe da Saúde Coletiva pela acolhida e crédito de confiança

A todos funcionários da FOP-UNICAMP que sempre me acolheram com carinho

A Prefeitura Municipal de Campinas que me incentivou a buscar novos conhecimentos e a apreender a construir coletivamente.

**“ NÃO SEJAS O DE HOJE.
NÃO SUSPIRES POR ONTENS...
NÃO QUEIRAS SER O DE AMANHÃ.
FAZE-TE SEM LIMITES NO TEMPO”**

CECILIA MEIRELES

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	12
2. DESENVOLVIMENTO	14
2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	
3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	33
3.1 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS	35
3.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SUS	38
3.3 NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS DO SUS-(NOBS)	46
3.4 NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)	49
3.5 FINANCIAMENTO DO SUS	49
4. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AIS –AÇÕES INTEGRADAS DE SAUDE

CAP – CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÕES

C.D –CIRURGIÃO-DENTISTA

CEBES –CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

CNS –CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CNSB – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

CPMF – CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS

EC 29 – EMENDA CONSTITUCIONAL 29

ESF –EQUIPE SAÚDE DAFAMÍLIA

ESB –EQUIPE SAÚDE BUCAL

EUA –ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

FSESP –FUNDAÇÃO SERVIÇOS ESPECIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

IAP – INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

INPS – INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

LAPA- LABORATÓRIO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO (MEDICINA DA UNICAMP – CAMPINAS)

LOPS – LEI ORGÂNICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

LOS –LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

MPAS –MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PDR – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

PNAD – PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS

PROESF – PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DE PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SI – SISTEMA INCREMENTAL

SINPAS – SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

THD – TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL

UBS UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

A compreensão da função do Estado e da idealização das políticas públicas de saúde dependerá de uma reflexão a respeito do processo saúde-doença. Assim, este trabalho visa a destacar aspectos relevantes que marcam as políticas de saúde no Brasil desde o período colonial até os dias de hoje.

Durante os períodos Colonial e Imperial, não havia meios para lidar com o crescente agravamento das doenças infecciosas, agravados com a total ausência de serviços de saúde eficientes. No começo do período da República, a política social ainda perpetuava as desigualdades, pois as autoridades ainda adotavam um regime que privilegiava as elites, condenando a maioria da população produtiva à falta de atendimento médico. A partir da década de 1970, a mobilização dos profissionais de saúde e as organizações populares desafiaram o Estado a estabelecer um sistema de saúde mais justo, de forma que este se comprometesse definitivamente com a assistência à saúde da população. A partir de 1988, consolida-se o Sistema Único de Saúde. Foi um marco no processo de selar um compromisso com a população brasileira, repensando a saúde pública para legitimar o direito à saúde de forma integrada e humanizada. O SUS, dentro de seus princípios organizativos, incorpora, atualmente, como “estratégia” o Programa da Saúde da Família, que realça o papel da equipe de saúde multidisciplinar e que valoriza o indivíduo enquanto cidadão, salientando suas potencialidades e resgatando-o de corpo e alma.

Palavras-Chave : História da Saúde, Políticas Públicas de Saúde, SUS, Brasil.

Abstract

An understanding of the function of the State and of the idealization of public health services might come about via a reflection on health/sickness processes. On the basis of a reading of the relevant bibliography, this study discusses the politics of public health service in Brazil from the Colonial period to today. With the absence of public health services during colonial and Imperial times, no means were established to deal with growth of infectious disease. In the first decades of the Republic, social policy still perpetuated inequalities, as governmental authority privileged the elite, barring the majority of the productive population from access to medicine. Mobilization on the part of health professionals and popular organizations impelled the State to establish a more equitable health system, one which was committed to welfare of the general population. An important mark in the process of governmental commitment to the Brazilian population was the establishment of a Unified Public Health System (SUS) in 1988. For the first time, the right of access to health services would be legitimized in an integrated and humanized way. SUS, within its principles of organization, incorporates a "strategy" for a Program of Family Health Services, emphasizing the role of a team of health practitioners that will place value on the citizen by taking into consideration his or her potential, rescuing the individual body and soul.

KEY WORDS: history, policies and politics of public health, SUS, Brazil.

1.INTRODUÇÃO

O Brasil durante séculos apresentou uma Política indefinida em relação à saúde Pública. A maior parte da população ainda não tem acesso a cuidados clínicos e preventivos. Comumente verificamos através da mídia o informe das humilhações e sofrimentos que o cidadão brasileiro se expõe a situações vexatórias e bastante deprimentes.

No campo do financiamento, as políticas públicas criam contribuições compulsórias para financiar a saúde, mas continuamos a visualizar um panorama de tremenda angústia que não responde as necessidades da população.

As políticas de saúde, como sabemos, em cada época refletem o momento histórico em que foram criadas. Elas se configuram através de determinantes que respondem às condições econômicas, os avanços do conhecimento científico e à capacidade das classes sociais de organizarem-se e influenciarem os governos.

A construção do sistema de saúde resulta de uma infinidade de desafios, transações e ajustes, que envolvem interesses políticos, partidários e burocráticos.

Os países em desenvolvimento, na modernidade, se preocupam com o fortalecimento do capitalismo sendo subordinados ao controle dos organismos internacionais como o Banco Mundial e o FMI, desde os anos 80 até os nossos dias.

A questão social torna-se a maior preocupação do Estado.

A necessidade de uma reformulação das políticas em saúde, ou seja, analisar a função do Estado, tentando explicar a complexa interação dos determinantes que influenciam na formulação e implementação de políticas, torna-se objeto de estudo,

A reforma de um sistema carece fundamentalmente de uma análise, que incorpora os conceitos de contexto, processos, atores e conteúdo, para que se possa compreender melhor os processos de reforma.

O Estado na sua estrutura administrativa detém uma característica de ampliar ou limitar as decisões referidas às políticas.

O presente trabalho tem como intenção explorar as políticas de saúde no Brasil enfocando alguns contextos sócio-políticos, culturais, institucionais e sanitários que marcaram épocas passadas e os tempos atuais.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1 HISTÓRICO

A Colonização e a saúde

As terras brasileiras ao serem descobertas por Pedro Alvarez Cabral em 1500 se mostravam aos europeus como a Terra Prometida, onde os índios que a habitavam eram fortes e saudáveis, e se apresentava como uma terra fértil e promissora.

Nesta época, a Europa se mostrava doente, tanto socialmente, como enfrentando obstáculos materiais e muitas enfermidades assolavam este continente. Os colonizadores logo após se instalarem no séc XVI na colônia portuguesa, conheceram as primeiras dificuldades, tendo que enfrentar as enfermidades que os molestavam.

Alguns médicos e cirurgiões lusitanos se instalaram aqui e ofereciam como tratamento aos doentes sangrias e purgantes, de custo elevado, o que fazia com que os habitantes optassem por curandeiros ou negros. Nesta época, tanto os colonizadores brancos, como os escravos africanos tinham pouca chance de sobrevivência.

Surge nesta época, por volta de 1746, a varíola (mal de bexigas), doença conhecida 3000 anos A.C, trazida possivelmente pelos escravos africanos, doença esta que se disseminava na região urbana e nos sertões do nordeste e Minas Gerais. Os doentes eram afastados e isolados nas matas, onde morriam.

A Vinda da Corte portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. Como sede provisória do império lusitano e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se o centro das atenções sanitárias. Com elas, Dom João VI procurou oferecer uma imagem nova de uma região que os europeus definiam como território da barbárie e da escravidão.(BERTOLLI FILHO, 1999).

Surgem com o império as Escolas de Medicina, por ordem real, onde foram criadas, as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), logo transformadas nas primeiras escolas de medicina do país. Em 1829, por ordem de D.Pedro I, foi criada a Imperial Academia de Medicina, que funcionou

como órgão consultivo do imperador nas questões ligadas à saúde pública, que se mostrou pouco eficaz, não alcançando o objetivo de cuidar da saúde da população.

Os médicos na época encontravam dificuldades, sobretudo na corte, porque não sabiam como evitar as doenças infecciosas que atingiam os habitantes da capital, depois disseminadas pelos viajantes por todo o país, inclusive entre os índios da Amazônia. A hipótese levantada era que os navios vindos do estrangeiro seriam os principais causadores das epidemias, como a varíola, febre amarela e cólera.

Surge em 1828 a Inspetoria de Saúde dos Portos, que obrigava todas as embarcações, que aqui chegassem com suspeita de enfermos a bordo, deveria ficar em quarentena numa ilha próxima à baía de Guanabara.

As medidas sanitárias na época continuavam frágeis, o que levava a população lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Os mais ricos procuravam assistência médica na Europa e aos pobres lhes restavam os curandeiros negros.

Assim, no período colonial foram registrados os seguintes marcos históricos: Durante o período colonial de 1500 a 1822, o Brasil se torna colônia de Portugal. Inexistia uma economia própria e a produção atendia às necessidades de subsistência do país.

O Estado apenas controlava a comercialização dos alimentos e o saneamento dos portos. Os colonizadores traziam as doenças predominantes em sua bagagem, apesar da elite da sociedade pensar ao contrário, responsabilizando os habitantes nativos de doentes.

O governo entre 1685-1694 promove uma única ação de saúde, com uma campanha para erradicação de epidemia de febre amarela em Recife e Olinda.

Surgem as primeiras escolas de Medicina em 1808 no Rio de Janeiro e na Bahia. Os serviços médicos prestados à elite (senhores rurais, tropas militares, comerciantes bem sucedidos, funcionários do governo), eram prestados por médicos formados em Portugal..

Índios, negros e brancos pobres utilizavam medicamentos caseiros, como plantas medicinais, benzimentos, cataplasma, além de serem isolados na floresta, quando era diagnosticada uma doença contagiosa, deixando-os morrerem sem nenhum atendimento.

As Santas Casas, em 1534, serviam para o isolamento dos enfermos pobres, onde se caracterizou o primeiro modelo de assistência médico-hospitalar.

Portanto, neste período visualizava-se uma ausência de preocupação por parte das autoridades luzitanas à práticas de saúde que refletissem no bem estar do povo brasileiro, que vivia sob situações insalubres, doentes e carentes de recuperação.

Com o império surge para o povo brasileiro, talvez a esperança de um novo período que pudesse reformular as ações dirigidas à saúde, de forma a promover e recuperar a saúde da população. Como descreveremos a seguir o período imperial ganhou alguns marcos históricos que infelizmente não alcançaram os anseios populares.

A saúde no Império

A fase imperial da história brasileira (1822 – 1889) encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Dom Pedro II sempre foi lembrado como o monarca que incentivou as pesquisas científicas, doando quantias expressivas às doenças típicas das regiões tropicais.

Em 1543 foi fundada a primeira Santa Casa no vilarejo de Santos, que assistia os enfermos, principalmente os mais pobres, seguidos pelas do Espírito Santo, da Bahia, Rio de Janeiro e da vila de São Paulo no séc XVI, todas elas financiadas por doações feitas pelas elites regionais e por verbas públicas.

A odontologia praticada nesta época restringia-se quase que só às extrações dentárias, fazendo uso de técnicas rudimentares, instrumental inadequado e nenhuma forma de higiene. Anestesia, nem pensar, o barbeiro ou sangrador devia ser forte, impiedoso, impassível e rápido. (ROSENTHAL, 1995).

D. João em 1813 funda a Academia Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro e da Bahia em 1815, logo se transformando nas duas primeiras escolas de medicina no país. (BERTOLLI FILHO, 1999).

Nos Estados Unidos, em 1840 surge a primeira escola de odontologia do mundo, o Baltimore College of Dental Surgery, que serviria de modelo para as escolas de odontologia no Brasil.

Uma junta de higiene Pública em 1850 foi criada para melhorar as ações saneadoras, exercendo o papel fiscalizador dos profissionais de saúde, tendo sido insatisfatória em relação à defesa da saúde da população.

Sob o Decreto nº 9311 apresentado no dia 25 de outubro de 1884, cria –se um novo estatuto das Faculdades de Medicina do Império, denominada Reforma Sabóias, que firma o seguinte: Usando da autorização concedida pelo art 2º, Parágrafo 7º, da lei 3141 de 30 de outubro de 1882: - Hei por bem que nas faculdades de Medicina do Império se observem os novos estatutos que com este baixam, assinados por Filipe Franco de Sabóias; do meu conselho, Senador do Império que assim o tenha entendido e faça executar. Palácio do Rio de Janeiro, em 25 de outubro de 1884,63 da Independência e do Império. Com a rubrica de sua Majestade o Imperador Filipe Franco de Sá. (ROSENTHAL, 1995).

No Art. 1º, vinha consignado que a odontologia formaria um curso anexo deste modo:

Art 1º - Cada uma das Faculdades de Medicina do Império se designará pelo nome da cidade em que tiver assento; seja regida por um diretor e pela Congregação dos Lentes, e as comporá de um curso de ciências médicas e cirúrgicas e de três cursos anexos: o de Farmácia, o de Obstetrícia e Ginecologia e o de Odontologia.

No capítulo II, a Sessão IV tem o título: "Do curso de Odontologia" - Art. 9º das matérias deste curso haverá três séries:

1ª série - Física, química mineral, anatomia descritiva e topografia da cabeça.

2ª série - Histologia dentária, fisiologia dentária, patologia dentária e higiene da boca.

3ª série – terapêutica-dentária, cirurgia e próteses dentárias.

