

ELOISIO DO CARMO LOURENÇO

**O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO  
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE NO BRASIL**

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

PIRACICABA  
2003

ELOISIO DO CARMO LOURENCO



1290004276

TCE/UNICAMP  
L934p  
FOP

**O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO  
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE NO BRASIL**

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

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

PIRACICABA  
2003

UNICAMP / FOP  
BIBLIOTECA

Unidade - FOP/UNICAMP

TBS/UNICAMP

L934p Ed.

Vol. Ex.

Tombo 4276

C  D

Proc. 16P148/2009

Preço R\$ 11,00

Data 27.11.2009

Registro 472 225

#### Ficha Catalográfica

L934p

Lourenço, Eloisio do Carmo.

O processo histórico de construção das políticas públicas de saúde no Brasil. / Eloisio do Carmo Lourenço. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2003.

75f. : il.

Orientador : Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira.

Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Sistema incremental. 3. Políticas públicas de saúde. I. Pereira, Antonio Carlos. 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.

Dedico este trabalho à minha esposa Cláudia, que sabe compreender e valorizar o meu esforço e a necessidade do aprendizado (...) todo meu amor e carinho.

Aos meus filhos Pedro e João Gabriel que ainda não compreendem bem os motivos de minha ausência, mas que demonstram enorme felicidade em meus regressos e que não medem esforços para estar ao meu lado.

## AGRADECIMENTOS

*Agradecer é uma das coisas mais belas e importantes que o ser humano pode fazer. É admitir que em algum momento se precisou de alguém.*

Agradecer a todos que tornaram este desejo uma realidade é muito difícil. Muitos, certamente, fizeram parte desta caminhada e foram essenciais cada qual em seu momento (alguns rapidamente e as vezes até por força de seu trabalho), mas vamos lá. De coração eu gostaria de agradecer:

Primeiramente a Deus que nos dá a vida a cada dia e coloca em nosso caminho pessoas que nos fazem crescer.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira pela oportunidade, pela atenção e paciência.

Aos colegas de Especialização: Suzana, Oswaldo, Hayanna, Raquel, Inês, Ednalva, Ana Maria, Ana Cláudia, Laura, Gesiamy, e Aline. valeu a caminhada.

Aos Profs. Drs. Marcelo de C. Meneghim e Eduardo Hebling pelas aulas, pela força, por tudo.

Ao Prof. Dr. Ângelo Roncalli que além dos ensinamentos sobre as Políticas Públicas de Saúde, nos deu um grande exemplo de desprendimento e de cooperação nos disponibilizando todo o seu material didático que ajudou e muito a minha caminhada.

Ao Prof. Marco Manfredini um bom amigo que, apesar de seus inúmeros afazeres, está sempre disposto a ajudar. É mais que um professor é o verdadeiro Mestre que dá o exemplo, que mostra o caminho e caminha ao lado orientando os melhores passos.

Aos Professores colaboradores que nos mostraram a Saúde Coletiva por diferentes prismas.

À Minha esposa Cláudia que merece uma boa parte deste título e que, além de tudo, ainda foi revisora deste trabalho.

Ao Prof. Eliacim, meu amigo de fé meu irmão camarada, o melhor professor de História que eu conheço, que em diversas ocasiões esclareceu minhas dúvidas e acrescentou muito a este trabalho.

A amiga Vanessa Pardi que me mostrou o caminho da FOP, muito obrigado.

Ao colega Fábio Mihale pela incansável disposição em ajudar.

Ao meu compadre Helder pelas dicas de informática.

Aos amigos Edson narciso e Fernando Posso por tudo que realizamos juntos, sempre apoiados uns nos outros, e pelos conhecimentos adquiridos em nossa caminhada que certamente nos torna a cada dia melhor.

Ao amigo Celso Fonseca pelo exemplo de determinação e pelo companheirismo com o qual se pode contar em todas as ocasiões.

Aos meus familiares José Lourenço, Inemi, Rita, Maria Lucia, José Homero, Neila, Ana Beatriz, Cleide e Tales que sempre me apoiaram e desta vez não foi diferente.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho.

**Certamente , vez ou outra, me lembrarei dos gestos, das palavras e dos serviços de todos, obrigado por tudo e que DEUS lhes pague.**

### O Tirador de Fichas

*O nome dele era Jairo e sempre que falo da Previdência ou do SUS me lembro dele. Era bem magro e tinha os dentes anteriores apinhados. Conheci-o nas madrugadas de Alfenas na esquina das ruas Presidente Artur Bernardes com Manoel Pedro Rodrigues, era ali a agência do INAMPS. A sua profissão? Tirador de Fichas. Trabalhava para as pessoas que possuíam o privilégio de ser seguradas da previdência e não queriam (ou não podiam) perder horas na fila. Ele sempre estava lá nos primeiros lugares e sabia exatamente quem queria qual médico e as possibilidades de se conseguir esta ou aquela ficha. Era muito educado.*

*Por varias vezes eu também estive lá para ganhar algum dinheiro e era interessante observar aquelas pessoas na madrugada, todos pobres, todos vítimas do sistema e eu era um deles. A minha alegria era quando o dia clareava e o sol ia nascendo, alguns procuravam os primeiros raios para se aquecer do frio da manhã, logo a portinha se abria e nós, com as fichas, iríamos embora.*

*Assim, foram os meus primeiros contatos com as políticas públicas de saúde... Quem diria.*

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	7
RESUMO.....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUÇÃO .....	11
As Políticas atuais .....	11
DESENVOLVIMENTO .....	18
A Colonização da Doença .....	18
A Saúde do Império.....	20
Saúde na República Velha.....	22
O Surgimento Da Previdência Social .....	26
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	47
Princípios Doutrinários do SUS.....	49
Princípios Organizativos do SUS .....	50
Financiamento do SUS:.....	53
Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS) .....	57
Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).....	59
Programa Saúde da Família (PSF) .....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões

CD - Cirurgião-Dentista

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

CONASP - Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CPO-D - Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados

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

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 a 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 Domicílios**

**PSF - Programa de Saúde da Família**

**PT - Partido dos Trabalhadores**

**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**

**TSE – Tribunal Superior Eleitoral**

**USF – Unidade de Saúde da Família**

## RESUMO

Este trabalho buscou resgatar o processo histórico da construção das políticas públicas de saúde no Brasil desde o descobrimento até os dias atuais. Nos primeiros tempos do Brasil colônia e posteriormente na fase imperial, não havia uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença e a população era vítima das mais variadas doenças infecciosas fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta. Após a Proclamação da República, as políticas de saúde se estabeleceram voltadas a atender interesses políticos e econômicos. Seja no saneamento de espaços economicamente importantes, seja na assistência à saúde visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo ou na compra de serviços assistenciais privilegiando o setor privado. A partir de 1988, como resultado de lutas por um sistema de saúde mais justo, surge o SUS (Sistema Único de Saúde) com uma estrutura organizacional baseada em princípios de cidadania e justiça social e, embora tenha enfrentado momentos políticos desfavoráveis e em desarmonia com seus objetivos, conseguiu avanços significativos e pela primeira vez desde a sua criação, se encontra em sintonia com o programa de políticas sociais do novo Governo Federal.

**Palavras-Chave:** SUS, Sistema Incremental, Políticas Públicas de saúde.

## **ABSTRACT**

This study sought to rescue the historic process of the construction of the public health politics in Brazil since the discovery to the present time. In the primordial times of colonial Brazil and afterwards in the imperial period, there wasn't an organized performance of the state about the health-disease procedure and the victim was the population of the more varied infectious diseases, therefore our country showed off fame of being one of the more unhealthy countries of the planet. After proclamation of the Republic the health politics established themselves directed to attend political and economical interests. As in the sanitation of economically important situations as in the assistance to the health program aiming to keep the individual such power of productive work or in the purchase of assistance services privileging the private sector. Starting from 1988, as a result of fights for a health system more fair, begins the SUS (National Health System) with an organizational structure based on principles of citizenship and social justice, although it have faced unfavorable politics moments in disharmony with your objectives, it got significant advances and for the first time since your creation it has been in harmony with the program of social politics of the federal government.

**Key Words:** SUS, Incremental System, Public health politics

## INTRODUÇÃO

*“...eu proclamo que a força é o direito, e que a justiça é o interesse do mais forte. As várias formas de governo, democrática, aristocrática ou autocrática, ditam leis tendo em vista seus respectivos interesses, apresentando-nos aos súditos como sendo “justiça” e punem como culpados os que as transgridem.”*

*(República – Platão)*

### **As Políticas atuais**

*“...Se havia alguém no Brasil que duvidasse que um torneiro mecânico, saído de uma fábrica, chegasse a presidente da república, 2002 provou exatamente o contrário...”* estas palavras ditas, na manhã do dia 14 de dezembro de 2002, pelo presidente eleito Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), em um breve discurso realizado na sede do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) por ocasião da diplomação ao cargo de presidente e vice, eleitos para o mandato de 2003/2006 tem um peso histórico importante, pois em 113 anos de república e após 38 presidentes, o povo brasileiro consegue eleger um representante da classe trabalhadora para o maior e mais importante cargo eletivo do país. Em seqüência, o ex –metalúrgico Lula, tomado pela emoção e não conseguindo conter as lágrimas que desta vez apareciam motivadas não só pela satisfação da vitória sobre o preconceito, mas também pela dor e pela mágoa que sempre permanece no coração das pessoas que sofrem ou sofreram qualquer forma de discriminação disse *“eu que tantas vezes fui criticado por não ter um diploma recebo como meu primeiro (diploma) o diploma de presidente do meu país...”*. A importância destes fatos é que, a partir desta solenidade está encerrado o processo eleitoral coordenado pelo TSE e o candidato Lula do Partido dos Trabalhadores (PT) é legalmente o próximo ocupante do cargo de Presidente da República do Brasil, eleito com 61,27% dos votos válidos (52.793.364 votos) obtidos

República do Brasil, eleito com 61,27% dos votos válidos (52.793.364 votos) obtidos no segundo turno das eleições no dia 27 de outubro de 2002. Esta expressiva votação dada a um candidato de um partido de esquerda<sup>1</sup>, demonstra a enorme necessidade e expectativa da população brasileira por mudanças, pois após uma colonização predatória, um imperialismo desastrado, 350 anos de escravidão e 113 anos de república, onde os presidentes sempre foram representantes das elites dominantes, chegamos a uma situação crítica no que tange aos aspectos econômicos e sociais, pois vejamos: dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que o índice de desemprego no país é de 15,04% (Censo, 2000); o Brasil é o terceiro país com a pior distribuição de renda do mundo em uma lista de 162 países, a frente apenas da Suazilândia, na África, e da Nicarágua, sendo que os 10% mais pobres possuem 1% e os 10% mais ricos possuem 46,7% da renda do país (Revista Caros Amigos, Dez. 2002); matéria pública da pela Agência Estado, no dia 15 de setembro de 2002, divulgando antecipadamente o resultado de uma pesquisa feita no Brasil pela Organização das Nações Unidas (ONU), conclui que um em cada três brasileiros sofre de desnutrição. Segundo o relatório, é um dos índices mais altos do planeta e, no caso do Brasil, a situação é causada exclusivamente pela desigualdade social. A ONU ainda menciona que todos os dias 280 crianças brasileiras morrem por doenças causadas pela desnutrição antes de completar um ano e destaca que o Brasil teria alimentos para dar 2,9 quilocalorias por dia para cada um de seus 170 milhões de cidadãos, no entanto mais de 16 milhões de pessoas vivem com 250 calorias por dia no país, um índice longe do mínimo recomendável pela ONU de 1,9 quilocalorias por dia. Em 1999, segundo o IPEA -Instituto de Pesquisas Aplicadas – (ALMANAQUE ABRIL, 2001), cerca de 57 milhões de brasileiros (35% da população) viviam em condição de pobreza absoluta. O órgão considera pobres aqueles que possuem renda familiar per capita mensal inferior a meio salário mínimo. Somando-se a estes indicadores o aumento da violência (que também é resultado das injustiças sociais), a pesada carga tributária (que inviabiliza as pequenas e médias empresas), as

---

<sup>1</sup> No século XVIII durante a Assembléia dos Estados Gerais que era convocada pelo rei da França compareciam o 1º Estado (Clero), o 2º Estado (Nobreza) e o 3º Estado (O Povo e a Burguesia). Ficavam a direita do rei o 1º e o 2º Estados que o apoiavam, e a sua esquerda o 3º Estado que eram as pessoas que pagavam impostos, se opunham às leis e exigiam mudanças então convencionou-se chamar de esquerda àqueles que se opunham ou clamavam por mudanças. Mais recentemente convencionou-se chamar de esquerda àqueles que professavam as doutrinas socialistas baseadas nas teorias de Marx e Engels. Frei Beto nos diz que ser de esquerda é, como princípio ético, lutar para que todos tenham acesso aos bens essenciais à vida e a felicidade.

possível e já concreto, é uma degeneração nas condições de vida da população. O modelo neoliberal implantado no Brasil, principalmente na década de 90, trouxe grandes problemas econômicos e sociais, posto que o neoliberalismo prega: o estado mínimo e o livre mercado em que cada pessoa ou família é responsável pelo seu próprio bem estar, onde o estado proporciona a todas condições de crescimento sendo que a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso é individual, fica valendo então a teoria do Self Made Man onde o homem se constrói e a desigualdade social é algo natural, ou seja, os excluídos são pessoas que não venceram.

*...para os neoliberais, enfrentar a desigualdade exige somente uma economia estável e em crescimento, somada à progressiva melhoria da estrutura educacional. O problema se resolveria, nessa concepção, por mecanismos de mercado<sup>2</sup>...*

a verdade é que

*...países com melhores distribuições de renda conquistaram-nas com lutas sociais, desde o violento sindicalismo de resultados norte-americano, passando pelo ideológico sindicalismo social-democrata europeu, até as revoluções totalitárias do Leste Europeu e da Ásia. Daí, a menor desigualdade educacional (e de renda) foi uma consequência de política pública, e não de lei do mercado, como sugerem os neoliberais. Em um regime democrático e com uma economia de mercado, a redistribuição de renda se faz via tributária. Trata-se de uma política de transferência de renda por meio de forte tributação progressiva sobre pessoas físicas "relativamente ricas", e efetuar gastos sociais dirigidos para as "relativamente pobres". Assim, aumenta a renda real dessas e diminui a renda disponível (líquida em impostos) daquelas. Com a disponibilidade pública de educação e saúde de boa qualidade, pode-se gastar mais com outros itens do orçamento doméstico. Evidentemente, aumentar a carga tributária só para pagar juros para os credores não implica distribuição de renda<sup>3</sup>...(sic).*

A doutrina do neoliberalismo retira do estado a responsabilidade pelas esferas econômicas e sociais fazendo com que o pagamento da dívida externa, por exemplo, seja meta prioritária.

*Contudo, nem todas as necessidades sociais são contempladas de modo satisfatório através da renda direta gerada pelo trabalho. Questões relacionadas com a educação e com a saúde adquirem contornos públicos, ou seja, dependem de ações governamentais*

<sup>2</sup> Texto capturado em: <http://www.earthlink.hpg.ig.com.Br/2002/01index.htm>

<sup>3</sup> Texto capturado em: <http://www.earthlink.hpg.ig.com.Br/2002/01index.htm>

*para seu equacionamento e não se resolvem apenas na esfera do mercado.*

*Há um conjunto de necessidades sociais que exigem políticas direcionadas a um beneficiário individual ou grupo, que demandam ações públicas que provocam ganhos para alguns, exigindo concessões da parte de outros. É o que se denomina função redistributiva, uma característica bastante típica do estado, que exigem condições de acesso a serviços sociais públicos decorrentes de um princípio de justiça e que geram os sistemas de proteção social<sup>4</sup>.*

A eleição de Lula num país capitalista, a nona maior economia do mundo, poderá significar o início da superação do neoliberalismo e a melhoria na qualidade de vida da população, com a implementação de políticas sociais (grande bandeira das administrações democráticas populares do PT) nas quais estão incluídas as políticas públicas de saúde que são o objeto de nosso estudo neste trabalho. Claro está que várias outras questões políticas deverão ser equacionadas para que se atinja um quadro de justiça social, no entanto, são discussões mais aprofundadas que fogem dos objetivos deste texto.

A saúde bucal no Brasil, apesar dos avanços científicos e tecnológicos da odontologia moderna, não atingiu o seu papel social. A II Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB), realizada em 1993, já trazia em seu relatório final que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. A Constituição da República, promulgada em outubro de 1988, contempla em seu bojo as diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) que entre os seus princípios traz a INTEGRALIDADE, onde o indivíduo deve ser visto como um todo em suas necessidades, incluindo-se a saúde bucal. Apesar disso, um dos grandes problemas da saúde bucal hoje, juntamente com o acesso aos serviços, é fazer com que esta seja definitivamente incluída nas políticas de saúde e vista por políticos, gestores, profissionais de saúde e população como necessidade fundamental.

No dia 24 de novembro de 2002, motivados pela eleição de Lula e com a necessidade de elaborar uma proposta para a saúde bucal do novo governo, reuniu-se em São Paulo um grupo de pessoas ligadas a área de saúde bucal, vinculados aos serviços públicos odontológicos, ao movimento sindical e ao ensino e

---

<sup>4</sup> Gestão em saúde - Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais de saúde: programa de educação a distância. - Fiocruz, UNB.

pesquisa. Nesta ocasião, foram reafirmadas as dificuldades de natureza social, política e econômicas por que passa o país e o compromisso de cidadania,

construção do SUS (Sistema Único de Saúde) e inclusão da saúde bucal neste. Ao final, foi redigido um documento que recebeu o título de FOME ZERO E BOCA CHEIA (DE DENTES) que foi encaminhado à equipe de transição. Segundo o documento, é importantíssimo a sinalização do novo governo em dar prioridade às políticas públicas e incluída nelas a saúde bucal:

***“...tornar fome zero uma realidade para todos os brasileiros implica assegurar-lhes condições para mastigar bem. E ter dentes é condição para mastigar bem. Manter dentes saudáveis e, na sua falta, prover dentes aos que deles necessitam constitui, sem dúvida, enorme desafio no conjunto de desafios do Programa Fome Zero...”( grifos no original)***

Neste encontro, inicialmente, construiu-se um diagnóstico da situação da saúde bucal no Brasil, identificou-se ações imediatas a serem desenvolvidas nos cem primeiros dias de governo, propôs-se um balizamento geral para os trabalhos do governo federal e, como era uma reunião político-partidária, foram feitas considerações sobre os perfis do futuro ministro da saúde e do responsável pela política de saúde bucal.

Sobre o diagnóstico foi assinalado que, na última década, a atuação da área de saúde bucal do Ministério da Saúde (MS) foi insignificante, sem capacidade de interlocução e sem força política, mesmo sendo representante de uma categoria com quase duzentos mil trabalhadores, que movimentam recursos anuais na ordem de dez bilhões de reais. Foi destacada ainda a incapacidade do MS em concluir o SB-2000<sup>5</sup>, e a precariedade de interlocução com as coordenações estaduais e as ações de formação de pessoal auxiliar odontológico.