Firma-se neste momento um passo histórico para a concretização e moralização na formação dos profissionais de saúde. No entanto os médicos lutavam ainda contra os problemas sanitários.

CUNHA (1952) citado por RONCALLI (2001) menciona que as Casas de Misericórdia, mantinham um gabinete dentário, destinado à realização de extrações dentárias. Neste serviço eram praticadas exodontias a granel; tendo só no segundo semestre de 1882, sido feito ali 1595 extrações dentárias e prescritas 368 receitas."

No Brasil Império houve poucas mudanças em relação a saúde pública, limitando-se ao saneamento urbano como a normalização dos cemitérios, do abastecimento de água, destinação de lixos e dejetos, a obrigatoriedade de vacinação contra a varíola, em 1846; a abertura de hospícios, a partir de 1852, e os primeiros registros de mortalidade, em 1859 na cidade do Rio de Janeiro. A assistência individual, manteve-se inalterada. A Academia Real de Medicina se mostra combativa à medicina caseira para proteger a saúde da população.

Saúde na República

Com a proclamação da República em 1889 foi embalada uma idéia: modernizar o Brasil a todo custo. E para muitos, o lema positivista “ordem e Progresso, inscrito na bandeira nacional, só começaria a concretizar-se a partir do momento em que o país contasse com uma” ditadura republicana “, fiadora da necessária ordem, e com um povo suficientemente saudável e educado para o trabalho cotidiano, força propulsora de progresso nacional”. (BERTOLLI, 1999).

A base da economia era a Lavoura tradicional baseada na monocultura, no latifúndio e na escravidão. Ao finalizar a escravidão, houve uma necessidade de atualizar a economia e a sociedade redefinindo a situação do trabalhador brasileiro como capital humano, onde a função produtiva é a fonte geradora da riqueza da nação havendo, portanto, a necessidade de melhorar a saúde da população para promover a modernização do país. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país (BERTOLLI, 1999).

Durante grande parte da República Velha, os limites legais da atuação da União no campo da saúde estavam dados pela Constituição de 1891, que garantia a autonomia estadual e municipal e explicitava as condições que permitiriam a iniciativa da União. Assim, um aumento da capacidade de penetração e intervenção do Estado sobre o Território brasileiro seria, sempre, um questionamento do pacto federativo e dos poderes das oligarquias (HOCHMAN, 1993).

A atuação médica da época se confrontava com as teorias modernas, mas hesitavam em adotar os novos conceitos da bacteriologia e da fisiologia

desenvolvidos por Louis Pasteur (1813-1878). Louis Pasteur foi o químico que revolucionou o conceito e os métodos de combate às doenças infecciosas, provando que um grande número de doenças era causado por micróbios específicos. O médico Claude Bernard contribuiu com os novos métodos de estudo da fisiologia humana.

O Brasil aos poucos começa a tomar consciência das mudanças do conhecimento das doenças, definindo uma área científica que atuasse nos surtos epidêmicos. Instala-se neste período a chamada medicina pública, medicina sanitária, com um núcleo que se preocupava com as enfermidades da coletividade, a epidemiologia. Esses órgãos vieram substituir as antigas juntas e inspetorias de higiene provinciais. Os serviços sanitários estaduais eram bastante deficientes, o que facilitou a ocorrência de novas epidemias.

O Brasil apresentava em suas principais cidades surtos de febre amarela, peste bubônica, varíola e febre tifóide que mataram inúmeras pessoas. (Quadro I).

Quadro I: Óbitos por varíola e febre amarela

Cidade do Rio de Janeiro

ANOS	MORTES POR	MORTES POR
	FEBRE AMARELA	VARIOLA
1850-1859	10970	642
1860-1869	2295	730
1870-1879	12916	6626
1880-1889	9376	6852
1890-1899	20879	8599

Fonte: BERTOLLI FILHO, (1999)

A idéia de que a população constituía capital humano, e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos, às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a

elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área de saúde torna-se global; não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade. Surge uma política de saúde que devia se articular com os projetos e as diretrizes governamentais voltados para outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho.

Apesar das repetidas promessas oficiais de criar condições para a melhoria do padrão de vida da população, na verdade o Estado acaba privilegiando os investimentos na expansão da produção. Com isso beneficia muito mais a elite econômica do que a parcela mais pobre da sociedade. A adoção do regime republicano manteve, pelo menos em boa parte, a política da desigualdade que beneficia os grupos sociais mais ricos, condenando a maioria da população a condições precária de vida.(BERTOLLI FILHO,1999).

A saúde na Republica se reorganiza com a criação dos laboratórios Bacteriológicos, Vacinogênicos Butantã e de Análises Clínicas e Farmacêuticas, sendo desmembrado posteriormente em Butantã e Instituto Adolfo Lutz em 1892. O Instituto soroterápico de Manguinhos, que levaria mais tarde o nome de Instituto Oswaldo Cruz em 1899.Em 1903, em São Paulo o Instituto Pasteur.Outros institutos foram criados em outros estados, como Rio Grande do SUL, Pará e Minas Gerais.

Ao que se refere à Odontologia, em 1912 existem alguns relatos que demonstram que houve uma participação da odontologia na saúde escolar com a Fundação das Clínicas Dentárias Escolares,criadas em São Paulo por Baltazar Vieira de Melo.

“...pode-se dizer que a primeira evidência de participação da odontologia na saúde escolar tem como data o ano de 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo,as quais, anos depois, se transformaram na Associação Paulista de Assistência Escolar,mantendo sete consultórios em escolas públicas (CARVALHO&LOUREIRO, 1997).

Em 1918, o Brasil tinha uma população rural em torno de vinte milhões de pessoas, 17 milhões enfraquecidos por parasitas intestinais, três milhões de vítimas de doenças de Chagas, dez milhões atacados pela malária e ainda cinco milhões de tuberculosos. Juntando-se a esse quadro a subnutrição e o alcoolismo, conclui-se que o homem rural brasileiro era acima de tudo um personagem doente. (BERTOLLI FILHO, 1999),

Surge em 1918 na área urbana uma epidemia, a Gripe Espanhola. Não se sabe ao certo o número de mortos, estima-se cerca de quinhentas mil pessoas. Foi uma epidemia que não distinguiu nenhuma classe social. A doença assolava os EUA e os países da Europa. Faltavam recursos, e as classes governantes sofriam de grande impotência diante de tamanha catástrofe. Esta experiência coletiva se tornou um marco importante e decisivo para as demandas do movimento pelo saneamento do Brasil.

Podemos dizer que a Proclamação da República se caracterizou por dois períodos os quais foram demarcados pelos seguintes fatos :

PRIMEIRA REPÚBLICA (1889-1930)

Criação da Diretoria Geral de Saúde sob direção de Oswaldo Cruz, cuja meta principal era combater a febre amarela, cólera, varíola e outras epidemias;

O programa de saneamento dos portos;

A Fundação de Institutos de Pesquisas e produção de vacinas: Instituto Soroterápico de Manguinhos, no Rio de Janeiro; Institutos Butantã, Pasteur e Adolfo Lutz em São Paulo;

As campanhas com forte conotação militar que visavam a vacinação obrigatória, a higiene das moradias e expulsão dos pobres das áreas centrais das cidades.

A promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923 (decreto legislativo nº 4682, de 24/01/10) implantava a Caps para os empregados das empresas ferroviárias,

beneficiando-os com a aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (Tempo de contribuição), pensão por morte e assistência médica.

Em 1930, Getúlio Vargas era eleito Presidente do Brasil, gerando inúmeras mudanças no cenário político brasileiro, promovendo o fim da hegemonia política da classe ligada à exportação do café e início de uma nova etapa baseada na industrialização. O tão chamado ESTADO NOVO buscava a centralização do poder federal, utilizando estratégias políticas de repressão ao movimento operário. As políticas de saúde são centralizadas para dar um caráter nacional à atenção à saúde. Observa-se neste momento uma nova fase com as seguintes características que definiram o próximo período.

SEGUNDA REPÚBLICA (1930-1945)

A uniformização dos departamentos estaduais de saúde com o avanço para o interior, multiplicando-se os serviços de saúde;

A priorização da educação sanitária adotando-se o modelo americano do higienismo, em substituição ao modelo repressor anterior (acreditava-se que o principal obstáculo à saúde era a baixa instrução e o atraso cultural do povo);

A criação do Serviço Especial da Saúde Pública (SESP), em 1942, em decorrência de um acordo com os EUA, visava principalmente à atenção aos trabalhadores da Amazônia empregados na produção de extração da borracha, necessária aos aliados na Segunda Guerra.

A criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) em substituição às CAPS, agora organizados por categoria profissional e não mais por empresas, e controlados por "homens de confiança do governo" pelo interesse no volume de dinheiro movimentado. (CARPINTERO e al, 2001).

Os recursos extraídos e acumulados dos IAPS eram utilizados para a industrialização do país.

Em 1934, os trabalhadores são favorecidos através de uma nova constituição, adquirindo garantias como assistência médica, licença gestação, jornada de trabalho de oito horas.

Em 1943, estabelece-se a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que regulamenta a exigência obrigatória do pagamento do salário mínimo, a indenização aos acidentados, as férias remuneradas, tratamento médico aos doentes, pagamento de horas extras a todo trabalhador, auxílio funeral, direito à pensão aos herdeiros do segurado falecido, desde que tivesse carteira de trabalho.

Movimento pela instalação da Previdência Social

O Brasil vivia nessa época uma situação de saúde, de intensos protestos por parte dos setores da sociedade, com a insatisfação em relação à posição autoritária do setor da saúde. Nos centros urbanos, sob forte influência das idéias trazidas pelos europeus, surgem as Caixas de Auxílio Mútuo ou Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) trazidas, organizadas pelas empresas e administradas com a participação dos trabalhadores.

Este modelo de prestação de serviços era extremamente perverso, além de excludente, pois só tinha acesso ao serviço de saúde quem contribuía com a previdência, sem um compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população.

Segundo OLIVEIRA & SOUZA (1998)

“O que se observou a partir da criação dos IAPS, foi uma crescente centralização das ações de saúde no âmbito federal. Era de interesse do governo criar um sistema de seguro social que garantisse a integridade do novo foco de atenção das ações do governo: o corpo do trabalhador. Explica-se: com o crescimento da industrialização, o modelo agro-exportador passa a não ser mais hegemônico, deslocando-se a necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias para a atuação sobre o corpo do trabalhador, a fim de manter e restaurar sua capacidade produtiva. A conjuntura política da época se caracterizava pelo Estado populista, onde diversas outras medidas foram tomadas, dentro das políticas

sociais, no sentido mais de cooptar as categorias de trabalhadores que, a cada dia, avançavam em sua organização, e menos de responder aos problemas estruturais de vida daqueles trabalhadores”.

A Saúde Bucal é incorporada em algumas CAPS e IAPS. Os beneficiários recebiam pelo menos atendimento odontológico emergencial. O serviço odontológico estava incorporado aos órgãos de assistência médica.

Este tipo de benefício é resultado das pressões dos trabalhadores e da conscientização dos empregadores da necessidade de que manter a saúde dos trabalhadores era fundamental para o processo produtivo.”(ABREU&WERNECK, 1998)”.

Segundo LANA (1984), citado por ZANETTI (1993) faz uma referência a assistência odontológica nos IAPs:

“... Inicialmente os serviços tinham por objetivo apenas a remoção de focos dentários ‘numa atitude verdadeiramente mutiladora’. Não houve a preocupação com a adoção de certos cuidados fundamentais de tratamento, nem a consciência de que os dentes são providos de algum valor biológico frente às exigências orgânicas mínimas. Ao se desprezar o tratamento conservador, além das inúmeras penalidades impostas ao organismo, ainda foram cometidas agressões estéticas, que mais tarde seriam reconhecida como de alto valor no equilíbrio psicoemocional do ser humano. Por insuficiências da cultura e do conhecimento da época não se evitou o complexo de desdobramentos decorrentes das mutilações que interferem muito nos intrincados jogos da socialização, para além dos aspectos epidemiológicos associados “.

Em 1938 instala-se em Belo Horizonte, um serviço odontológico em um Grupo Escolar, e no final do ano de 1940 cria-se o Departamento de Assistência à Saúde, que tem o primeiro registro odontológico em Minas Gerais.(WERNECK, 1994).

Nesta época, as ações de saúde se apresentavam em um modelo dicotômico determinado de um lado pela saúde pública de caráter preventivo, e conduzido através de campanhas (é o auge do sanitarismo campanhista) e, de outro lado, a

assistência médica de caráter curativo conduzida através de ações da previdência social (CUNHA&CUNHA, 1998).

Apesar das grandes iniciativas da época do governo de Vargas em relação à saúde pública, o Brasil enfrentava sérios índices de doenças endêmicas, como a doença de Chagas, tuberculose, doenças gastrointestinais, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis. O Brasil era considerado o país dos doentes. Apesar de Getúlio ser considerado o “pai dos pobres”, como era chamado na época, o país carecia de investimentos no setor saúde pública, e continuava insuficiente para romper a demanda.

Não há dúvida que encontramos tanto na odontologia como na medicina, experiências dicotomizadas, onde cabe à saúde pública a responsabilidade da parte preventiva e a parte curativa à clínica particular e aos serviços sociais.

A SESP é criada a partir de 1942. Os Estados Unidos da América estando envolvido na Segunda Guerra Mundial se priva do fornecimento de borracha que até então era fornecida pelos produtores asiáticos e que estavam sob o domínio japonês. O Brasil se torna de grande interesse para os americanos que necessitam de novos fornecedores de borracha, e investem na operacionalização das ações de saúde visando às regiões produtoras de borracha que se concentravam na Amazônia, Vale do Rio Doce e Vale do São Francisco. Era importante manter essa população saudável, mesmo porque ela traria benefícios aos dois países.

O final deste período se caracteriza pela busca da redemocratização do país com a participação ativa dos trabalhadores para orientar os rumos das políticas brasileiras.

REDEMOCRATIZAÇÃO (1945 – 1964)

Este período foi desenhado por vários fatos históricos que definiram uma época de grandes avanços, entre eles podemos citar de forma cronológica os seguintes:

Surge a sonegação patronal que cresce rapidamente e a dívida da união com os IAPS.

Os Estados Unidos da América vencem a 2ª Guerra Mundial, exercendo grande influência sobre o Brasil, e passam a exportar para o Brasil o modelo hospitalocêntrico, entre outras interferências. Este modelo, centrado no hospital e na tecnologia, responde aos interesses de uma crescente indústria farmacêutica e de equipamentos. A importação de equipamentos médicos hospitalares cresce 600%. Há grande crescimento das ações de saúde pública e fortalecimento do SESP.

Cria-se o Ministério da Saúde em 1953.

Há no país, nesta época, dois grupos distintos de sanitaristas. Um grupo defendia que as condições de saúde melhorariam com o uso de tecnologia e métodos adaptados de outros países. Do outro lado, havia grupo que defendia uma prática mais articulada à realidade brasileira. No governo, predominavam as idéias do primeiro grupo.

Quanto à assistência médica:

Vários institutos ainda não proporcionavam assistência médica total e aos familiares;

Os sindicatos lutam para que todos os IAPS prestem assistência médica aos seus associados;

Alguns IAPS, com mais recursos, até construíram hospitais próprios.

Em decorrência destes problemas, aparecem os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas, que são embriões da medicina de grupo.

Persiste neste período uma clara divisão entre a saúde pública (realizada pelo Ministério da Saúde) e a assistência previdenciária (realizada pelos institutos ligados ao Ministério do Trabalho).

Quanto à Odontologia nasce uma estratégia proposta por Waterman, nos EUA, em 1946, inicialmente nas cidades de Richmond e Woonsocket que foi adotada como Sistema Incremental pela Odontologia.

O Sistema Incremental consistia num modelo, que foi experimentado nas escolas de Richmond e Woonsocket, preconizando atendimento odontológico de escolares na faixa etária de 5 a 16 anos nas escolas, e se caracterizava por ciclos, sendo que no primeiro ciclo todos os alunos eram atendidos num período de 24 e 30 meses. Nos ciclos seguintes, os escolares já atendidos eram colocados em um programa de manutenção e novos alunos eram incorporados ao programa (ABREU & WERNECK, 1998).

Em relação à Odontologia, no início de 1950, cria-se um sub-setor odontológico ligado ao Ministério da Saúde, e com forte influência da SESP. Em 1956, o projeto de Fluoretação das águas de abastecimento público em caráter experimental ocorreu primeiramente nas cidades de Baixo Guandu (ES), e a introdução do Sistema Incremental (SI) para escolares, foi um marco histórico ao que se refere às principais ações direcionadas à odontologia, segundo relatos de ABREU & Werneck, 1998.

O modelo de assistência preconizada pelo SESP era fundamentado sob os princípios do movimento da Odontologia Sanitária, que estava sendo divulgada através de grandes sanitaristas que tiveram uma participação histórica importante, entre os quais podemos citar Alfredo Reis Viegas, Paulo Freire e Mário Chaves. Chaves teve uma reconhecida influência internacional, principalmente por sua obra Odontologia Sanitária em 1962.

Chaves defendia a importância da Odontologia como a disciplina da Saúde Pública em obter diagnóstico e tratar os problemas de saúde bucal.

As escolas passaram a ser o local estratégico, onde se implantava a estratégia do Sistema Incremental, que se definia como uma fase preventiva e uma fase curativa. A fase preventiva incorporava o sistema de fluoretação das águas ou aplicação tópica de flúor; e fase curativa se ocupava da solução das necessidades odontológicas.

O Sistema Incremental foi implantado para atender escolares em geral de 6 a 14 anos. Tratava-se de um modelo programático, apesar de poder ser implantado a qualquer população circunscrita, tendo sido adotado durante 40 anos no Brasil pelo modelo assistencial odontológico brasileiro. O sistema incremental foi apontado por muitos autores como um modelo excludente e ineficaz, pois se ocupava somente da população alvo e de caráter não universal, de modo a excluir a população exposta ao risco de adoecer. Outros fatores negativos se relacionam à falta de recursos, dificuldade de gerenciamento e à ausência de enfoque epidemiológico. Podemos constatar que a odontologia até os dias de hoje sofre com as marcas deixadas pela adoção deste sistema durante todo este longo período, pois hoje encontramos uma população de adultos e idosos que foram mutilados na época por falta de direcionamento da política de saúde bucal, que se manteve acrítica e sem abertura para novos saberes.

NARVAI (2002) confirma as críticas ao Sistema incremental principalmente ao que se refere à exclusão:

É excludente, pois ocupa-se exclusivamente da população-alvo e não do conjunto da população exposta ao risco de adoecer;

Fundamenta-se na evidência epidemiológica de que a cárie dentária aumenta com a idade. Em conseqüência, admite inevitáveis os períodos “de tratamento” e de “acúmulo de necessidades”. O desenvolvimento da cariologia nas últimas décadas refuta essa evidência: não é inexorável que a cárie aumente com a idade;

Em situações de elevada mobilidade populacional, a população-alvo tem sua composição significativamente alterada ao longo dos anos. Assim, não apenas a doença não é controlada na população-alvo como o benefício de ter recebido pelo menos um TC (Tratamento completado) pode não ter nenhum significado epidemiológico no conjunto da população e ,às vezes,nem mesmo significado individual,dependendo da ênfase colocada nos aspectos educativos.

Aborda a doença no indivíduo pretendendo controlá-la em cada um deles, através de conjunto de procedimentos que visam a obtenção de TC individuais por idade.

Em 28 de agosto de 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que definitivamente abre caminho para a unificação da previdência social, pois determinava um esquema único de funcionamento para os IAPS existentes entre os benefícios propostos pela LOPS incluía-se auxílio reclusão, auxílio funeral e o auxílio natalidade atingindo um maior número de segurados, como empregadores e profissionais liberais.

Segundo ZANETTI (1993)

“A Expansão das medidas odontológicas da Previdência atingiu nos anos 70 um forte ritmo de crescimento quando foi favorecida pela expansão das bases orçamentárias do Estado (especialmente nos fins dos anos 60 e início dos 70) num momento de incremento do padrão de respostas governamentais às demandas de “reintegração cívica mais estratégicas ao processo de crescimento econômico. Seja através dos serviços próprios, ou principalmente da compra dos serviços de terceiros (utilizando convênios e credenciamentos), a Previdência financiou um aumento significativo da oferta odontológica. Quase que invariavelmente, estes serviços apresentavam um baixíssimo nível de qualidade e de altíssimo grau de mutilação.

Em 1964, ocorre o golpe militar instituindo o regime autoritário.

GOVERNO MILITAR (1964-1980)

A Economia brasileira privilegiava na época o capital externo, empobrecendo os trabalhadores, reprimindo a sociedade civil, com redução dos salários, intensificando a concentração de renda com empobrecimento da população. A situação na área de saúde adquiria mapas de altos índices de morbidade e de mortalidade, como também o descontrole das epidemias de meningite e poliomielite. Esta época foi marcada com a intensificação da censura em relatar acontecimentos que faziam críticas a esses desequilíbrios sociais.

Os principais marcos históricos deste período foram:

1966-Unificação de todos os IAPS e criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) sem qualquer participação dos trabalhadores. Há uma grande quantia de dinheiro canalizada para o INPS, sendo esses recursos canalizados fora da saúde em investimentos e obras como a Rodovia Transamazônica, Ponte Rio Niterói, Usina de Angra dos Reis e hidroelétrica de Itaipu.

1970- Surge a medicina de grupo, que substituiu os serviços prestados pelo INSS, onde as empresas firmavam contratos com grupos médicos.

1974- Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Aprova-se a Lei 6050 (24/05/1974) que versava sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento público.

Criação do Pronto Ação (PPA) que abre as portas dos hospitais contratados para atendimento universal de urgência.

Diminuição dos investimentos em saúde pública, piora das condições de vida.

1975 Difusão da Medicina Comunitária e Atenção Primária à saúde com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de saúde (OPAS).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) surge com a intenção de solucionar os problemas que o INPS sofria tal como a incapacidade gerencial, a complexidade do sistema previdenciário e as fraudes dos hospitais privados.

O INPS foi desdobrado em três institutos:

1. IAPAS- Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social que administrava e recolhia recursos. Função: arrecadar, fiscalizar, cobrar as contribuições previdenciárias

2. INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social destinado a administrar o sistema de saúde previdenciária. Função : prestar atenção médica

3. INPS- Instituto Nacional de Previdência Social que tinha as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais. A reestruturação da previdência social coube ao SIMPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), que tinha como principal finalidade a manutenção de benefícios e serviços, concessão de benefícios, administração financeira e patrimonial. (COHN & ELIAS, 2001).

Dessa forma, entre os anos 1950 e fins dos anos 1980, a assistência odontológica pública no Brasil se caracterizou pelo atendimento predominante a escolares (SISTEMA INCREMENTAL) e as outras faixas etárias se beneficiavam de várias instituições, conveniadas com o sistema previdenciário (INAMPS) as Secretarias estaduais de Saúde e entidades filantrópicas. (ZANETTI, 1993; NARVAI, 1994; ZANETTI et al 1996).

1978- Criação da CEBES-Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e os primeiros encontros de Secretários Municipais de Saúde, responsável pelo surgimento do SUS, com participação dos departamentos de Medicina Preventiva. Tendo como proposta modelos alternativos de atenção básica, com a intenção de organizar projetos pilotos que constituíram a Reforma Sanitária. (movimento sanitário).

Enfim, havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo. Ocorre que os anos anteriores de absoluta anuência do governo com o capital privado criou-se uma rede de influências que não era fácil de quebrar. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais ainda defendiam com unhas e dentes o modelo que tantos lucros lhe geravam (OLIVEIRA & SOUZA, 1998).

A situação vivida pelo sistema previdenciário neste período é de extrema gravidade financeira, que é acarretada pelo alto custo das ações e da tecnologia médica, investimentos maciços no setor privado, além das fraudes dos serviços contratados e conveniados, desvio de verbas do setor para grandes obras, modelo baseado no atendimento hospitalar curativo e individual, aumento da massa de assalariados com diminuição dos salários e dos gastos com a diminuição da receita. A

partir do início da década de 80, este sistema começa a mostrar sinais de esgotamento. Com a abertura política vão se estruturando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos. Nasce o movimento sanitário que tem uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro, trazendo desta forma a reforma sanitária.

REFORMA SANITÁRIA (1981-1990)

A necessidade de um movimento transformista do sistema de saúde emergia sob a insistência de profissionais de saúde e intelectuais sob o forte apoio de lideranças políticas sindicais, lideranças populares, o que acaba se concretizando e se firmando através do I Simpósio Nacional de Estudos Brasileiros de Saúde, representado pela CEBES, que se discutia e apresentava publicamente um novo modelo para o sistema de saúde no Brasil, com características de racionalidade, de natureza pública universal e descentralizado (RONCALLI, 2000).

Em relação à saúde bucal, o INAMPS em 1985 aumentou gradativamente os repasses financeiros para órgãos públicos, priorizando a atenção odontológica escolar, na tentativa de equilibrar os gastos entre prestadores públicos e privados.

O próximo período é o que vivemos no momento com a regulamentação e implantação do Sistema Único de Saúde, regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde 8080, de 1990, que tem sido construído até os dias de hoje como um modelo de atenção à saúde que visa à qualidade de vida e sua sustentabilidade.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O processo de implantação do Sistema único de Saúde – SUS desde sua formalização, através da Constituição Federal de 1988 e da aprovação da Lei Orgânica de Saúde, nº8080, setembro 1990, tem registrado significantes avanços, estabelecendo mecanismos para assegurar a continuidade das conquistas sociais, inspiradas pela Reforma Sanitária. Práticas tão almejadas pelos inúmeros Brasis, em busca da efetividade. A heterogeneidade de nosso povo de norte a sul, obriga um olhar mais criterioso onde as políticas de saúde devem buscar a hegemonia de ações de modo a melhorar a qualidade de vida desses cidadãos.

O Movimento pela reforma Sanitária foi uma conquista de profissionais da saúde que criticavam o modelo vigente com base em estudos feitos, de modo a propor alternativas para a sua reestruturação e invocando a participação de lideranças políticas, sindicais e populares.

O Sistema Único de Saúde constitui um modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal.

O processo de transformação setorial está baseado na descentralização executiva, na integração, no controle social e na participação da população e outros setores nas ações de saúde. (MENDEZ, E, 1994).

A Lei Orgânica de Saúde regula em todo território Nacional, as Ações que agregam todos os serviços estatais, executados isolados ou conjuntamente em caráter permanente ou eventual, por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado.

Em seu art.2º, a lei estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado oferecer as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, e define o SUS como:

A Nova Constituição de 1988 e a criação do SUS, estabeleceram que todo cidadão brasileiro tem direito às ações de saúde sem qualquer discriminação, cabendo ao governo a responsabilidade de prover este direito a todos.