Para o balizamento geral das ações de saúde bucal do novo governo foram estabelecidos vários pontos onde se observa o desejo de fortalecimento político da área de saúde bucal, baseado nos princípios do SUS e em critérios de justiça social

---

<sup>5</sup> Trata-se de uma pesquisa nacional que visava conhecer as condições de saúde bucal dos brasileiros, envolvendo várias instituições, com a participação de aproximadamente 1.200 examinadores, diversos coordenadores regionais e colaboradores em 250 municípios (amostra) do país. Os dados gerados por este levantamento serão valiosíssimos para as ações de planejamento e avaliação das ações de saúde, bem como para o subsídio a pesquisas mais refinadas a respeito da gênese das doenças bucais nas populações.

e cidadania, promovendo as condições e os recursos necessários para que os municípios, em um processo totalmente descentralizado, tenham capacidade de planejamento e atuação em nível local. Pois vejamos alguns pontos:

*Estabelecer com clareza que a saúde bucal no âmbito federal requer uma política e um responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação dessa política, sendo isso muito mais abrangente do que “aprisionar” a saúde bucal num órgão da estrutura administrativo-burocrática do MS. Tal política e respectivo responsável devem, para cumprir suas funções, estar integrados e articular ações em todos os níveis e instâncias da gestão da saúde em nível federal, articulando tais ações com as deliberações do Conselho Nacional de Saúde, da Plenária Nacional de Saúde e da Plenária Nacional de Conselheiros;*

*Articular a Política Nacional de Saúde Bucal às políticas de saúde e às demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS;*

*Respeitar o princípio federalista e descentralizador inerente ao SUS, assegurando que a formulação das políticas para a área se traduza em respeito e fortalecimento dos Estados e Municípios. Inverter a característica atual de definir ações e processos em Brasília e fazer com que o MS seja a expressão dos processos em desenvolvimento nos Estados e Municípios;*

*Buscar incessantemente o cumprimento do direito constitucional de acesso universal à assistência odontológica, reconhecida como direito humano básico, com a adoção de ações voltadas para todas as faixas etárias. De modo especial, combater a noção tecnocrática que, ao alegar a prioridade de crianças e escolares, veta, na prática, o direito universal à assistência odontológica.*

Quanto às **ações a serem implementadas nos primeiros cem dias de governo** foram destacadas duas prioridades:

1. *convocar, definir uma agenda e divulgar amplamente a III Conferência Nacional de Saúde Bucal; e,*
2. *apoiar política e administrativamente a finalização do Levantamento Epidemiológico SB-2000, de modo a agilizar processos e, tão rápido quanto seja possível ao novo governo, anunciar os resultados da pesquisa.*

Fica evidente a importância deste documento como seqüência na história da construção do SUS e da inclusão da saúde bucal neste. Para melhor entendermos

este processo, estaremos neste estudo nos reportando aos antecedentes históricos do processo saúde-doença e das políticas públicas de assistência à saúde no Brasil com um viés para a saúde bucal. É importante, no entanto, diferenciar a “Saúde” da “Assistência à Saúde” como nos explica OLIVEIRA e SOUZA (1998):

*“...a saúde é resultante das condições objetivas de existência, ou seja, resulta das condições de vida biológica social e cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. A saúde, portanto, deve ser mantida através de mecanismos que incrementem a qualidade da vida, e não somente da assistência. Isso exige uma articulação de todos os setores sociais e econômicos e, desta forma, o direito à saúde não seria o pressuposto que apenas nortearia as políticas setoriais de saúde, mas seria “um elo integrador que teria de permear todas as políticas sociais do Estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas”. Isto significa uma ação articulada com todo o conjunto de políticas sociais mais amplas como as relativas ao emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação etc.”*

Na conclusão estaremos fazendo uma relação da construção do SUS dentro da perspectiva das mudanças políticas atuais, seja em torno do novo governo, da crise provocada pelo neoliberalismo e da expectativa de um governo de base socialista dentro de um país e do mundo eminentemente Capitalista.

## DESENVOLVIMENTO

*“Para os que chegavam, o mundo em que entravam era a arena de seus ganhos, em ouro e glórias. Para os índios que ali estavam nus na praia, o mundo era um luxo de se viver. Os navegantes barbudos, hirsutos, fedentos escalavrados de feridas do escorbuto, olhavam o que parecia ser a inocência e a beleza encarnadas. Os índios, esplêndidos de vigor e de beleza, viam, ainda mais pasmos aqueles seres que saíam do mar.”*

*Prof. Darcy Ribeiro*

### A Colonização da Doença

A carta de Pero Vaz de Caminha relatando ao rei de Portugal a descoberta de novas terras e descrevendo a beleza destas terras e de seus habitantes é o retrato fiel da saúde do povo brasileiro quando da chegada dos primeiros colonizadores. A beleza e a grandiosidade das paisagens, a riqueza da alimentação, a pureza das águas e o clima ameno combinavam aos olhos dos europeus, com a saúde dos habitantes do novo mundo (BERTOLLI FILHO, 1999).

*“A indiaiada não conhecia doenças, além de coceiras e desvanecimentos por perda momentânea da alma. A branquitude trazia da cárie dental à bexiga, da coqueluche à tuberculose e o sarampo. Desencadeia-se, ali, desde a primeira hora, uma guerra biológica implacável. De um lado, povos peneirados nos séculos e milênios por pestes a que sobreviveram e para as quais desenvolveram resistência. Do outro lado, povos indenes, indefesos, que começavam a morrer aos magotes”(sic) (RIBEIRO, 1997).*

O “Paraíso” tropical anunciado pelos marinheiros quando retornavam para seus portos de origem foi logo substituído pela versão oposta. No século XVII a colônia portuguesa da América era identificada como o “ inferno”, onde os brancos e

os escravos negros tinham poucas chances de sobrevivência (BERTOLLI FILHO, 1999).

A guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto europeu de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Eram raros médicos que aceitavam transferir-se para o Brasil desestimulados pelos baixos salários e amedrontados com os perigos que enfrentariam. Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram por aqui encontraram todo tipo de dificuldade para exercer a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte de seus habitantes, o povo tinha medo de se submeter aos tratamentos baseados em purgantes e sangrias. Esses tratamentos em geral enfraqueciam os pacientes e causavam a morte dos mais debilitados. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população, rica ou pobre, preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros e indígenas (BERTOLLI FILHO, 1999).

As orientações dos médicos somente eram aceitas em época de epidemia, por exemplo, em surtos de varíola, também conhecida por mal das bexigas, embora, nestes casos, os médicos ou os curandeiros pouco pudessem fazer. Dos núcleos urbanos, a doença se disseminava pelos sertões provocando a morte de grande número de índios e escravos. A única opção possível era exigir o afastamento dos enfermos do ambiente ocupado pelos sadios (BERTOLLI FILHO, 1999).

Desde o início da colonização, foram as Santas Casas de Misericórdia que responderam pelo atendimento hospitalar à maioria da população. A primeira foi fundada em 1543 na vila de Santos, seguida pelas do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e da Vila de São Paulo.

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

Os médicos (físicos) e cirurgiões, ante tanta crueldade, evitavam esta tarefa, alegando os riscos para o paciente (possibilidade de morte) de hemorragias e inevitáveis infecções. Argumentavam que as mãos do profissional poderiam ficar pesadas e sem condições para intervenções delicadas. Os barbeiros e sangradores eram geralmente ignorantes e tinham um baixo conceito, aprendendo esta atividade com alguém mais experiente (ROSENTHAL, 1995).

Somente em 09 de novembro de 1629 houve, através da Carta Régia, os exames aos cirurgiões e barbeiros. A reforma do regimento em 12 de dezembro de 1631 determinava a multa de dois mil réis às pessoas que "tirassem dentes" sem licença. Parece que sangrador e tiradentes, ofícios acumulados pelos barbeiros, eram coisas que se confundiam, podendo o sangrador também tirar dentes, pois nos exames de habilitação tinham de provar que durante dois anos "sangraram" e fizeram as demais atividades de barbeiro.

Pela lei de 17 de junho de 1782, para uma melhor fiscalização nas colônias portuguesas, em lugar de físico e cirurgião-mór, foi criada a Real Junta de Proto-Medicato. Constituída de sete deputados, médicos ou cirurgiões, para um período de três anos, caberia a estes o exame e a expedição de cartas e licenciamento das "pessoas que tirassem dentes".

Nas últimas décadas deste século, Joaquim José da Silva Xavier (1746-1792) praticou a Odontologia que aprendera com seu padrinho, Sebastião Ferreira Leitão. Seu confessor, Frei Raymundo de Pennaforte disse sobre ele: "Tirava, com efeito, dentes com a mais sutil ligeireza e ornava a boca de novos dentes, feitos por ele mesmo, que pareciam naturais".

Nesse período os dentes eram extraídos com as chaves de Garangeot, alavancas rudimentares, e o pelicano. Não se fazia tratamento de canais e as obturações eram de chumbo, sobre tecido cariado e polpas afetadas, com conseqüências desastrosas. As próteses parciais eram bem simples, esculpindo dentes em osso ou marfim, que eram amarrados com fios aos dentes remanescentes. As próteses totais eram esculpidas em marfim ou osso, utilizando-se dentes humanos e de animais, retendo-as na boca por intermédio de molas, sistemas usados na Europa. Porém no Brasil, era tudo mais rudimentar (ROSENTHAL, 1995).