ART. 196 CONSTITUIÇÃO FEDERAL:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (1988).

ART 198 CONSTITUIÇÃO FEDERAL:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art 195, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.(1988).

O SUS E O CONCEITO DE SAÚDE - Lei 8080

Art. 3º

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Parágrafo único “. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social”.

Com a eleição de Fernando Collor de Melo para a presidência da República, surge um projeto conservador neoliberal, que provoca um atraso na regulamentação dos artigos da Constituição, principalmente ao que se refere à saúde. Segundo Merhy,(1997) a Lei da Saúde 8080, é profundamente mutilada pelos vetos presidenciais, particularmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social “

RONCALLI (2000) argumenta que:

“O sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, com eixo norteador, os princípios doutrinários”

3.1 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

Universalidade é o princípio que garante as ações e serviços de saúde a todo e qualquer cidadão brasileiro, além de garantir o direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde àqueles contratados pelo poder público. O conceito de universalidade abre uma discussão sobre o direito à saúde, de modo a ampliar o seu significado incorporando o direito à assistência como uma expressão do exercício da cidadania plena.

Segundo PAIM (1987)

“A idéia do direito à saúde [é resgatada] como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica. (...) O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e a manutenção do estado

de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc”.

A construção do conceito de Universalidade para o SUS deve ser considerado como um grande desafio, pois a migração da população das camadas médias aos serviços públicos de saúde implica um aumento da demanda que exige uma reestruturação na provisão dos recursos para que haja uma qualificação no atendimento, que pressupõe a sustentabilidade da lógica do Bem Estar

EQÜIDADE é um princípio que garante a igualdade de todo cidadão perante o SUS de ser atendido conforme suas necessidades e de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Os cidadãos serão atendidos conforme suas necessidades até o limite que o sistema puder oferecer a todos (MS, 1990).

Eqüidade é um princípio de justiça social. As injustiças sociais refletem a existência de estratificação da sociedade, que se caracteriza pelo fato de os indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais (WRIGHT, 1989 citado por TRAVASSOS, (1997). Tal estratificação tem como base relações sociais que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos. (TRAVASSOS, 1997).

A desigualdade no consumo de serviços de saúde se torna o maior determinante para se discutir e avaliar as questões que impedem que se construa um sistema de saúde socialmente mais justo. Assim, é necessário que se busquem estratégias, as quais devem gerar ações para superar o desafio no que se diz respeito ao gerenciamento do setor de saúde, comprometida com a busca da eficiência e com a equidade e com o compromisso social.

A iniquidade diferente de equidade se caracteriza pela diferença de velocidade com que o progresso atinge as pessoas, ou seja, avaliada indiretamente pela área geográfica em que o cidadão reside. A definição ou enquadramento deste indivíduo em territórios homogêneos, pode se observar os determinantes e suas conseqüências ao bem estar. A promoção da eqüidade é feita pela redução dos efeitos nocivos à salubridade e pelo reforço dos fatores positivos. (OMS, Carta de Ottawa 1988).

Diante desses argumentos é importante que se entenda que a estratificação da sociedade nos obriga a distinguir equidade em saúde de equidade no consumo de serviços de saúde.

TRAVASSOS, (1997) argumenta que os determinantes no adoecer e morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. A relativa efetividade das ações de saúde não são suficientes para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer.“

Justifica-se, portanto, que as desigualdades no adoecer e morrer refletem uma realidade que desenha uma reprodução da complexidade da estrutura social dos diferentes grupos sociais, que resultam numa demanda diferenciada aos serviços de saúde, que deve ser considerada de modo a se buscar construir um sistema mais equânime.

CUNHA & CUNHA (1998) faz uma colocação que diz que equidade significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocando recursos onde as necessidades são maiores.

A aplicação do princípio de equidade está diretamente atrelada aos recursos disponíveis e claramente comprometida com os limites políticos de decisão sobre a aplicação destes recursos, focalizando os grupos sociais mais carentes.

Não há dúvida que diante desses conceitos nos vemos diante de uma dificuldade de se estabelecer mecanismos para garantir os princípios da verdadeira universalidade, sinônimo de cidadania. As dificuldades de se estabelecer uma política de alocação de recursos para se contemplar com efetividade a complexidade dos indivíduos inseridos em realidades sociais diferentes, requer que se estabeleça uma política social definida ética e moralmente. Os mecanismos técnicos devem cumprir com eficiência a implementação do modelo assistencial, que justifique o princípio de justiça social coerente e não excludente, combatendo assim a marginalidade social.

INTEGRALIDADE é o princípio que reconhece na prática dos serviços de saúde que cada indivíduo, ou que cada cidadão é integrante de uma comunidade,

por isso deve ser atendido por um sistema de saúde integral, que garanta a promoção, proteção e recuperação à sua saúde. (BRASIL, 1990).

Toda pessoa é um todo indivisível;

As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas,

As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

“O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990).

Portanto, a concepção do homem como um ser integral exige fundamentalmente a apresentação de um novo paradigma de assistência que vê o ser humano como um organismo vivo que interage com o meio ambiente, o que contrapõe a prática mecanicista baseada nos princípios curativos e tecnicistas (flexneriano).

Paradigma Flexneriano surgiu do relatório FLEXNER (1910) o qual se tornou hegemônico no ensino e na prática médica. Seus elementos estruturais são o mecanismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos (MENDES, 1984).

A reorganização dos serviços se torna indispensável onde a exigência de equipes multiprofissionais sejam capacitadas e centradas no processo de reabilitar o indivíduo, resgatando assim a qualidade de vida desses cidadãos.

3.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SUS

HIERARQUIZAÇÃO

A complexidade da organização dos serviços de saúde e da capacidade de resolutividade em busca da recuperação do cidadão, exige que se estabeleça princípios que norteiem os profissionais de modo que todos atores envolvidos nesta estrutura estejam comprometidos, e a capacidade dos serviços esteja organizada de acordo com o seu grau de complexidade.

“os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem com o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolutividade.”(BRASIL,1990)

“O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.”(BRASIL, 1990). Ao pensar em complexidades, pensamos em uma rotina que se apresenta no cotidiano das estruturas organizacionais com as mais diferentes demandas. A população que busca o serviço de saúde apresenta necessidades que claramente se caracterizam pela procura por uma busca ativa de intervenção no seu estado sócio-vital. Não há dúvida que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante qualificação da vida, sendo assim, a porta de entrada do sistema que recebe, reconhece e interage com as demandas da população consiste na Unidade Básica de Saúde.

O princípio de hierarquização tem sua lógica centrada no referido sistema de atenção básica de saúde, que é citado por vários pesquisadores como sendo a rede básica responsável pela resolução de 80% dos problemas a ela demandados, sendo o restante referido ao sistema de atenção secundária e terciária (CAMPOS, 1997; BOTAZZO, 1999).

O aspecto mais importante para se promover saúde diz respeito a organização dos serviços de saúde, que constituem a base da configuração geral da estrutura que vai definir a complexidade das necessidades demonstradas pelo usuário que busca um serviço assistencial. Essa busca se caracteriza como demanda, ou seja uma busca ativa por intervenção,

Esse usuário que se sente doente ou em sofrimento, busca a unidade básica de saúde como referência para se apoiar, onde possa ser compreendido e satisfeito na sua demanda.

Para tal, a clientela deve ser reconhecida pela instituição, a quem relatará suas demandas e as condições de vida das quais emergem suas necessidades.

Os profissionais necessitam procurar condições técnicas ,reconhecer as demandas,estruturando o trabalho com base em uma permanente atualização dos conhecimentos que estratificam seus pacientes como clientela institucionalizada,qualificando seus usuários de sua assistência.

Desta forma o objetivo maior será o de alcançar uma melhor e mais precisa conceituação acerca de qualidade assistencial e capacidade resolutive dos serviços e desse trabalhador coletivo da unidade básica de saúde,que é a porta de entrada ,ou o primeiro contato que é feito pelo usuário para manifestar suas necessidades.

De acordo com o grau de complexidade apresentado pelo usuário a organização dos serviços deverão estar hierarquicamente distribuídos de forma a buscar a satisfação do usuário.

NARVAI (1992), Classifica as unidades do SUS segundo a complexidade de atenção em:

ATENÇÃO PRIMÁRIA ações básicas nos campos da promoção, prevenção e assistência individual e a prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade. Diz-se que as Unidades que realizam atenção primária são a porta de entrada do SUS.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA conjunto de ações de grau razoável de diferenciação tecnológica quanto a recursos humanos (mais especializados) e dos equipamentos (mais avançados).

ATENÇÃO TERCIÁRIA produção de serviços de alta complexidade, por especialistas em diferentes áreas e que, em geral, requerem internação.

O mesmo autor se refere a um quarto nível de atenção que estabelece mecanismos de referência e contra-referência, que são chamados de centros de excelência, onde o usuário é encaminhado de uma unidade de saúde para outra de maior complexidade, retornando após o atendimento à unidade de origem.

Outro principio norteador de operacionalização é o da regionalização que está de acordo com o parágrafo 2º do Artigo 10 da Lei 8080 que define a organização dos distritos sanitários a nível municipal.

REGIONALIZAÇÃO segundo NARVAI (1992), citado por RONCALLI (2000)

“Os serviços de saúde devem estar distribuídos em uma área geográfica delimitada e com uma população definida. Segundo as características de cada local, este poderá ser dividido em Distritos Sanitários ou SILOS (Sistemas Locais de Saúde), embora os distritos não devam ser compreendidos apenas em sua dimensão territorial e sim como uma área de mudanças nas práticas de saúde sendo portanto revestidos de um caráter político, ideológico e técnico”.

Os distritos não se conceituam apenas através de simples divisões territoriais de atuação, mas sim como uma ferramenta onde atores de vários atores sociais se mesclam para construir juntos sob um ponto de vista ideológico uma transformação do sistema de saúde inaugurando desta forma uma mudança cultural, além de exibir conhecimentos e tecnologias e articulação de recursos, que se moldem ou se apoiem nas necessidades do território proporcionando uma atenção de boa qualidade prática.

A descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil tem assumido configurações distintas, seja pela via da municipalização, ou seja pela via da distritalização.

“A distritalização representa um processo político-organizativo de reorientação do sistema de saúde, com ênfase no nível local, capaz de facilitar a implantação e o desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos como base para a construção do SUS (PAIM,1996).

A reorientação do sistema de saúde se fortalece através de um modelo orientado epidemiologicamente, com a organização da oferta dos serviços de acordo com a realidade apresentada com ações programáticas e vigilância à saúde.

Na história da Saúde no Brasil a primeira experiência de distritalização ocorreu na Bahia em 1987, implantados pela Secretaria Municipal do estado, com mudança de modelo assistencial, sem transferência efetiva de gestão. (TEIXEIRA et al 1993).

Nas décadas de 60 e 70, algumas iniciativas da sociedade (igreja, universidades, associações comunitárias) e Ministério da Saúde apontavam para a possibilidade de ser formulada uma política específica de descentralização dos serviços e ações de saúde para o Brasil. (Paim, 1996).

DESCENTRALIZAÇÃO outro princípio organizativo do SUS que consiste na redistribuição das responsabilidades quanto as ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de saúde entre os vários níveis de governo (BRASIL,1990; CORDEIRO,2001).

Descentralização implica o deslocamento do poder, da gestão, das atribuições e das decisões para os níveis mais periféricos do sistema ou da organização (TEIXEIRA, 1991).

Não há dúvida que a compreensão da descentralização estabelece um caminho para a redefinição das práticas de saúde em função do perfil epidemiológico da população de cada território e das suas necessidades de cada comunidade de modo a constituir um caminho mais eficaz para um processo de democratização e Reforma do Estado.

CONTROLE SOCIAL

Consiste em um dos mais importantes pilares da diretriz do SUS, onde os cidadãos se mobilizam, se organizam e se envolvem nos processos decisórios no processo de reforma sanitária e fomentam os direitos de cidadania.

A condição mais importante para que se conquiste o conceito amplo de direito à saúde como conquista social, implica o exercício do controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. A participação da população na organização, controle de serviços, ações de saúde, direito à liberdade e acesso universal e igualitário aos serviços em todos os níveis permitem que esta população ocupe um espaço nos aparelhos do Estado. Os conflitos gerados pela sociedade civil, através de lutas democráticas projetam um novo traçado de modelos e propostas que sensibilizam as autoridades públicas a reformularem suas práticas, fortalecendo a participação popular e possibilitando a partilha do poder no sentido de coletividade e solidariedade.

O controle social inserido como princípio das políticas públicas brasileira foi sem dúvida, uma conquista nítida no processo de redemocratização brasileira, no entanto, a participação popular foi um dos princípios constitucionais mais combatidos após a aprovação da Carta Magna, uma vez que os artigos da Lei 8080 (art11 e 42)

foram vetados pela Presidência da República. A lei 8142 de Dezembro de 1990, resgata os artigos que regulamentam o controle social, estabelecendo (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS), que trata a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I- Conferência de Saúde; e

II Conselho de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, estabelecidos em nível federal, estadual e municipal, com participação paritária de usuários, se tornaram instâncias de participação popular de caráter deliberativo sobre os rumos das políticas de saúde nas três esferas de governo. Os Conselhos não são a única forma de controle das ações do SUS, existindo ainda as Comissões Intergestores, os Tribunais de Contas e o próprio Ministério Público. Contudo, sua grande peculiaridade é a sua formação mista, em que há a presença do Estado e da Sociedade, com ampla participação da comunidade na decisão dos rumos da política de saúde em nível local. (RAMOS, 1996).