## **A Saúde do Império**

Com a vinda da família real, a corte e a alta sociedade portuguesa para a colônia, fugindo de Napoleão, há um surto de progresso, principalmente na sede provisória do império, o Rio de Janeiro que em pouco tempo se transformou no mais importante porto do país tornando-se então o centro das ações sanitárias.

Em 1813, é fundada por D. João, a Academia Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro e da Bahia (em 1815), logo se transformando nas duas primeiras escolas de medicina do país (BERTOLLI FILHO, 1999).

Em 1840, surge em Baltimore (EUA) a primeira escola de odontologia do mundo, o "Baltimore College of Dental Sugery" que seria o modelo das escolas de odontologia do Brasil nos anos seguintes.

Em 1850, pelo decreto lei 598 é criada a junta de Higiene Pública que além de trabalhar para a melhoria das ações saneadoras também exerciam papel de fiscalização e moralização dos "profissionais de saúde". Mesmo assim, as medidas tomadas eram pouco eficazes e não se conseguia cuidar da saúde da população.

Graças ao empenho de Vicente C. F. de Sabóia e Thomas Gomes dos Santos Filho, houve um novo texto nos Estatutos das Faculdades de Medicina do Império, denominada Reforma Sabóias, apresentado dia 25 de outubro de 1884 através do Decreto nº 9311 com seguinte enunciado: "Dá novos Estatutos às Faculdades de Medicina".- 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 Filippe Franco de Sá; 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, 63º da Independência e do Império. Com a rubrica de sua Majestade o Imperador Filippe Franco de Sá (ROSENTHAL, 1995).

Pela primeira vez, no art. 1º, vinha consignado que a odontologia formaria um curso anexo assim:

-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<sup>6</sup>.

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

---

<sup>6</sup> Havia apenas as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador. Compreende-se porque a primeira Escola de Odontologia de São Paulo, criada em 07 de dezembro de 1900, denominou-se nos primeiros anos. Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo.

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.

Os três primeiros mestres no Rio de Janeiro foram: Thomas Gomes dos Santos Filho, Aristides Benício de Sá e Antônio Gonçalves Pereira da Silva (ROSENTHAL, 1995).

A verdade é que os conhecimentos, nesta época, eram poucos e os médicos não conseguiam evitar as doenças infecciosas que atingiam as cidades e eram disseminadas pelo interior por viajantes. Algumas teorias foram formuladas como a de que as epidemias eram trazidas por navios estrangeiros como as epidemias de cólera, febre amarela e varíola no Rio de Janeiro. A Junta de Higiene exigiu que todos na corte fossem vacinados( já havia uma vacina contra “a bexiga” criada pelo inglês Edward Jenner) e, por fim, acreditaram que as enfermidades cariocas eram causadas por “ miasmas”, isto é pelo ar corrompido que vinha do mar e pairavam sobre a cidade.

A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Os doentes ricos buscavam muitas vezes tratamento na Europa. Para os pobres, restavam apelar para os curandeiros negros. Os doentes tinham medo de ser internados nos poucos hospitais públicos e nas Santas Casas, pois a falta de conhecimentos e de higiene fazia com que a morte fosse o destino certo da maioria dos pobres (BERTOLLI FILHO, 1999).

D Pedro II ainda incentivou as pesquisas científicas, premiando os intelectuais que se destacavam no Brasil e no exterior, chegando até, em 1886, a ter doado expressiva quantia à França para que fosse montado um laboratório de pesquisas de doenças das regiões tropicais. Apesar destes esforços, a fase imperial encerrou-se sem que o Estado solucionasse os problemas de saúde da coletividade e ao final do Segundo Reinado o Brasil mantinha a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta (BERTOLLI FILHO, 1999).

### **Saúde na República Velha**

Em 1889, ocorre a proclamação da República, um processo que vinha sendo desenvolvido desde 1870, após o término da guerra do Paraguai e a fundação do Partido Republicano, embalada pelos ideais positivistas de modernizar o país à luz da Razão e da Ciência. A base da economia era a “Lavoura Tradicional” baseada na monocultura, no latifúndio e na escravidão. Com o fim da escravidão, houve uma necessidade de atualizar a economia e a sociedade redefinindo o 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. É provável que este fato aliado aos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos seja o princípio da política de saúde brasileira, pois pela necessidade de aumentar a vida produtiva dos trabalhadores, o Estado passa a atuar de forma mais continuada e não apenas na ocorrência de epidemias.

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 violação do princípio federativo, sempre por solicitação dos estados, nunca por 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).

Embora houvesse uma reorganização nos serviços sanitários e nos conceitos das doenças da coletividade, nos primeiros anos da República as cidades e o interior ainda eram alvos de epidemias como varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera razão da morte de milhares de pessoas (ver quadro 1).

A República e as oligarquias da época destinavam parte dos lucros obtidos com a agricultura ao desenvolvimento sanitário das cidades, principalmente dos espaços de circulação de mercadorias como os portos de Santos e do Rio de Janeiro que eram vitais para a economia nacional. Quanto ao interior do país estaria relegado a um sombrio segundo plano, só chamando a atenção das autoridades quando os problemas sanitários interferiam na produção agrícola ou extrativista destinada à exportação.

**Quadro 1** - Óbitos por varíola e febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, 1850 a 1899.

<b>Anos</b>	<b>Mortes por Febre amarela</b>	<b>Mortes por Variola</b>
1850 - 1859	10970	642
1860 - 1869	2295	730
1870 - 1879	12916	6625
1880 - 1889	9376	6852
1890 - 1899	20879	8599

Fonte: BERTOLLI FILHO, 1999

Um exemplo da reorganização das ações de saúde na República foi a criação dos institutos: em 1892, foram criados os laboratórios Bacteriológicos, Vacinogênico e de Análises clínicas e Farmacêuticas mais tarde desmembrado em Instituto Butantã e Instituto Adolfo Lutz, em 1903 foi criado também em São Paulo o Instituto Pasteur e, em 1899, foi fundado no Rio de Janeiro o instituto soroterápico de Manguinhos que mais tarde seria o instituto Oswaldo Cruz. Alguns outros institutos foram criados em outros estados como Minas Gerais, Pará e Rio Grande do Sul, porém, a falta de recursos e disputas políticas faziam com estes centros pouco trabalhassem em favor da população (BERTOLLI FILHO, 1999).

Em 1902, durante o governo do presidente Rodrigues Alves, ocorre o lançamento do programa de saneamento e modernização do Rio de Janeiro, principal porta de entrada do país. Várias frentes de intervenção foram desenvolvidas para este fim e as ações sanitárias eram comandadas por Oswaldo Cruz que ocupava o posto de diretor geral do Departamento Nacional de Saúde pública. Em 1904, como parte das ações sanitárias, é então aprovada uma lei que tornava obrigatória a vacinação de todas as pessoas contra a varíola, fato este que, aliado à desconfiança, ao medo e ao descontentamento das pessoas com a forma agressiva e ditatorial com que as reformas vinham sendo feitas, culminou com a chamada "Revolta da Vacina" com manifestações violentas pelas ruas do Rio de Janeiro que culminaram com a morte de várias pessoas pelas forças da polícia e a revogação pelo governo da "Lei da Vacina". (SEVCENKO, 2003)

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 da doença de Chagas, dez milhões atacados pela malária e ainda cinco milhões de

tuberculosos. É evidente que as pessoas padeciam, geralmente, de mais de uma enfermidade. 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).

Embora apresentando este quadro na área rural, foi uma epidemia urbana que neste ano (1918) foi a responsável por milhares de mortes no país, a “Gripe Espanhola”, segundo HOCHMAN (1993):

*“...um fato pontual e trágico que, a meu ver, foi mais decisivo do que as demandas do movimento pelo saneamento do Brasil. Desde o final de 1918, o país, especialmente as grandes cidades, era atacado pela última pandemia deste século: a gripe espanhola. A capital do país, entre outubro e dezembro, desorganizou-se completamente. Além de causar um grande número de mortes, a epidemia paralisou a vida da cidade, que sofria com a falta de alimentos e remédios, a carestia, e a completa incapacidade das autoridades públicas em responder adequadamente a uma doença pouco conhecida que atingiu a Europa e os EUA no mesmo período com igual ou maior intensidade. As descrições dos jornais, que foram submetidos a censura, são aterrorizantes. Faltavam covéis e caixões para tantos mortos. Essa experiência de terror e medo causada por uma epidemia que atingiu as cidades sem muita distinção de classe social, ocupação ou região, com a autoridade pública revelando-se impotente e despreparada, significou uma inflexão nas respostas até então dadas pelo Estado. No Distrito Federal calcula-se que metade da população tenha contraído a gripe, contando-se aproximadamente 15 mil mortos entre outubro e dezembro de 1918. Por isso, para alguns jornais, a gripe espanhola teria sido uma “gripe democrática”. É importante perceber a epidemia como uma experiência coletiva singular que, por isso, teve impactos significativos sobre a política de saúde”.*

Não se sabe ao certo o número de mortos, estima-se cerca de quinhentas mil pessoas, entre estas, o Presidente eleito Rodrigues Alves, o que demonstrou aos deputados e governantes que ninguém estaria isento das conseqüências da falta de atenção aos problemas de saúde pública.

Em 1923 o Governo Federal cria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) então são definidas as áreas de atuação do governo na Saúde Pública : saneamento urbano e rural, propaganda sanitária, as higiênes infantil, industrial e profissional, atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais. os campos da assistência (médica e odontológica) ainda eram essencialmente liberais, ou seja, financiadas pelo próprio indivíduo. (OLIVEIRA & SOUZA, 1998)

## O Surgimento Da Previdência Social

O marco histórico inicial da Previdência Social no Brasil foi a promulgação da lei Eloy Chaves em 1923, que criava as CAPS (Caixa de Aposentadorias e Pensões). Segundo Romano Eduardo<sup>7</sup>, a lei Eloy Chaves (decreto legislativo nº 4682, de 24/01/1923) implantava a CAPS para os empregados das empresas ferroviárias contemplando-os com os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (corresponde a atual aposentadoria por tempo de contribuição), a pensão por morte e assistência médica e conclui: a partir dela (lei Eloy Chaves) surgiram dezenas e dezenas de CAPs, sempre por empresas. E, assim, os benefícios da lei Eloy Chaves foram estendidos aos empregados das empresas portuárias, de serviços telegráficos, de água, energia, transporte aéreo, gás, mineração, entre outras. No total foram 183 CAPs que posteriormente foram unificadas na Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

As CAPs eram organizadas pelas empresas e mantidas e geridas pelos patrões e empregados. Seu surgimento obedeceu também a mesma lógica: as empresas que eram estratégicas para a economia nacional fundaram suas caixas. As primeiras foram as dos trabalhadores das companhias de via férrea e portuários. Funcionavam como uma espécie de seguro social (tem direito aquele que paga contribuição) que garantiria certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente a assistência médica. Como tinham caráter privado, ou seja, eram mantidas por empresas, ainda não se configuravam como iniciativas do Estado, muito embora os presidentes das Caixas fossem nomeados pelo Presidente da República e houvesse um interesse claro do governo na manutenção deste sistema (OLIVEIRA & SOUZA, 1998).

Com as CAPS os direitos eram desiguais. Só se conseguiam organizar as Caixas nas empresas economicamente estratégicas que também eram aquelas nas quais os empregados se organizavam e pressionavam os patrões. Então, para aqueles que não pertenciam a estas categorias ou que não possuíam carteira

---

<sup>7</sup> Prof. Ítalo Romano Eduardo – Aula 13 – A Origem E Evolução Legislativa Da Previdência Social No Brasil  
[http://www.vemconursos.com/arquivos/aulas/italo\\_romano\\_aula13.pdf](http://www.vemconursos.com/arquivos/aulas/italo_romano_aula13.pdf)

assinada restava o atendimento filantrópico nos hospitais de caridade mantidos pela igreja.

Com a revolução de 30, ocorrem profundas mudanças no cenário político brasileiro. Getúlio Vargas toma posse da presidência do país com a derrubada do governo legalmente constituído nas eleições. As oligarquias ligadas às atividades agro-exportadoras perdem a força política e as oligarquias empresariais e industriais que estavam insatisfeitas com os governos anteriores agora representam o poder, tendo como metas a introdução de reformas sociais e a centralização do poder.

Em 1933, inicia-se uma nova fase com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que eram organizados não mais por empresas como as CAPS, mas por categorias profissionais, tendo assim uma abrangência maior. O primeiro a ser criado foi o IAPM (dos marítimos) em 29/06/1933 (decreto 22872) e, posteriormente, o IAPC (dos comerciários) em 22/05/1934, o IAPB (dos bancários), o IAPI (dos industriários), e o IAPFES dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos. As contribuições dos IAPS eram tripartites com a participação do Estado (que antes não contribuía nas CAPS), das empresas e dos empregados sendo que a direção dos Institutos cabia ao Estado mas havia representantes dos trabalhadores na administração.

Desde a criação dos IAPS, os recursos acumulados foram sendo utilizados para o financiamento da industrialização do país.

Em 1934, a nova constituição incorpora algumas garantias aos trabalhadores como assistência médica, licença gestação, jornada de trabalho de oito horas. Em 1943, há o estabelecimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) tornando definitivamente obrigatórios o pagamento do salário mínimo, a indenização aos acidentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas a todos os portadores de carteira de trabalho. É inegável que em relação a períodos anteriores, o governo Vargas tem uma atuação muito melhor no campo da saúde dos trabalhadores, possibilitando assistência médica a muitas pessoas que antes eram totalmente desamparadas. Deste modo, o presidente ganhou estima popular, sendo chamado pelo povo de "Pai dos Pobres"<sup>8</sup> (Bertolli Filho, 1999). É importante, no entanto, observar que várias ações de políticas sociais foram realizadas para que o presidente conseguisse governar dentro de seus

---

<sup>8</sup> Alguns historiadores são enfáticos ao dizer que as ações "sociais" de Vargas eram sempre baseadas em interesses das oligarquias as quais ele representava. Dizem dele "O Pai dos Pobres" e "Mãe dos Ricos".

preceitos de centralização com medidas populistas. As conquistas trabalhistas devem ser atribuídas às manifestações dos trabalhadores que se organizavam em sindicatos e pressionavam de sobremaneira o governo, e, finalmente, era importante que se evoluísse na questão da assistência à saúde dos trabalhadores, visto que, este representava a força propulsora da indústria nacional, como nos dizem OLIVEIRA E 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...”*

O modelo dos IAPS representou uma expansão na cobertura, pois a vinculação era exclusivamente por gênero ou categoria, em relação as CAPS que eram por empresas, englobando parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos. No entanto, os trabalhadores informais, os rurais e até alguns trabalhadores dos segmentos formais estavam descobertos. Estima-se que de sua criação até meados dos anos 50, apenas 30% da força de trabalho do país estaria segurada.

Nesta época, as ações de saúde se apresentam 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) citados por RONCALLI (2000) nos dizem:

*“No que concerne à saúde pública, esta fase corresponde ao auge do sanitarismo campanhista, característica marcante da ação pública governamental do início do século, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense...”*

Conclui-se, então, que o Sanitarismo Campanhista se desenvolveu na lógica da economia agro-exportadora com a necessidade de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias. O país precisava se livrar das endemias e epidemias que assolavam a população (peste, febre amarela, varíola, malária, etc.). O modelo desta época foi formulado e executado através da reforma sanitária de Oswaldo Cruz que materializa historicamente a saúde pública no Brasil e até hoje influencia as estratégias de controle das doenças. O modelo médico-assistencialista se desenvolveu a partir da urbanização e industrialização do país de onde surge a necessidade de manter a saúde do trabalhador que, como já dissemos, era a força propulsora da indústria nacional. Esse modelo se desenvolveu a partir do sistema previdenciário com cobertura exclusiva aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Segundo OLIVEIRA E SOUZA (1998):

*“...o que se observa, nos primórdios da ação governamental na saúde, no Brasil, é que as ações de caráter coletivo, como imunização, controle de epidemias e saneamento se dão no campo da saúde pública, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente. As ações de assistência à saúde a nível individual começaram a partir da estruturação da previdência social, vinculando a assistência médica ao princípio do seguro social e colocando-a no mesmo plano de benefícios como as aposentadorias, pensões por invalidez etc. Este é um aspecto extremamente importante, pois foi a partir desse modelo de prestação de serviços de saúde que se chegou ao quadro caótico que hoje temos na saúde.”*

**Quadro 2 - Diferenças entre o Sanitarismo e o Assistencialismo**

SANITARISMO	ASSISTENCIALISMO
Financiamento Público Estatal	Financiamento misto (estado, empregador)
Acesso universal	Acesso a população definida
Ações enfaticamente de prevenção	Ações curativas
Ações programadas	Atendimento à demanda
Ações sobre o ambiente e sobre a coletividade	Ações individuais
Práticas não necessariamente médicas	Práticas enfaticamente médicas
Ações não hospitalares	Ações enfaticamente hospitalares

Fonte: Curso autogestão – Fiocruz

Em relação a assistência à saúde bucal, observa-se que algumas CAPs e IAPs incorporam algum tipo de assistência odontológica aos seus beneficiários, os consultórios surgem junto aos órgãos de assistência médica e ofereciam pelo menos atendimento emergencial. 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).

LANA (1984), citada por ZANETTI (1993), explica como era 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 de 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.”*

Segundo Chaves (1986), a odontologia também foi dicotomizada em odontologia preventiva e odontologia curativa sendo que a parte preventiva seria de responsabilidade da saúde pública e a parte curativa seria atribuição da clínica particular e dos serviços sociais. E conclui:

*“...existem duas medicinas e duas odontologias , uma preventiva e uma curativa? Obviamente não. Existe uma só medicina e uma só odontologia: a melhor que pode ser praticada num momento dado da evolução da doença.”*

Em 1942, durante a Segunda Grande Guerra, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com a cooperação do governo dos Estados Unidos (EUA). Seu objetivo, na época, foi organizar e operacionalizar as ações de saúde em regiões produtoras de materiais estratégicos, como a Amazônia, Vale do São Francisco e Vale do Rio Doce (Chaves, 1986). Os EUA necessitavam de novos fornecedores de borracha, visto que, os países produtores asiáticos estavam sob

dominação japonesa e a Amazônia brasileira seria então uma opção, porém, era necessário manter a saúde das pessoas que trabalhavam na extração desta matéria prima, o que ficou a cargo do SESP. A partir da década de 50, o SESP amplia suas ações e passa a ter uma atuação mais nacional, sendo transformado na década de 60 na Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP (ABREU & WERNECK, 1998).

No início da década de 50, temos a criação do subsetor odontológico ligado ao Ministério da Saúde (MS) e com forte influência do SESP. As principais ações da época foram: o projeto de fluoretação das águas de abastecimento público que teve o seu marco experimental em 1956 na cidade de Baixo Guandu (ES) e a introdução do Sistema Incremental (SI) para escolares (ABREU & WERNECK, 1998).