A introdução do controle social, principalmente através dos Conselhos foi muito debatida por profissionais da saúde coletiva, com um certo grau de descrença na capacidade da população brasileira estar preparada politicamente a exercer uma consciência política que refletisse uma mudança no cenário das decisões políticas as quais eles seriam os protagonistas de sua representatividade social.

Por outro lado, pode se constatar que em vários municípios e em diferentes conjunturas tem apresentado uma participação efetiva nos momentos decisórios em prol da coletividade. Se por outro lado, podemos encontrar um entrave em algumas participações ou um descompasso da organização da sociedade civil, não há dúvida que este passo histórico ressaltando o controle social tem um aspecto muito importante na luta por uma sociedade mais justa, onde os atores sociais até então excluídos possam ser ouvidos na sua fala de modo a alimentar esforços e avanços na redemocratização do Brasil e no exercício dos direitos de cidadania.

Ainda existem algumas deficiências na participação dos usuários no controle do sistema de saúde ao que se refere à gestão, principalmente nas cidades que não estão sob o controle municipal, limitando desta forma uma mobilização mais efetiva da população.

A participação e a representatividade da comunidade na gestão das políticas públicas vem crescendo em vários espaços públicos com a articulação do governo e sociedade em algumas cidades. Através de seus conselhos e atuando como mecanismo institucionalizado, organizados numa composição paritária onde 50% corresponde a usuários dos serviços de saúde e 50% distribuídos entre gestores e, prestadores de serviços e os trabalhadores de saúde.

“Orçamento participativo, plebiscito e iniciativa popular são alguns dos mecanismos encontrados para efetiva prática desse espírito constitucional (VALLA et STATZ, 1993, CORREA 2000).

TERRERI (1990) citado por RONCALLI (2001)

“Os municípios brasileiros possuem características próprias, que não podem ser percebidas e vistas particularmente quando o poder decisão é tomado a partir da esfera central. Com a descentralização político-administrativa do setor saúde nos municípios, há de se ver que não faz mais sentido a implantação de programas homogêneos (pretensamente adequados para qualquer situação) e verticalizados, ditados de cima para baixo pelo nível central”.

Torna-se importante fazermos uma distinção entre descentralização e distritalização para que possamos entender melhor o desenho que delinea o controle social.

Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil tem assumido diferentes configurações, seja pela via da municipalização, seja pela via da distritalização.

A municipalização da saúde implica a desconcentração de serviços e descentralização da gestão.

A distritalização representa um processo político-organizativo de reorientação do sistema de saúde, com ênfase no nível local, capaz de facilitar a implantação e o desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos como base para a construção do SUS (PAIM, 1996).

Mendes faz uma referência para que se conceitue descentralização de modo menos equivocado que possam induzir alguns erros de interpretação:

Erro de sinonímia, quando se utilizam os termos de desconcentração e descentralização como intercambiáveis; erro tipológico, resultado do manejo de diferentes modalidades de descentralização; erro político, ao se estabelecer uma relação mecânica entre descentralização e democracia; erro de lógica processual, porque se atribui um caráter unívoco ao processo de descentralização e se desconhece seu caráter dialético; erro de omissão da vertente econômica da descentralização, enfatizando sua vertente jurídica; (..) erro de apresentar descentralização e centralização como dicotômico”.

O Brasil apresenta um desenho de nítidas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões o que dificulta a viabilização das políticas públicas sob o conceito da descentralização tão desejada. A questão dos milhares de municípios apresentam altíssimos diferenciais quanto ao tamanho, população e desigualdades socioeconômicas, implicando dificuldades na forma de arrecadação, e sustentação ao processo de descentralização com ênfase no SUS. Por esta razão e de modo que uma determinada sociedade possa conviver entre si num determinado momento histórico, onde se manifesta uma determinada circunstância histórica e política onde a descentralização e a centralização se mesclam, a tradução destes conceitos tornam-se importantíssimos.

RONDINELLI e al() delineiam muito bem o que ocorre nos serviços de saúde no Brasil, estabelecendo quatro tipos de descentralização:

Desconcentração consiste em delegar responsabilidades em níveis hierarquicamente inferiores sem, contudo, delegar poder, pode ser considerada como descentralização administrativa. Tem a vantagem de manter a integridade vertical mas, ao não transferir poder, dificulta a responsabilização local e, em consequência, a intersetorialidade e a participação. Apesar de ser a forma menos efetiva, é a modalidade de descentralização mais utilizada, estando entre os seus exemplos a criação de unidades regionais de determinados ministérios ou secretarias”.

Devolução, que pode ser também chamada de descentralização política, é feita pela transferência de poder decisório e, portanto, político, de uma instituição governamental para outra de menor nível hierárquico. Contrariamente à anterior,

dificulta a integração vertical, mas aumenta a responsabilidade e a participação, exemplos de devolução são os processos de estadualização e municipalização de algumas políticas ou funções dos governos federais.

Delegação é estabelecida uma relação entre Estado e sociedade civil e, neste caso a transferência de responsabilidades se dá entre Estado e organizações não-governamentais que continuam com regulação e financiamento estatais. É o que se chama atualmente de publicização, ou seja, uma entidade não-estatal de caráter público exercendo funções antes restritas ao Estado. Trata-se de uma desestatização, mas não propriamente uma privatização e o exemplo mais presente são as Organizações Sociais.

Privatização consiste na transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Trata-se, literalmente, da venda do patrimônio público. Em escala mundial e também com exemplos no Brasil, as maiores iniciativas de privatização ocorrem na área de siderurgia, transportes aéreos, telecomunicações e outros. (MENDES, 1998).

De acordo com as realidades e os conflitos apontados até o momento desse trabalho quanto à lógica organizativa e doutrinária do SUS é importante citarmos um detalhamento dos preceitos constitucionais e a Regulamentação pela Lei Orgânica objetivando uma melhor compreensão da forma de operacionalização do sistema, fornecendo instruções para a implementação do SUS, operacionalizando as Leis 8080/90 e 8074/90, fazendo desta forma o convênio entre a União, estados e municípios (MENDES, 1998).

“O ministério da Saúde define através de portarias os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios” (LEVCOVITZ et al, 2001).

Através do Ministério da Saúde se edita a primeira Norma Operacional Básica

3.3 Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS)

NOB 01/91 editada ainda pela presidência do INAMPS, em 1991, e estabelecia critérios de repasse de verbas, através de sistemas de remuneração por

produção dos serviços realizados nas unidades públicas e privadas, contratadas e conveniadas, sob gestão das esferas locais.

Esta norma foi muito criticada e considerada como uma venda de serviços públicos, indo contra a política de descentralização e impedindo que se avançasse na proposta da Lei Orgânica que se baseia em critérios epidemiológicos e populacionais.

NOB 01/93 editada em 1993, através da portaria 545 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites criando assim um fórum de negociação permanente entre as instâncias federativas. Impulsionou a municipalização dos serviços de saúde, mediante a instituição das três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena que expressavam, por si mesmos graus crescentes de devolução (da união para os municípios).

A opção pela gestão semiplena deu aos municípios maior autonomia na utilização dos recursos.

NOB 01/96 editada em 1996 através de uma longa discussão dos atores sociais, com a finalidade principal de promover e consolidar o pleno exercício, pelo poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a redefinição das responsabilidades dos Estados e União. Esta norma confere é desenhada de modo a permitir a configuração de duas modalidades de gestão municipal, a plena da atenção básica e a plena do sistema. Esta norma operacional viabilizava a possibilidade de repasse fundo a fundo, ou seja, direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, como também uma forma de pagamento com base populacional (Piso Assistencial Básico-PAB). O valor fixado per capita/ano era em torno de 10 Reais.

Apesar dos incentivos para a saúde da família, esta norma é muito criticada por vários pesquisadores da saúde definindo-a como mal formulada sob o ponto de vista da técnica legislativa, acolhedora de interesses corporativos e complexa. (MENDES, 1998).

O Piso Ambulatorial Básico (PAB) é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade tipicamente municipal, tais como, vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial. O valor das transferências é calculado pela multiplicação da população do município por um valor per capita nacional. O PAB é transferido

diretamente de forma regular e automática, ao município habilitado. O município quando não habilitado, o PAB é transferido para o estado (COSTA, 2001).

BUENO & MERHY (1997) fazem críticas ao processo de municipalização Citados por RONCALLI (2001)

Primeiro, ao admitir duas tipologias de gestão-gestão plena do sistema e gestão plena da atenção básica cria dois subsistemas de saúde, retrocedendo no princípio do sistema único, e o que é pior, se submete ao projeto de cunho neoliberal proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (...). Tal integralidade dá atenção criando uma “cesta básica”, financiada com recursos do Piso Assistencial Básico (PAB), Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde PACS para os cidadãos mínimos e dá liberdade para o setor privado crescer na ausência do público, como prestador de assistência hospitalar e especializada”.

Apontam estes autores a possibilidade dos procedimentos de serviços de saúde de maior complexidade tecnológica contratados induzirem maior lucratividade, o que significa reforçar o projeto neoliberal de Reforma do Estado atual de governo.

Para o enquadramento do município ao plano de Gestão Plena da Atenção Básica, o município deve satisfazer essa condição de gestão, deve comprovar as seguintes exigências formais:

1. funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
2. operação do Fundo Municipal de Saúde;
3. existência do Plano Municipal de Saúde, capacidade administrativa para contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão: comprometimento orçamentário com as contrapartidas previstas em lei;
4. capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Houve um aumento significativo de adesões a esse modelo de gestão, tendo em vista a mudança nos critérios de distribuição, ou seja, a distribuição per capita alterou a lógica de distribuição territorial vigente de financiamento de internação hospitalar e assistência ambulatorial que disponibilizava pela capacidade de oferta.

Os gestores de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul vetaram a proposta, devido ao favorecimento dos estados do Norte e Nordeste, prejudicando o processo de descentralização ao longo do ano de 1997(MS, 1997).

3.4 NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)

NOAS/01/2001 é um conjunto de estratégias para atualizar regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados, promovendo a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia do acesso aos serviços de atenção básica, da regionalização e a organização funcional do sistema. (BRASIL, 2001).

NOAS 01/2001 institui o PDR (Plano Diretor de Regionalização – o objetivo deste plano seria organizar sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção sob coordenação dos estados, não sendo somente nos limites municipais, ampliando desta forma o processo de descentralização.

GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA (GPABA) refere-se ao financiamento dos procedimentos de atenção básica ampliada, instituído-se o PAB Ampliado. (BRASIL, 2001).

NOAS 01/2002 – amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2002)

3.5 Financiamento do SUS

Para completarmos o entendimento do que já nos foi apresentado até agora neste trabalho, seria importante fazermos algumas considerações a respeito das formas do financiamento do SUS e os conflitos enfrentados pelo processo nacional de reforma sanitária.

O Brasil vive uma realidade não diferente de outros países da América Latina, destacando-se pela pobreza e a profunda desigualdade social.

Os organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial, propõem medidas racionalizadoras no setor saúde, com tendência a limitar a assistência aos grupos vulneráveis mantidos pelo estado, e a assistência secundária e hospitalar

gerida pelo mercado. Essas exigências ou propostas ferem totalmente as características de se praticar a universalidade e a integralidade, um esforço que o SUS tem feito para conquistar um princípio, resgatado pela determinação da constituição, que saúde é um direito de todos.

Os recursos para o financiamento do SUS originam-se das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. Os recursos federais provêm do orçamento da Seguridade Social, a qual financia a Previdência Social e a Assistência Social. A crise da saúde no Brasil nos últimos anos tem sido caracterizada como uma crise de financiamento. Em 1997 correspondia a 80% do gasto público. Estabeleceu-se nesta época o CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira).

Inicialmente, esta contribuição era estabelecida em 20% sobre as movimentações financeiras, teria um prazo de duração de 13 meses e os recursos eram transferidos diretamente para o Fundo Nacional da Saúde (FNS), sendo que em 1997 esse repasse foi de R\$ 6,9 BILHÕES.

Este recurso constituiu uma perspectiva tributária, que se torna significativa, tendo em vista, um país de desigualdades tão marcantes e que talvez seja uma garantia de redistribuição de recursos, desde que esses recursos sejam usados corretamente e fiscalizados os órgãos das ações

EC 29/00

Estabelece a participação orçamentária mínima obrigatória da União, Estados e Município e Distrito Federal para o financiamento de saúde.

Esta emenda permitirá uma previsibilidade de recursos sanitários. Possibilitando aos administradores sanitários planejar gastos com recursos humanos, investimentos e programas, pois não estarão sujeitos a variações de orçamento.

4 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

As práticas do SUS vêm crescendo em vários estados brasileiros e municípios que sofrem grandes dificuldades, onde o grande desafio é a inversão do modelo de saúde assistencial vigente.

O Ministério da Saúde adota o Programa da Saúde da Família (PSF) em 1997, que é eleito como estratégia, de modo a aprofundar os compromissos e co-responsabilidade entre as autoridades sanitárias, as instituições, os profissionais de saúde, a população e outros setores, buscando o atendimento integral das necessidades do cidadão. O programa de Saúde da Família valoriza sobretudo uma discussão sanitária brasileira, que reconhece a necessidade de intervir no processo saúde doença, através de seus determinantes, com um enfoque à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, tendo como princípio norteador a qualificação do ser humano, evitando o sofrimento e reintegrando-o no processo produtivo.

Na verdade o PSF (programa da Saúde da Família) surge de forma a complementar ou fortalecer o PACS (Programa de Agentes Comunitários). O PACS foi identificado como um conjunto de intervenções de amplo alcance e de caráter emergencial e prático. No período de 1987 a 1990, pode se observar o grande desempenho dos agentes de saúde do Ceará, onde este programa foi implantado pelo governo estadual, onde melhorou a cobertura vacinal das crianças, o atendimento às gestantes; além de reduzir a mortalidade infantil.

O PACS tinha como objetivo, através dos Agentes Comunitários de Saúde, transmitir informações e conhecimentos à população, de modo a torná-los auto-suficientes para cuidarem de sua saúde.

“...A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade” (BRASIL, 2000).

4.1 PRINCÍPIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Desta forma, o Programa Saúde da Família incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde que são: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

O novo sistema tem como base operacional a Unidade de Saúde da Família que tem os seguintes princípios:

“Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: a Unidade da Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básicas. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4500 pessoas.

Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um Médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas”.

Para entender o desenho do Programa da Saúde da Família se faz necessário que possamos definir sua configuração que institui o paradigma da Produção Social da Saúde, onde não existe a intenção de se “fazer” medicina pobre para pobres ou termos aquela visão da figura do médico de família que visitava as casas, tão lembrado por nossos avós. É importante que se diga que a atuação do médico de família no Brasil adquire uma nova postura, onde ele atua com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar reunindo esforços para assegurar qualidade, integralidade e efetividade ao primeiro nível de atenção (primária), O SUS

do ponto de vista ideológico e operacional, busca reformar o aparelho do estado, na sua relação com a sociedade, na instauração do Estado dos Direitos Sociais.

Vale a pena rever alguns conceitos que se modificaram sob o aspecto das ciências sociais a respeito da família.

A importância em se priorizar a família na agenda da política social nos obriga a ter outros olhos, de como esta família hoje está inserida no contexto social.

A FAMÍLIA hoje não tem mais os moldes dos primórdios da comunidade humana. A família passou por grandes transformações com o moderno capitalismo, tendo várias causas desde a urbanização, a emancipação feminista, entre outros fatores. A família hoje se acha fragmentada, onde a cultura patriarcal se dissolveu, dando vez de forma crescente aos lares chefiados por mulheres. A família não se restringe mais aos laços consangüíneos, mas também aos laços afetivos .(Sigel,1990)

No Brasil podemos ter uma idéia de família num modelo mais centrado na afetividade relacional da família, ou na afetividade do grupo familiar, que se interagem. A família atual não tem regras nem lugares identificados.

Segundo o IBGE a família é definida da seguinte maneira:

Família é um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência residentes na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência, e os empregados domésticos, os agregados da família e por normas de convivência, as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estar ligados por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram-se como famílias conviventes as constituídas de, no mínimo duas pessoas cada uma que residam na mesma unidade familiar”.

De fato, a família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos.Independentemente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais.” (CARVALHO, 1998).

O programa da Saúde da Família é visto como estratégia, que visa reformar o modelo biomédico em relação profissional/paciente ou equipes de saúde /famílias usuárias dos serviços. O PSF reformula os excessos do modelo biomédico, com sua ênfase no individualismo, tecnicismo e especialismo.

4.3 ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à família desde tempos remotos se caracterizava pelo atendimento artesanal de médicos que atendiam nos domicílios e a família participava diretamente no processo de cura de seus doentes. Cabe-nos aqui conceituarmos o que distingue esse tipo de atendimento em tempos atrás no que se propõe à Prática em Saúde da Família.

Segundo citação de Goulart, (2003) de acordo com a OMS referindo-se à Conferência de Alma –Ata em 1978, conceitua Atenção à Saúde como:

Atenção à Saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada espírito de auto-confiança e auto-determinação. Representa parte integrante do sistema sanitário do País, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WHO, 1978).

A OMS mais recentemente, na Carta de Liubliana, define a Atenção Primária de Saúde como o sistema de saúde que deve ter como norteador os aspectos que conferem os valores da dignidade humana, equidade, solidariedade, ética, promoção de saúde, participação, qualidade e sustentabilidade. Tais aspectos estão em consonância com o que aquela entidade define contemporaneamente como saúde, ou seja, "o grau em que uma pessoa ou grupo é capaz de realizar suas aspirações e de satisfazer suas necessidades e de enfrentar adequadamente seu ambiente," o que resulta que a mesma (saúde) deve ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana, e não um objetivo da vida; um "conceito positivo" que engloba tanto os recursos materiais e sociais como capacidade física para alcançá-lo.

DEFINIÇÃO DO PSF

O Ministério da Saúde se refere ao Programa de Saúde da Família, definindo o como:

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

4.5 FINANCIAMENTO DO PSF

Não há dúvida que o momento que vivemos com a crise do Estado e a conjuntura da crise econômica, com o endividamento externo, baixo crescimento do PIB e queda da renda per capita, deflagrou a crise das políticas sociais.

A formulação das políticas de saúde recebem interferências do Banco Mundial, FMI, OPAS. Esses organismos internacionais, tal como o Banco Mundial atuam numa lógica de organizar o mundo capitalista, de modo que os países a ele subjugados, submetem-se à influência na formulação das políticas internas. O FMI atua de forma mais normativa ou agremiativo, com menor interação com o controle social.

O Banco Mundial visa a apoiar os esforços do Governo do Brasil para ampliar atenção de saúde primária nas zonas urbanas. O Governo Federal se apresenta como mutuário do Banco Mundial, tendo como coordenação do projeto o Ministério da Saúde. O financiamento de US\$56.6 milhões, foi aprovado em 14 de março de 2002, com fechamento em 31 de dezembro de 2005. O empréstimo do BIRD de margem fixa tem um período de tolerância de cinco anos e um prazo de 15 anos.

Segundo declarou Vinod Thomas, diretor do Banco Mundial, o projeto consiste em três fases de extensão de Saúde Familiar, que irá se concentrar na conversão para uma abordagem baseada nas famílias, ampliação do treinamento dos profissionais da área de atenção à saúde, e institucionalização de sistemas de avaliação e de monitoramento que ajudem a identificar os pontos fortes e corrigir as debilidades” (FAMILY HEALTH EXTENSION PROJECT-BR 7105).

As políticas sociais se articulam sob grande influência do fortalecimento do capitalismo, trazendo desafios sociais de alta complexidade, gerando a formação do proletariado, a urbanização a ruptura das economias de subsistência, que enfraquecem as provisões da sociedade acarretando insegurança e a pobreza.

Não se pode negar que a complexidade dos contrastes da sociedade brasileira se configuram em problemas crônicos que são refletidos no setor social, econômico, político e cultural nos últimos quinze anos, resultantes do crescimento econômico e social, o qual definimos atualmente como globalização.

A proposta da reforma do Estado está em consonância com o processo de globalização da economia que pode ser considerado como um novo ciclo de acumulação capitalista.

O privilégio do capital financeiro em detrimento do produtivo introduz uma nova correlação de forças dentro das relações capital – trabalho, conferindo um estrangulamento, exigência na contenção de gastos e conseqüente aumento do setor privado.

A concentração de riqueza, aliada à situação de crescente desemprego, afetou a política econômica de ajuste fiscal, passando a economia brasileira a ser monitorada por organismos financeiros internacionais.

Os organismos internacionais de fomento financeiro e cooperação técnica, como o Banco Mundial, têm recebido muitas críticas ao que se refere às influências impostas à formulação das políticas dos países que são financiados.

O Banco Mundial foi criado em 1944, no pós guerra, para colaborar com a reconstrução da Europa, transformando-se no principal financiador externo de saúde para os países em desenvolvimento.

Segundo BUSE (1994) “As ideologias prevalentes no BM, desde a década de 70, quando se iniciaram as atividades voltadas para o sistema de atenção à saúde dos países, têm variado da atenuação da pobreza, redistribuição e crescimento, necessidades humanas básicas, até o ajuste estrutural em anos mais recentes”.

Muitos criticam a atuação do BM no sentido de violar valores essenciais da humanidade, ao transformar as decisões sobre a vida e a morte em meras equações de custo –efetividade (LAURELL 1994, e ARELLANO, 1996).

No Brasil, o Banco Mundial na primeira fase de implantação do SUS, produziu um documento diagnóstico e analítico onde se debatia a necessidade de focalização do gasto público em saúde, colocação de fatores restritivos à clientela e de estímulo à oferta privada, descentralização, medidas fiscais de desvinculação de fontes e fortalecimento do papel do governo central em alguns programas de qualidade em saúde e informação. (GOULART, 2001)

De acordo com a literatura, podemos verificar a grande preocupação da saúde coletiva, apesar das várias críticas a proposta do PSF, como um momento histórico que permite um resgate da prática de uma saúde mais humanística, gerando vínculo e responsabilização, dinamizando o processo de trabalho e sobretudo, a longo prazo, adquirir um caráter mais abrangente.

Segundo AGUIAR (1998):

“As diferentes dimensões da proposta do PSF aparecem nas percepções dos autores que, por um lado argumentam favoravelmente no que concerne ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde referida pelos princípios do SUS, e por outro, apontam o risco de segmentação de clientela e da “focalização”, com retrocesso e limitação das políticas públicas em tempos de crise fiscal, onde, no plano macroeconômico e político, doméstico e internacional, as questões sociais têm sido vulnerabilizadas e atreladas à estabilidade econômica e ao controle do déficit público”.

Não há dúvida que o Programa Saúde da família está num processo constante de questionamentos e readaptação, tanto no aspecto operacional como nos processos de trabalho e, formação de recursos humanos e, sobretudo conferindo ao programa uma potencialidade sobre a humanização da atenção clínica.

4.6 RECURSOS HUMANOS

A questão dos recursos humanos encontra um conjunto expressivo de conflitos assim como:

As mudanças nas reformas do sistema de saúde exigem que se faça uma análise crítica com respeito aos aspectos relacionados à gerência de sistemas e serviços de saúde, e às questões relativas à formação e a disponibilidade do mercado de trabalho.

- A implantação dos novos modelos assistenciais, como o PSF do MS, representa uma grande expansão do mercado de trabalho para as categorias incluídas e um crescente desafio para a área de recursos humanos. O PSF, tem como seu principal objetivo a promoção da organização dos serviços de atenção básica nos municípios com equipes constituídas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e, mais recentemente, com a incorporação de odontólogos, atendentes e técnicos de higiene dental (portaria nº267 do MS março de 2001) e 4 a 6 agentes comunitários na equipe de saúde.

O ministério da Saúde prevê incentivos de curto prazo para sensibilização das equipes e atualização técnica e, de médio prazo, o estabelecimento de programas de educação permanente e especialização para a formação de multiplicadores e supervisores. Atualmente, estão formalizados 30 pólos de capacitação distribuídos em 27 unidades da federação. Os Pólos de Saúde da Família estão vinculados a universidades e articulam uma ou mais instituições voltadas para formação, capacitação e educação continuada de recursos humanos. Os programas são desenvolvidos por convênios estabelecidos com as SES e SMS, que tem como clientela alvo, o pessoal atuante em unidades de saúde da família. (DAL POZ, 2000).

O Ministério da Saúde firmou, nos primeiros dias de dezembro de 2003, com um grupo de 100 municípios a carta de compromisso para a liberação de recursos do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF). Esta carta é o instrumento de garantia de implementação das ações representadas nos projetos municipais pra a ampliação do Saúde da Família. Para viabilizar os projetos, o Ministério da Saúde aplicará, até o fim de 2004, o valor de R\$42,46 milhões.

O PROESF envolve um volume total de recursos da ordem de U\$ 550 milhões dos quais, metade vem de um financiamento do Banco Mundial e o restante é a contrapartida do Ministério da Saúde. Os investimentos serão feitos ao longo de sete anos e beneficiarão 230 municípios de todo o país com mais de 100 mil habitantes.

O PSF apresenta um crescimento expressivo desde a sua criação em 1994, e atinge, em 2003 o acompanhamento de cerca de 50 milhões de brasileiros em

80,1% dos municípios (4455 municípios Atualmente estão em funcionamento, 18815 equipes de saúde da Família, e nos próximos quatro anos, o Ministério da Saúde quer aumentar para 35 mil o número de equipes que levarão assistência básica a mais de 100 milhões de brasileiros (MS acesso saúde.gov.br em 30/01/2004).

O PSF apresenta embates expressivos no que se diz respeito aos recursos humanos, tendo em vista que a forma de contratação dos profissionais enfrentam a barreira do perfil profissional e sua formação acadêmica que se expressa na baixa capacidade do profissional se enquadrar ao processo de formação do programa, pois existe um baixo estímulo na formação de generalistas, em contraponto ao da formação especializada.

Evolução quantitativa do PSF e do PACS (1994-2001)

ANO	Nº MUNIC	Nº ESF	população coberta (x1.00)
1994	55	328	11
1995	150	724	2498
1996	228	847	2922
1997	567	1623	5.599
1998	1.134	3.083	10636
1999	1647	7254	14676
2000	2766	8604	29684
2001	3233	11285	38933

FONTE: NEGRI, 2001; MS, 2001

Visualizando rapidamente as informações acima e comparando com o discurso do ministério, podemos observar que a evolução do PSF não transcorreu como previsto ou pelas metas estabelecidas, que houve um atenuamento do discurso da aceleração de implementação que a meta atingiria 20 mil equipes em 2002.