O modelo de assistência odontológica do SESP é considerado pela maioria dos autores como o primeiro sistema público organizado do país, embora possamos encontrar alguns outros registros de serviços públicos anteriores a este, porém, nenhum deles apresentava uma programação científica definida como o Sistema Incremental. RONCALLI (2000) faz um relato de algumas experiências de serviços odontológicos públicos, no Brasil, anteriores ao SESP:

- atuação da odontologia nas Santas Casas de Misericórdia:

*“...no início da década de 80 (1880), mantinham um gabinete dentário destinado à realização de extrações. Segundo Cunha (1952), neste serviço eram “praticadas exodontias a granel; tendo só no segundo semestre de 1882, sido feitas ali 1.595 extrações dentárias e prescritas 368 receitas”*

- No campo da assistência a escolares:

*“...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).”*

*Werneck (1994) destaca que já em 1938 se tinha, em Belo Horizonte, um serviço instalado em um Grupo Escolar e, no final dos anos 1940, com a criação do Departamento de Assistência à Saúde, se tem o primeiro registro de um serviço público odontológico em Minas Gerais.*

*mês de um ciclo, por exemplo, só receberá atenção novamente no ciclo seguinte. Assim, enquanto as outras crianças estão sendo tratadas, aquela está acumulando novos problemas.” (PINTO, 1989).*

O SI foi proposto por Waterman, nos EUA, em 1946, inicialmente nas cidades de Richmond e Woonsocket. A assistência odontológica, neste modelo, foi montada nas escolas e caracterizava-se por ciclos, sendo que no primeiro ciclo todos os alunos de 5 a 16 anos eram atendidos num período de 24 e 30 meses, respectivamente em Richmond e Woonsocket. Nos ciclos seguintes, os escolares já atendidos eram colocados em um programa de manutenção e novos alunos eram incorporados ao programa (ABREU & WERNECK, 1998).

No Brasil o SI foi experimentado pela primeira vez em Aimorés - MG em 1951, o modelo utilizado foi adaptado à realidade brasileira tendo como diferenças do modelo original de Richmond e Woonsocket, o GI que era restrito às idades de 7 e 8 anos (as outras faixas etárias iam sendo incorporadas nos ciclos seguintes até completar a faixa de 7 a 14 anos) e a duração dos ciclos que foi fixa em 12 meses, seguindo o calendário escolar brasileiro. Este modelo passaria a ser conhecido como SI Aimorés (ABREU & WERNECK, 1998; RONCALLI, 2000; CHAVES, 1986; ZANETTI, 1993). Após 15 anos de experiência do modelo Aimorés, cria-se o modelo FSESP que é uma modificação do primeiro. O tipo FSESP apresenta uma cobertura inicial gradual e um ciclo variável para o atendimento dos escolares com trabalho classificado como de manutenção, utilizava uma análise epidemiológica mais apurada para a determinação dos grupos para tratamento, ou seja, utilizava dados de prevalência e incidência e não mais a idade cronológica (CHAVES, 1986; RONCALLI, 2000). Além dos modelos de Richmond, Aimorés e FSESP foi também desenvolvido o modelo Intensivo onde após determinadas as necessidades da população-alvo, desloca-se um número de dentistas suficientes para atender esta demanda acumulada em um curto espaço de tempo (um ano). Após o tratamento, esta equipe se retira, deixando na comunidade apenas o número de dentistas necessários ao tratamento de manutenção.

**Quadro 3 – Características dos modelos do Sistema Incremental**

TIPO	COBERTURA INICIAL	CICLO
Richmond	Total	Variável
Aimorés	Gradual	Fixo

Intensivo FSESP	Total Gradual	Fixo Variável
--------------------	------------------	------------------

Fonte: CHAVES, 1986 (cont. do quadro 3)

O Sistema Incremental se manteve hegemônico no Brasil por mais de 40 anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em odontologia e, apesar de não ter sido proposto apenas para clientela escolar, esteve sempre voltado para este público devido às facilidades de intervir nestes espaços (escolas), devido a ênfase epidemiológica nesta faixa etária, além da influência norte-americana de saúde escolar (ABREU & WERNECK, 1998; RONCALLI, 2000).

Embora importado de forma acrítica, o SI tinha uma estrutura organizacional muito forte e consolidada tendo sido um grande progresso na assistência odontológica da época, dando aos municípios grandes facilidades na sua execução. Talvez por este motivo tenha se mantido por tanto tempo como modelo hegemônico (OLIVEIRA et al, 1998). Na década de 70, o SI começa a sofrer inúmeras críticas, pois não conseguia atingir os resultados esperados, apresentando-se como um modelo superado tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto da sua abrangência e cobertura (OLIVEIRA et al, 1999; PINTO, 2000). Em relação a eficácia, o SI não conseguiu reduzir a incidência de cárie dentária, quando muito conseguiu um aumento no número de dentes restaurados sem nenhum impacto sobre os níveis de saúde bucal, os modelos preventivos adotados eram de curto alcance e com metodologias inadequadas. Em relação a abrangência e cobertura, foi considerado um modelo excludente, visto que priorizava apenas o atendimento aos escolares na faixa etária entre 6 e 14 anos (ABREU & WERNECK, 1998; OLIVEIRA et al 1999). A grande maioria dos programas que utilizaram o incremental reduziram a fase preventiva a fluoretação das águas de abastecimento e a bochechos com soluções fluoretadas, sendo estes atos os únicos métodos preventivo e não constituindo sistemas de prevenção (NARVAI, 2002). LANA (1984), citada por ABREU & WERNECK (1998), descreve a exclusão gerada pelo Sistema Incremental:

*"Pois, na quase totalidade destes programas, não se atinge toda a população, e sim a população infantil; não se atinge toda a população infantil, e sim, aquela de 7 a 12 anos; não se atinge a toda população de 7 a 12 anos, e sim aquela escolarizada; não atinge toda esta população escolarizada e sim aquela escolarizada na rede pública de ensino; não se atinge todos os escolares da rede pública de ensino, e sim aqueles da zona urbana."*

NARVAI (2002) confirma a exclusão e destaca outras críticas feitas ao SI:

*a) é excludente pois ocupa-se exclusivamente da população-alvo e não do conjunto da população exposta ao risco de adoecer;*

*b) fundamenta-se na evidência epidemiológica de que a cárie dentária aumenta com a idade. Em consequência, admite inevitáveis os períodos "de tratamento" e de "acúmulo de necessidades". O desenvolvimento da cariologia nas duas últimas décadas refuta essa evidência: não é inexorável que a cárie aumente com a idade;*

*c) 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.*

*d) aborda a doença no indivíduo pretendendo controlá-la em cada um deles, através de conjuntos de procedimentos que visam à obtenção de TC individuais, por idade.*

É importante ressaltar, também, a pouca força política que a área odontológica teve no MS. Todas as instituições que coordenaram esta área não conseguiram força política para organizar uma rede de ações e serviços de saúde bucal no Brasil (ABREU & WERNECK, 1998).

O Sistema Incremental foi, como já dissemos, um grande avanço para a odontologia da época se colocando como modelo contra-hegemônico à odontologia de mercado que havia no país (muito embora o SI reproduzisse a odontologia de mercado em nível de saúde pública) se tornando, a seguir, um modelo hegemônico de assistência odontológica por mais de quarenta anos, tendo se tomado sinônimo de programas odontológicos para escolares e, portanto, a despeito das críticas, não se pode negar o valor histórico do SI (NARVAI, 2002). Este mesmo autor, citando MOYSÉS (1991), descreve este pensamento:

*"...a crítica que nós fazemos hoje não nega o valor histórico que teve o Sistema incremental como instituição de práticas públicas de odontologia no país. E nós não podemos ser ingênuos de negar o valor específico que teve a introdução do Sistema incremental no país.(...) Então era realmente aquilo que nós poderíamos fazer no momento. Nós não tínhamos acumulações necessárias sejam de*

*ordem técnica, política, programática ou institucional, para queimar etapas e dar um salto de qualidade”.*

A partir de 1945, várias tentativas vinham sendo feitas no sentido de uniformizar e unificar a previdência social brasileira. Os IAPs tinham formas distintas de operar, tornando-se cada vez mais necessário uma legislação única e a unificação administrativa dos órgãos de previdência, porque a estrutura dos IAPS privilegiando as categorias profissionais regulamentadas por lei, causava uma profunda distorção social. A Previdência Social era pública e governamental na aparência, porém defendia interesses privados (como exemplo a compra de serviços médicos particulares). Havia então por um lado uma tensão social constante entre as categorias que recebiam tratamentos diferentes por seus respectivos IAPs e entre os que não tinham acesso nenhum aos benefícios e, por outro lado, a resistência corporativa das lideranças sindicais que dirigiam os IAPs e queriam manter seus privilégios, tanto que um dos fatos que dificultou a unificação foi que os presidentes Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek e João Goulart haviam assumido compromissos políticos com estes sindicatos que dominavam a estrutura administrativa dos institutos. Em 28 de agosto de 1960, após 13 anos no legislativo, 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 e financiamento para os IAPs existentes. Além disto a LOPS ainda incluiu benefícios como auxílio-reclusão, auxílio-funeral e o auxílio-natalidade e atingiu um maior número de segurados, como empregadores e profissionais liberais.