Devemos salientar que o que se espera do PSF é sobretudo um programa que avance na política de recursos humanos, revendo a capacidade formadora desses recursos e a forma de contratação desses profissionais, pois ainda se encontram em muitos municípios diferentes formas de vínculos, assalariamento

direto e indireto e formas de carga horária contratual, exercendo uma força contrária as gerências, impedindo a implementação das reformas de saúde.

O PSF tem enfrentado algumas dificuldades em relação à fixação de profissionais em pequenos centros devido a discrepância de remuneração, permitindo que a desigualdade salarial motive esses profissionais a procurar os grandes centros.

Outro ponto a se discutir seria em relação à formação profissional, onde os currículos demonstram uma inadequação de conteúdo para o exercício, que envolva a pluralidade das necessidades do sistema. Ainda se perpetuam modelos tradicionais educacionais centrado na abordagem do indivíduo biológico, fragmentado, o que dificulta uma visão mais humanizada do processo saúde-doença. No entanto, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 sinaliza para a possibilidade de mudanças, pela introdução de alternativas de ordem organizacional, curricular e de autonomia no setor educacional” (BRASIL, 1996).

Para que se possa fazer uma avaliação mais crítica ou de entendimento dos rumos do PSF no Brasil, vale a pena conferir alguns modelos que foram implantados com base nas normas institucionais, mas que tiveram um desenho baseado em modelos assistenciais de outros países.

Alguns autores ligados ao Laboratório de Planejamento (LAPA), da Faculdade de Medicina da Unicamp, anunciam um projeto municipal de defesa da vida, que delineia um programa alternativo para o PSF. Algumas cidades aderiram a esse programa alternativo, geralmente governadas pelo Partido dos Trabalhadores, como é o caso de Betim (até 2000), Caxias do SUL e Campinas, e assessoradas pelo LAPA.

O novo paradigma de saúde doença, especialmente o adotado no Brasil pelo PSF, foi elaborado através de contextos externos do país com contextos culturais de diferentes dimensões e diferentes graus de desenvolvimento econômico, tais como Canadá, Reino Unido e Cuba.

A importação destes modelos de assistência exige uma preocupação de grande análise e reformulação, tendo em vista, que o Brasil em consequência de políticas mal direcionadas, gerou um país de condições sociais complexas.

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como a comunidade assume o compromisso de prestar

assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, tanto na unidade de saúde como no domicílio.

Os conselhos locais exercem um papel importante nas decisões que diz respeito às intervenções da realidade sanitária.

4.7 EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Uma das necessidades mais apontadas pela população pelos dados consolidados do processo de Orçamento participativo da Prefeitura de São Paulo foi a saúde bucal como a segunda especialidade mais demandada, só sendo superada pelo Programa da saúde da Família(Fonte:Secretaria do Governo municipal, 2001), portanto é de grande relevância registrarmos a seguir o processo de inserção da saúde bucal no PSF.

As referências que foram destacadas neste trabalho na revisão das políticas públicas de saúde anteriormente, foi possível observar o tímido enfoque em relação as políticas de saúde bucal. Não há dúvidas que a prática odontológica tem uma dívida histórica com os excluídos de saúde bucal.

Segundo (PINTO, 2000), "O Brasil chega ao século XXI sem uma política definida de saúde bucal. A maior parte ainda não tem acesso a cuidados clínicos e preventivos essenciais de maneira adequada".

Segundo SILVA (2000) o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) feito em 1999 com base na Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNDA) e divulgado no primeiro semestre de 2000, mostra que por volta de 20 milhões de brasileiros (cerca de 12% da população) do total de 120 milhões de habitantes nunca consultaram um dentista. Na zona rural, a situação agrava-se e essa taxa eleva-se para 32%.

Apenas 6 % do povo brasileiro vai periodicamente ao dentista, 30% só em caso de muita dor, 64% não vão e metade da população acima dos 60 anos já é totalmente desdentada. Aqui cerca de 70% do tempo e do dinheiro gastos com saúde bucal atualmente pertencem ao setor privado, o que demonstra a precariedade de recursos destinados à Odontologia e a deficiência do sistema público em promover saúde bucal à população, fatos que comprovam a necessidade de mudanças urgentes no modelo de assistência odontológica brasileira (SULIANO,2001).

A participação da Odontologia no Programa da Saúde da Família torna-se de grande importância diante dos fatos relatados por esses importantes sanitaristas.

A proposta de inclusão da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família foi anunciada oficialmente pelo Ministro José Serra em 25 de outubro de 2000.

As atribuições para os profissionais de saúde bucal que atuam no PSF foram definidas pela portaria do Ministério da Saúde nº 267/01. Como atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, constam dentre outras, o estímulo e a execução de medidas de promoção da saúde, atividades preventivas e educativas em saúde bucal; a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; a sensibilização das famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; a programação e a realização de visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas e o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal. (PORTARIA MS, nº267/01).

Através destas portarias, o Ministério da Saúde explicita os procedimentos no âmbito da saúde bucal no que se refere a atenção básica NOB/SUS 96 e NOAS.

O Ministério da Saúde estabelece que o objetivo expresso seria

- Ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de doenças e agravos relacionados a ela;
- Reorientar as ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica;
- Substituir o modelo ultrapassado do dentista atuando isoladamente, incorporando-o ao trabalho em equipe;
- Integrar a saúde bucal com as demais atividades, atendendo integralmente o indivíduo dentro de seu contexto familiar;
- Atuar segundo os fatores de risco familiar e individual, estabelecendo-se vínculo com a família e a comunidade (SES,2001).

Equipe de Saúde Bucal no PSF

Em relação às equipes de Saúde Bucal podemos considerar duas modalidades de equipe que são:

Modalidade 1-(1 CD e 1 ACD)

Modalidade 2 (1 CD, 1 ACD, 1 THD)

Verificou-se que um total de 4820 equipes, 4333 eram modalidade 1 (89,9% do total) e apenas 487 da modalidade 2 (10,01 do total). Conclui-se que o THD tem sido pouco incorporado na prática do PSF. (fonte: CNSB/DAB/SAS/MS, 2003).

FINANCIAMENTO DE SAÚDE BUCAL NO PSF

A maior dificuldade que se registra para a estruturação do SUS diz respeito ao financiamento, que se torna um entrave para a estruturação do PSF.

Marques e Mendes registram que “do ponto de vista dos recursos próprios municipais, pode se dizer que o financiamento do PSF é problemático e instável, sobretudo sob dois aspectos. Ainda, nesse contexto, nem sempre lembrado, é que os anos de instalação do PSF correspondem justamente àqueles em que a contenção do gasto público foi buscada como principal diretriz política na determinação e/ou diminuição do déficit público, uma das metas prioritárias do governo federal... com relação ao segundo aspecto, a instabilidade do financiamento municipal, devemos citar a Lei de Responsabilidade Fiscal (maio de 2000), que procura privilegiar situações em que os municípios não gastem mais do que arrecadam. A Lei determina que ao poder executivo, especificamente, as despesas de pessoal não podem ultrapassar 54% da receita corrente líquida do município. Tal exigência legal vem afetando o comprometimento da instância municipal com o PSF. Os tribunais de contas têm considerado a despesa com este programa como gasto com pessoal” (MARQUES e MENDES, 2002).

Assistência Odontológica e atenção à saúde bucal no PSF

Para desenvolver-se ações visando à melhoria da saúde bucal da população, devem-se organizar ações de assistência odontológica e atenção à saúde bucal. Estes dois conceitos, formulados por Narvai há mais de uma década, ainda mantêm a sua atualidade. Segundo o autor, “a assistência odontológica refere-se ao conjunto

de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não”.(NARVAI, 1992).

“ a atenção à saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual,não se esgota nela, mas busca atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo,com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer, etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações,ações educativas, controle de dieta, controle de placa, etc.) Vale enfatizar que, com os sentidos aqui propostos, a assistência limita-se ao campo odontológico. A atenção à saúde bucal implica, por outro lado, atuar concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde doença. Isso exige da atenção uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da odontologia, mas o próprio setor saúde, uma vez que requer a articulação e a coordenação de ações multisetoriais, isto é,ações desenvolvidas no conjunto da sociedade (saneamento,emprego,etc)” (NARVAI,1992).

Percebemos que a atenção primária, ao ser um primeiro atendimento, obrigatoriamente será a porta de entrada para o sistema de assistência. Ao mesmo tempo porém, constitui no sistema, um nível próprio de atendimento e deve ir resolvendo uma dada gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual. É o que chamamos necessidades básicas de saúde. Portanto, o conjunto das necessidades inclui demandas principalmente sanitárias, tais como, o saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação, informação em saúde, que geram as tradicionais ações da saúde pública.

Essa gama de demandas, delimitada pela noção de necessidades básicas, agregam um conjunto de ações na qualidade de atuação dos profissionais do setor da UBS. Percebe-se que o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança na atitude dos profissionais que atuam no setor se saúde bucal na atenção básica. O conceito deste profissional está em assimilar a necessidade de atuar em equipe, pautando suas ações através da ferramenta do planejamento estratégico e planejamento clínico, de modo a promover melhoria na qualidade de vida do usuário.

ATENÇÃO BÁSICA principais responsabilidades a serem executadas pela ESB de acordo com a NOAS 2001.

Ações de Saúde da Criança

Assistência e prevenção às patologias bucais na infância

Atividades: realização de ações de prevenção e cura das patologias bucais, buscando o restabelecimento das funções da boca, com foco no desenvolvimento neurolingüístico e no processo de socialização da criança; garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (fonoaudiologia, ortodontia preventiva, etc.), de forma programada e negociada com mecanismos de regulação.

Ações da Mulher

Prevenção dos problemas odontológicos em gestantes

Atividades: levantamentos de atividade de doenças bucais, especialmente cárie e doença periodontal; evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada e bochechos com flúor; educação em saúde bucal evidenciando o fundamental papel familiar da mulher quanto às questões gerais de saúde; estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; educação em saúde bucal quanto aos hábitos bucais nocivos (chupetas, sucção de dedo, higienização bucal do bebê, dieta, etc).

Controle da Hipertensão

Atividades: ações para diagnóstico, reabilitação e controle das patologias bucais, visando a prevenção dos quadros de agravamento e complicações decorrentes da hipertensão.

Controle do Diabetes Mellitus

Medidas Preventivas e de promoção de saúde

Atividades: ações educativas e de controle das patologias bucais buscando proporcionar condições para o autocuidado (MS, 2001).

Devemos acrescentar também a esse processo de trabalho uma visão colocada através do LAPA, que teve uma contribuição em associar à diretriz operacional do ACOLHIMENTO do usuário na UBS, como mais uma ferramenta que pode ser usada para satisfação do usuário e garantia de acesso universal.

Estas experiências foram adotadas em Campinas, Betim, e outras cidades.

Vale a pena rever certas definições de acolhimento para que possamos entender como esses conceitos são importantes para serem incorporados na prática diária, que beneficiará na construção da responsabilização e construção da autonomia do cidadão e a humanização profissional.

ACOLHIMENTO segundo a definição de vários autores significa:

“(...) Acolher o usuário demandante, do ponto de vista de qualquer um que se dirige ou necessita de um serviço, espera-se que se desenvolva um espaço de escuta, um momento de troca de informações e um processo de decisão para se dar prosseguimento a outras etapas do processo de trabalho em saúde. A maneira como este momento se realiza pode alterar completamente não só os princípios constitucionais, mas também garantir ou negar qualidade para os seguintes” (MERHY e al, 1997).

(...) O acolhimento na saúde vai além do conceito do Aurélio, da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho, passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito (...) a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania.

No cotidiano dos profissionais da área de odontologia, observam-se na maioria das vezes, situações em que o usuário busca o profissional sem uma queixa relacionada com a necessidade específica da especialidade. Ele busca o profissional e ao relatar suas queixas, intuitivamente se descobre o núcleo de suas angústias. O ouvir o usuário é um aspecto muito importante para que se possa detectar e tentar trazer soluções ou pelo menos minimizá-las. O cirurgião é um

profissional que tem os maiores recursos para criar um vínculo com o usuário e sua família, pois muitas vezes as necessidades específicas da odontologia requerem maior contato ou o maior número de atendimentos, que enriquecem a relação tornando a produtiva na forma de captar necessidades individuais ou até mesmo coletiva.

Segundo, MERHY (1997) -

O acolhimento propõe que o atendimento seja centrado no usuário, partindo dos seguintes princípios:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal.

Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional –“Equipe de acolhimento” -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A proposta do Acolhimento se caracteriza como uma ferramenta que interroga processos intersessores que modelam as relações clínicas nas práticas de saúde, permitindo ouvir as pessoas e explorar as possibilidades de atuar efetivamente sobre a queixa e interferir de forma otimizada no processo social da produção de saúde e doença.

A vantagem do acolhimento na forma de se dispor a ouvir está em:

“Na mesma medida das práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária da intervenção resolutiva, tendo em vista as “pessoas”, como caminho para defender a vida, reconhecemos que sem “acolher” e “vincular”, não há produção desta

responsabilização e nem "otimização tecnológica" das resolutividades, que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

O acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, o impacto da reorganização do trabalho da Unidade, onde a equipe de acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento dos usuários. (MERHY, 1997)

Quando se decide implantar o Acolhimento é importante que se sensibilize os profissionais da saúde da UBS, onde todos estejam envolvidos na proposta, para que haja transformação na forma de planejar a Unidade e a fundamental integração multidisciplinar, para que a nova proposta obtenha sucesso.

Algumas limitações são encontradas nessa nova incorporação de modus operandi onde foi implantado este novo conceito.

Observou-se que o processo de trabalho do médico se alterou pouco, em vista dos outros profissionais.

O agendamento de consultas médicas e odontológicas permanece como um nó crítico no serviço.

Um terceiro desafio é a conciliação do trabalho da assistência dentro da Unidade de Saúde, com o trabalho "extra-muros". Segundo relatos, em uma equipe de acolhimento, não resta tempo para a vigilância em saúde.

(relatos de Pesquisa em Betim e discutidas por MERHY)

Frente a esses desafios o LAPA, (2001) (DMPS-UNICAMP) sugere que:

O atendimento seja feito através de adscrição da clientela a determinada equipe da Unidade de Saúde, formada pela equipe de referência. Esta equipe passaria a se responsabilizar pelas pessoas inscritas, mobilizando recursos dentro e fora da Unidade. A equipe deve ter autonomia para agir, mobilizar os recursos necessários facilitados, tendo em vista que todo o grupo participou da escuta do processo vivido pelo usuário, individual ou coletivo no seu processo saúde-doença".

A Mudança do paradigma saúde-doença transformou sem dúvida a atuação da Equipe de Saúde Bucal, que hoje tem novas ferramentas para serem utilizadas no seu cotidiano, em busca da satisfação do usuário e no que se refere às mudanças fundamentais na estrutura dos serviços. Vale destacar no PSF a importância da utilização dos dados epidemiológicos que passam a mudar o enfoque nas ações que buscam o aumento da resolutividade.

A construção da Saúde bucal na atenção básica em saúde, e, mais especificamente no PSF sem sombra de dúvida, coloca-se em um estágio incipiente, onde se espera que as Equipes de Saúde Bucal devam se preencher de muito estímulo e progressivamente avaliarem todo o processo de trabalho, fazendo os ajustes necessários, com o único intuito de construir uma história marcante no movimento da reforma sanitária brasileira, pois sem dúvida nenhuma, este momento da saúde brasileira definirá os rumos da política de assistência à saúde do Brasil nos próximos anos. E, por fim, a defesa da promoção da saúde deve constituir o maior desafio pelo acesso universal à assistência odontológica.

Tomando em consideração a construção das políticas de saúde pública no Brasil, é impossível se esgotar as diversas formas e conteúdos que sintetizam a prática de saúde.

Assim sendo, devemos considerar que o Sistema Único de Saúde ampliou um espaço para o cenário social, onde a sociedade e o governo se colocam em discussão juntos na participação no processo de implantação e implementação da políticas sociais. Que o recurso humano seja um ativo participante da equipe do Programa de Saúde da Família, enquanto atuação técnica e enquanto “mediação social”.

“PARA O ÊXITO DA CONSTRUÇÃO DO SUS, PARA QUE OS BRASILEIROS TENHAM MAIS SAÚDE E VIVAM MAIS, A PAIXÃO, A CAPACIDADE DE INDIGNAR-SE E DE SE EMOCIONAR, DE TER ROMPANTES DE CÓLERA CONTRA OS AGRAVOS DA VIDA É INDISPENSÁVEL... É MESMO PRECISO UMA FÉRREA VONTADE, PERTINÁCIA, PERSISTÊNCIA, INSISTÊNCIA, PARA VENCER OS INÚMEROS OBSTÁCULOS POSTOS A NOSSA FRENTE. É PRECISO, ALÉM DISSO, CORAGEM PESSOAL, POLÍTICA E INTELECTUAL PARA REVER CONCEITOS, PRÉ-CONCEITOS, ENFIM, IDÉIAS QUE NÃO TEM MAIS SUPORTE NA REALIDADE. NÃO PODEMOS SER ESCRAVOS DE NADA NEM MESMO DE NOSSAS PRÓPRIAS IDÉIAS”

CAPISTRANO (2000)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatar a história traz inúmeros benefícios para que possamos entender o significado da trajetória da prática da saúde no Brasil. Alguns caminhos perseguidos para a construção das políticas de saúde no Brasil, décadas atrás se caracterizavam pela acomodação do sistema em não satisfazer objetivamente as necessidades expressas pela sociedade. Foram encontradas diferentes formas de perceber a realidade e encontrar soluções aos problemas de saúde, que sob um conceito atual, esse processo depende da história, a cultura e da organização da coletividade.

A participação da sociedade e a comunidade de pesquisadores da área de saúde se fez presente em todos os momentos da história pressionando o Estado à mudanças no enfoque de canalização dos recursos e na minimização das desigualdades.

O resgate do ser humano como cidadão na atualidade, torna-se o principal enfoque na reorganização das políticas de saúde, fazendo que as autoridades sanitárias busquem novos saberes e reflexões a respeito dos determinantes que refletem as necessidades do ser humano. Este entendimento passa além dos conceitos de saúde e atravessa o universo das ciências sociais.

A participação popular se mostra hoje com um enfoque institucional, ganhando corpo na dinâmica interna da reforma do estado, e tenta ser reconhecida pela sua importância social, no entanto ainda encontra na dinâmica estatal uma imposição de limitações para que seja reconhecida publicamente.

O desafio crucial para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção às populações que vivem em condições de pobreza e desigualdade.

Não se pode dizer que os modelos de saúde pública traçados na antiguidade buscaram contemplar essas desigualdades, pois como observamos as políticas foram sempre direcionadas para as elites

O Brasil de hoje é, sem dúvida, um país que podemos dizer, que não é o mesmo de duas décadas atrás. Mudanças foram observadas de norte a sul do país, apesar de estar sendo a passos tímidos, em relação a falta de uma política definida de saúde, que ainda deixa uma grande parte da população sem acesso à saúde e principalmente ao que se refere à procedimentos clínicos e preventivos.

O quadro epidemiológico da população brasileira se agrava devido a precariedade de recursos destinados a saúde, que sem dúvida, são as amarras administrativas e gerenciais do setor público, o que o torna ineficaz, e dificulta que uma considerável parcela de brasileiros tenham instrumentos sociais que lhes permitam viver com dignidade.

Ao longo dos últimos anos, pode-se afirmar que muito se avançou com o preceito constitucional saúde é um dever do estado e um direito do cidadão. Com a criação do Sistema Único de Saúde, deu-se um importante passo para que se iniciasse a reformulação do pensar em saúde, e como atingir os objetivos de equidade e universalidade.

O maior desafio do SUS é constatar que o enfoque principal seria organizar as unidades básicas que apresentavam pouca resolutividade, sem nenhuma satisfação do usuário, portanto se fez necessário repensar o atendimento nessas unidades.

O Programa da Saúde da Família apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer e morrer.

A estratégia de Saúde da Família formula um novo modelo assistencial que revê o modelo de assistência centrado na doença e no paciente.

A eleição da epidemiologia social e clínica para nortear a atenção permitirá que a prática de saúde use essas ferramentas de forma a identificar as famílias ou grupos expostos a maiores possibilidades de adoecer.

Aprofundar-se nas interfaces biológicas, sociais, econômicas e culturais do contexto familiar proporcionará uma atenção holística e integral a todos os níveis de complexidade de assistência, tornando-a humanizada e eficaz, onde o indivíduo tornar-se-á capaz de auto-cuidar-se e tornar-se produtivo.

A natureza do contexto familiar torna-se o objeto mais importante a ser analisado, pois este adquire uma dimensão sócio-cultural que carece de uma formulação estratégica, para que se possa no âmbito da atenção primária, alcançar êxito ao atender os princípios da integralidade.

O PSF constitui-se, sem sombra de dúvida, como uma alavanca para avançar e garantir os direitos sociais, aumentando a capacidade efetiva de acesso da população brasileira aos serviços públicos de saúde.

O sucesso da implementação dessa estratégia dependerá efetivamente, de uma avaliação constante de todos os atores que participam do processo que devem avaliar e buscar soluções que irão de encontro com as necessidades individuais e coletivas.

O Programa da Saúde da Família desde que bem planejado e incorporado se tornará um marco histórico da saúde do Brasil, onde fará mudanças importantes rumo à democratização, resgatando as condições concretas de um povo sadio de corpo e alma.

Assim, desta forma, a elaboração deste trabalho não esgotará ou expressará todos os aspectos que possam confrontar ou detectar a real complexidade da situação da saúde brasileira, mas servirá de complemento reflexivo para realizar uma análise da dinâmica que compõe a conjuntura atual e suas forças antagônicas.

Essas forças que envolvem questões político-ideológicas e econômicas devem ser acompanhadas pela sociedade que através de uma consciência coletiva é capaz de transformar a realidade e seus conflitos, satisfazendo a questão central que é o combate as desigualdades, preocupação manifestada em diversos momentos históricos da história da saúde brasileira.

Referências Bibliográficas*

ABREU, M.H.N.G.; WERNECK, M.A.F. Sistema Incremental no Brasil: uma avaliação histórica. **Arquivos de Odontologia**, Belo Horizonte, v.34, n.2, p.121-131, jul./dez. 1998.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Ática, 1999. 71p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição (1998)**. Brasília, 1998. 292p.

BRASIL. Lei 8080/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei 8.142/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOB_SUS/96) **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das ações de Saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros - Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>> Acesso em: 12 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: <<http://saude.gov.br/psf>> Acesso em: 12 jan. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria nº 95. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 de janeiro de 2001.

BRAGA, J.C.S.; SILVA, P.L.B.S. **Brasil: radiografia da saúde NEPP**. Campinas: UNICAMP, 2001.

* Baseada na NBR-6023 de ago. de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.

CARVALHO, A.I.; GOULART, F.A. **Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde** : programa de educação à distância. Rio de Janeiro : NSP/FIOCRUZ, 1998. v 1.

CARVALHO, G.C.M. **O Momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Saúde social. São Paulo, 1994. v.2, p. 9-24.

CARVALHO, G.C.M. **O financiamento público federal do sistema único de saúde 1988-2001**. São Paulo, 2002. 363p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, USP.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448p.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil** : políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 2001. 133p.

CUNHA, J.P.; CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde – princípios**. Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p.11-26. *Apud* RONCALLI, A.G. **A Organização da Demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. Araçatuba, 2000. 238p Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista.

GOULART, F.A.A. **Experiências em Saúde da Família: Cada caso é um caso ?** Rio de Janeiro, 2002. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado. (Brasil 1910-1930) **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>

LANA, F.A. A odontologia na Previdência Social, história e evolução. Boletim dos Centros de Estudos INAMPS/MG, 6(18), jan./jun. 1984. *Apud* ABREU, M.H.N.G.; WERNECK, M.A.F. Sistema Incremental no Brasil : uma avaliação histórica. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v 34, n 2, p.269-291, 2001.

- MOYSÉS, S. Saúde Bucal em Curitiba. Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, 8º, São Paulo, 23 setembro, 1991. *Apud* NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2002. 120p.
- NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2.ed. São Paulo : Santos, 2002. 120p.
- NARVAI, P.C. **Saúde Bucal** : assistência ou atenção? São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992. 11p.
- OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v.2, n.1, p.9-14, 1999.
- OLIVEIRA, A.G.R.C.; E.C.F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. *In*: **Odontologia social**: Textos selecionados. Natal: UFRN, 1998. Cap.8, p.114-121.
- PAIM, J.S. Direito a saúde, cidadania e estado. *In*: Conferência Nacional de Saúde, 8. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.45-59. *Apud* RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos da saúde bucal: universalidade, equidade e integralização em saúde bucal coletiva**. Araçatuba, 2000. 238p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista.
- PIMENTA, A.L. O SUS e a Municipalização à Luz da Experiência Concreta. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.2, p.9-24, 1994.
- PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. 541p.
- PINTO, V.G. **Saúde Bucal**: odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos, 1989. 541p.
- REDE CEDROS. **O que fazer nos municípios?** Rio de Janeiro: CEDROS, 1992. 15p. Caderno de Saúde Bucal, 1.
- RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralização em saúde bucal coletiva**. Araçatuba, 2000. 238p. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia.

- RONCALLI, A.G. O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde, 2001. *In*: PEREIRA, A.C. *et al.* **Odontologia em saúde bucal coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap.2, p.28-49.
- ROSENTHAL, E. A odontologia no Brasil – História. **Jornal APCD**, São Paulo, out. 1995.
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- SANTOS, L.A.C. O pensamento sanitário na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.
- SCALZILLI, G. A absolvição do tucanato. **Caros Amigos**, São Paulo, ano VI, n. 69, p.13, Dez. 2002.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo. **Historia das políticas de Saúde no Brasil. Centro de formação dos Trabalhadores de Saúde**. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Tapiri Vídeo Produções, 1992.
- SERRA, C.G. A municipalização da saúde bucal: a experiência de Curitiba. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: Abrasco, 2000. Trabalho n. 0343.
- SEVCENKO, N. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo: Scipione, 2003. 88p.
- SIGEL, I.E. Psychoeducational intervention:future diections. **Merril-palmer Quartely**, v.36, p.159-173, 1990.
- VIANA, M.I.P. **Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74**. Salvador, 1988. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
- WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niterói, 1994. 125p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense.
- ZANETTI, C.H.G. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro,1993. 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.