Em 1964, ocorre o golpe militar que instituiu o regime autoritário, diminuiu-se então a participação dos trabalhadores na administração dos IAPs, havendo condições propícias para a unificação administrativa da Previdência, que ocorre em 21 de novembro de 1966, por meio do decreto nº 72 que fundiu os IAPs em um único instituto o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), o qual tinha suas ações totalmente centralizadas no governo federal, diferente do que ocorria nas CAPs e IAPs.

Com a criação do INPS, está estabelecido o modelo brasileiro de seguro social e prestação de serviços médicos. Somente tinham direito aos benefícios os trabalhadores que tinham carteira assinada e contribuíam para a previdência (OLIVEIRA & SOUZA, 1998).

**Quadro 4 - Fases do estabelecimento das políticas de saúde no Brasil desde a década de 1920 até a década de 1960.**

<b>O PERÍODO 1923/30: O NASCIMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL</b>			
<b>Marco legal e político</b>	<b>Previdência</b>	<b>Assistência a Saúde</b>	<b>Saúde Coletiva</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nascimento da legislação trabalhista</li> <li>• Lei Eloy Chaves (1923)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPs - organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanitarismo Campanhista</li> <li>• Departamento Nacional de Saúde Pública</li> <li>• Reforma Carlos Chagas</li> </ul>
<b>O PERÍODO 1930/45: AS PROPOSTAS DE CONTENÇÃO DE GASTOS E O SURGIMENTO DAS AÇÕES CENTRALIZADAS DE SAÚDE PÚBLICA</b>			
<b>Marco legal e político</b>	<b>Previdência</b>	<b>Assistência a Saúde</b>	<b>Saúde Coletiva</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do Ministério do Trabalho</li> <li>• CLT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auge do Sanitarismo Campanhista</li> <li>• Serviço Nacional de Febre Amarela</li> <li>• Serviço de Malária do Nordeste</li> <li>• SESP (1942)</li> </ul>
<b>O PERÍODO 1945/66: A CRISE DO REGIME DE CAPITALIZAÇÃO E O NASCIMENTO DO SANITARISMO DESENVOLVIMENTISTA</b>			
<b>Marco legal e político</b>	<b>Previdência</b>	<b>Assistência a Saúde</b>	<b>Saúde Coletiva</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituição de 1946</li> <li>• LOPS (1960)</li> <li>• Estatuto do Trabalhador Rural</li> <li>• Golpe de 1964</li> <li>• INPS (1966)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas</li> <li>• Incorporação da assistência sanitária à Previdência</li> <li>• Uniformização dos direitos dos segurados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento dos serviços próprios da Previdência</li> <li>• Aumento de gastos com a assistência médica</li> <li>• Convivência com os serviços privados, em expansão no período</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanitarismo desenvolvimentista</li> <li>• Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRU (1956)</li> </ul>

Fonte: CUNHA & CUNHA (1998) in RONCALLI, (2000)

Dos trabalhadores que contribuíam para o INPS, eram descontados 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários da empresa, independentemente do ramo de atividade ou categoria profissional. Trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) também poderiam estar cobertos, desde que contribuíssem com 16% de sua renda básica. Com esta ampliação de cobertura as instituições de assistência não davam conta da demanda, sendo necessário ampliar as instalações de assistência e contratar uma rede maior de

estabelecimentos privados que passaram a integrar a rede de assistência médica do INPS.

Criou – se então o “Complexo Previdenciário” composto de três sistemas: o sistema próprio, formado por redes de hospitais e unidades de saúde de propriedade da previdência social, e o sistema contratado que era dividido em dois: o sistema contratado credenciado (com sistema de pagamento por unidades de serviço) e sistema contratado conveniado com sistema de pré-pagamento (OLIVEIRA & SOUZA, 1998). Segundo estes autores, o INPS privilegiava a compra de serviços conveniados, ou seja, comprava os serviços de assistência médica das grandes corporações médicas privadas, de hospitais e multinacionais fabricantes de remédios.

O governo emprestava dinheiro para a iniciativa privada construir a rede hospitalar e depois comprava os serviços desta própria rede:

*“Na década de 70, a Previdência Social teve sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e no volume de recursos arrecadados e também o maior orçamento da história, utilizado sem controle pelo governo militar, financiando hospitais particulares, obras faraônicas e permitindo fraudes, porque não havia fiscalização dos serviços médicos executados pela rede privada. Em contrapartida, os diversos serviços de Saúde Pública são obrigados a fechar ou a trabalhar com um mínimo de recurso (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992).*

O Brasil viveu entre os anos de 1968 a 1974 a época do “Milagre Econômico” com grande desenvolvimento econômico, com elevação significativa do PIB (produto interno bruto) e uma modernização na estrutura produtiva nacional. Os investimentos são voltados para a segurança e desenvolvimento com aumento no orçamento dos ministérios dos transportes e da indústria e comércio em detrimento do ministério da saúde que tem seu orçamento reduzido, piorando de sobremaneira os serviços de saúde (Quadro 5). Eram os tempos do “Brasil grande” e dos duros tempos da repressão com desrespeito total à liberdade e aos direitos humanos (BERTOLLI FILHO, 1999).

O modelo de desenvolvimento econômico adotado pela ditadura concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e prejudicava a saúde das pessoas. O sistema de saúde não atendia a população em suas necessidades e gastava mais que arrecadava.

**Quadro 5 - Participação do Ministério da Saúde no orçamento da União (1961 – 1980)**

ANO	% do orçamento para o M.S.	ANO	% do orçamento para o M.S.
1961	4,57	1971	1,41
1962	4,31	1972	1,19
1963	4,10	1973	1,03
1964	3,65	1974	0,94
1965	2,99	1975	1,13
1966	4,21	1976	1,58
1967	3,44	1977	1,80
1968	2,21	1978	1,81
1969	2,58	1979	1,82
1970	1,11	1980	1,38

Fonte: Bertolli filho, 2001

Neste período, após a fusão dos IAPs, a expansão da assistência odontológica também foi crescente no setor estatal e culminaria, mais tarde, com a aprovação do PRAOD (Plano de Reorientação da Assistência Odontológica) pelo CONASP em 1981. Tal expansão não deve, porém, ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal. (NARVAI, 2002).

*A expansão das medidas odontológicas na 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 de 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 (ZANETTI, 1993).*

O atendimento oferecido era de livre demanda e reproduzia a nível público a odontologia de mercado. Entretanto na esfera pública a prática era empobrecida com serviços de má-qualidade (ZANETTI, 1993).

SERRA (2000) Afirma que:

*“a assistência odontológica previdenciária viveu, da mesma forma que a médica, todas as transformações impostas pelo projeto universalizante privatista da década de 70 – a expansão da cobertura via o plano de pronta ação (PPA), a ampliação dos convênios com o setor privado, a formação de odontologias de grupo, a industrialização de equipamentos odontológicos sofisticados e a mercantilização do setor – sustentados com recursos do Fundo de apoio ao desenvolvimento social/Caixa Econômica Federal (FAS/CEF)”.*

Em meados dos anos 70, surge a chamada *Medicina de Grupo* cujo objetivo era oferecer melhores condições de atendimentos aos trabalhadores. As empresas firmavam contratos com grupos médicos que substituíam os serviços prestados pelo INSS, deixando de pagar a cota previdenciária ao governo e em troca prestavam assistência médica a seus empregados (BERTOLLI FILHO, 1999).

Em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através da lei 6036, com objetivo de tentar contornar os problemas que ameaçavam sucumbir o INPS, como por exemplo: a incapacidade gerencial, a complexidade do do sistema previdenciário e as fraudes dos hospitais privados, além de que, a Previdência Social apresentava grande importância política no regime militar por sua relação direta com os trabalhadores e pelo volume de recursos arrecadados (BERTOLLI FILHO, 1999; COHN & ELIAS, 2001). Sendo assim o INPS foi então desdobrado em três institutos:

- IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social que administrava e recolhia recursos;
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social destinado a administrar o sistema de saúde previdenciária;
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais.

Ainda neste ano é aprovada a Lei 6.050 (24/05/1974) que versava sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento público. .

Com o objetivo de reestruturar a previdência social, a lei 6.439 de 01/07/1977 institui o SIMPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) que iria

rever as formas de concessão e manutenção de benefícios e serviços e reorganizar a gestão administrativa, financeira e patrimonial (COHN & ELIAS, 2001; OLIVEIRA, 2000). O SIMPAS era subordinado ao MPAS apresentando a seguinte estrutura:

- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. **Função:** conceder e controlar a manutenção de benefícios;
- IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social. **Função:** arrecadar, fiscalizar e cobrar as contribuições previdenciárias;
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Função:** prestar assistência médica;
- FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-estar do Menor. **Função:** prestar assistência ao bem-estar do menor;
- LBA – Fundação Legião Brasileira de assistência. **Função:** prestar assistência às pessoas carentes;
- CEME – Central de Medicamentos. **Função:** distribuir medicamentos às pessoas carentes;
- DATAPREV – Empresa de processamento de Dados da Previdência Social. **Função:** prestar serviço de processamento de dados.

Apesar dos avanços conseguidos com esta nova estrutura, algumas características do período passado ainda permaneciam como:

- Centralização das decisões financeiras e operacionais no governo federal e, dentro dele, no interior do INAMPS;
- Financiamento baseado em contribuições sociais;
- Redes de atendimentos não integradas;
- Privatização da execução dos serviços de saúde;
- Pouca efetividade sob o ponto de vista das necessidades da população, seja quanto ao acesso ou a qualidade dos serviços.

Em fins dos anos 70, temos um agravamento da crise brasileira com a falência do modelo econômico do regime militar. A política de saúde praticada pouco fez para alterar o quadro sanitário das décadas anteriores. O setor sofre de falta de planejamento, descontinuidade dos programas, problemas de caixa e envolvimento

em esquemas de corrupção e desvio de verbas, além da ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população (RONCALLI, 2001; COHN & ELIAS, 2001; OLIVEIRA & SOUZA, 1998, BERTOLLI FILHO, 2001).

*...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 uma rede de influências que não era fácil quebrar. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) ainda defendiam com unhas e dentes o modelo que tantos lucros lhe geravam (OLIVEIRA & SOUZA, 1998) .*

*...E é exatamente por essa via que se reafirma o sistema de proteção social brasileiro como um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitoreiros, seguindo, em suma, a tradição política de apropriação privada da coisa pública (COHN & ELIAS, 2001).*

Surge então nesta época, o **Movimento pela Reforma Sanitária** liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva que clamavam, em conjunto com a população, por políticas mais universalistas. Este movimento foi divulgando suas idéias e incorporando aliados como lideranças políticas sindicais, lideranças populares, parlamentares e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde. E o marco referencial deste movimento se daria em 1979 no I Simpósio Nacional de políticas de saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados, o Movimento pela Reforma Sanitária representado pelo CEBES (Centro de Estudos Brasileiros de Saúde) apresentou e discutiu publicamente um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de Sistema Único de Saúde, que seria racional, de natureza pública universal e descentralizado (RONCALLI, 2000).

Num primeiro momento estas idéias não foram aceitas, porém, por pressões populares e do movimento Sanitário o governo vai aos poucos incorporando partes das propostas deste Sistema Único de Saúde.

No início da década de 80, pressionado por entidades representantes da população e do Movimento Sanitário, o governo elaborou seu plano de reorganização de assistência à saúde, lançando em 1980, na VII CNS (Conferência Nacional de Saúde) o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos) que

possuía características semelhantes ao projeto da Reforma Sanitária com a implantação de uma rede de serviços básicos, descentralização, participação popular e a integração dos Ministérios da Saúde e Previdência. Este projeto sofreu muitas pressões e não chegou a ser executado (OLIVEIRA & SOUZA, 1998).

Segundo NARVAI (2002), durante a VII CNS um grupo de debates foi encarregado de analisar e oferecer sugestões quanto a participação da odontologia nos serviços básicos de saúde classificou o modelo de prática com as seguintes características:

- *“Ineficácia - na medida em que não responde à resolução ou redução, em níveis significativos, dos problemas de saúde bucal da população”;*
- *Ineficiência - uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento;*
- *Descoordenação - decorrente da multiplicidade de órgãos que atuam superpostamente tanto em nível normativo quanto operacional;*
- *Má distribuição - uma vez que as unidades prestadoras de serviços se localizam nos pólos de desenvolvimento, ou em torno deles, deixando ao abandono as áreas rurais ou marginalizadas dos grandes centros, que, assim, são obrigados a buscar sistemas alternativos de atenção;*
- *Baixa cobertura - na medida em que não consegue dar assistência nem à demanda espontânea, quanto mais àquela que é a mais significativa e que não chega a ser efetiva;*
- *Alta complexidade - uma vez que faz uso de uma tecnologia complexa e sofisticada;*
- *Enfoque curativo - em razão do abandono a que relega o emprego de métodos preventivos hoje disponíveis e já sobejamente comprovados como de enorme eficácia e eficiência;*
- *Caráter mercantilista - na medida em que fazem da saúde um bem de troca sujeito as leis econômicas não só no campo da iniciativa privada, como também no da pública, que o estimula mediante mecanismos de compra de seus serviços;*
- *Caráter monopolista - que se traduz na resistência à transferência de conhecimentos e a sua utilização por parte de outros tipos de recursos humanos, que não o profissional de nível superior, numa opção que fere o princípio de divisão do trabalho já reconhecido e utilizado largamente por outros setores das ciências médicas;*

*- Inadequação do preparo dos recursos humanos - que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país, precocemente direcionados para especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deverão atuar e que, a nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo como o treinamento ou preparação em serviço.*

*Finalmente caracteriza-se o modelo odontológico atual pela dependência externa na medida em que baseia seus modelos de atuação, orienta a formação de seus recursos humanos e emprega uma tecnologia com insumos e equipamentos importados, cujas condições em nada reproduzem os existentes em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento, reforçando assim todo um contexto de dependência econômica e cultural que entrava e desestimulava a criatividade na busca de soluções ajustadas as características de nosso país “.*

Em 1981, é criado o plano CONASP (Conselho Consultivo de administração da Saúde Previdenciária) que também incorpora algumas propostas da Reforma Sanitária e estabelece mudanças significativas no sistema, em particular na extensão da cobertura e na atenção primária. A partir do CONASP se inicia a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) com objetivo de tornar mais eficientes e eficazes as ações produzidas pelo sistema, sendo certamente uma das primeiras experiências com um sistema mais integrado e articulado (OLIVEIRA & SOUSA, 1998),

Em 1984, há a eleição de Tancredo Neves/ José Sarney pelo colégio eleitoral, fato político que foi chamado de Nova República por ser o início de uma nova fase republicana após duas décadas de autoritarismo (RONCALLI, 2001).

VIANNA (1988) faz um relato da assistência odontológica durante a primeira metade da década de 80:

*“...pode se perceber, através da análise dos dados relativos ao período 80/85, é que houve uma progressiva ampliação do setor conveniado e uma sensível redução dos serviços próprios e credenciados. Esta tendência, manifestada desde o agravamento da crise financeira da Previdência em 1981, viria a se consolidar com as Ações Integradas de Saúde em 1984, onde se evidenciou um nítido incremento de convênios com órgãos públicos e Instituições de Ensino Superior Odontológico. Esta parece ter sido a estratégia eleita no sentido de racionalizar o uso de recursos e aumentar o controle sobre a assistência odontológica, sem precisar investir na efe-*

*tiva reestruturação dos serviços próprios, ficando a prioridade a estes atribuída, restrita ao nível do discurso normativo.”*

A partir de 1985, o INAMPS aumentou gradativamente os repasses financeiros para órgãos públicos, com prioridades para a atenção odontológica escolar, buscando desta forma um maior equilíbrio de gastos entre prestadores públicos e privados.

As Conferências Nacionais de Saúde já existiam por lei desde 1941, mas foi na VIII CNS em 1986 que foi possível uma ampla participação popular e a aprovação da Reforma Sanitária.

*“A Oitava Conferência é, hoje, considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário. Com uma ampla participação (cerca de 5.000 pessoas entre trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que deveria ser defendida na Constituinte” (OLIVEIRA & SOUZA, 1998).*

O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde), criado em julho de 1987, constitui-se num aprofundamento das AIS e representou um avanço em relação à descentralização e unificação, uma vez que foram passados para o estado as funções do INAMPS sendo unificadas as estruturas deste órgão com as do governo estadual. O SUDS sofreu grande pressão das empresas privadas de medicina que se recusavam a se submeter a um sistema unificado e tentavam de todas as maneiras inviabilizar o sistema. Por outro lado, o SUDS também estava sujeito a manipulações políticas dos Governos Estaduais e Municipais, além de, fraudes e desvios dos recursos (PIMENTA, 1993; BERTOLLI FILHO, 1999).

Em relação as ações odontológicas nas décadas de 70 e 80, ZANETTI (1993), classifica da seguinte forma:

*Ao final destas duas longas décadas, o modelo cristalizou-se no interior das instituições previdenciária com características gerenciais incontroláveis, uma vez que não só o caráter das posturas administrativas favoreceram como também a implementação do processo deu-se num contexto que propiciava o exercício do “tráfico de influência” e dos “favorecimentos escusos”. Evidência disto é que a maior parte das atividades ampliadas com a compra dos serviços no mercado, não foram acompanhadas do devido aporte institucional público para coordená-las e fiscalizá-las.*

Durante todo este período tentou-se implementar a fluoretação das águas de abastecimento, uma luta que perdura até hoje, encontrando vários obstáculos como a falta de recursos, vontade política e os empecilhos colocados pelas Companhias de Abastecimento que trabalham baseadas nos princípios de mercado buscando a viabilidade econômica, não tendo como prioridade os benefícios à população.

Grande parte das propostas da VIII CNS foram incorporadas à Constituição de 1988, garantindo saúde como direito de todos e dever do Estado, e a instituição do SUS possibilitou acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, descentralização de poderes para níveis estaduais e municipais e atendimento integral das ações preventivas. As instituições privadas têm sua participação na complementação das ações do SUS (COHN & ELIAS, 2001; RONCALLI, 2000).

O texto constitucional de 1988 define então um sistema de Seguridade Social e não mais de Seguro Social, com um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar direitos relativos à saúde, assistência e previdência social (COHN & ELIAS, 2001). Em 1990, o INPS e o IAPAS foram fundidos e passam a constituir um único instituto, denominado de INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), tendo como atribuições básicas a arrecadação, administração e o pagamento de benefícios da Previdência Social. Neste mesmo ano é aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) composta pelo conjunto das leis 8.080 e 8.142.

## SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo de assistência à saúde que implica numa nova formulação política e num desenho organizacional distinto dos serviços e das ações de saúde, com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, ainda está em fase de implantação e construção.

O SUS é definido como ÚNICO porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, estando sob a responsabilidade dos governos Federal, Estadual e Municipal. O SUS, portanto, não é um serviço ou uma instituição, é um sistema de serviços e ações que tem como objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A partir da nova constituição de 1988 e do estabelecimento do SUS, todas as pessoas têm direito às ações de saúde sem qualquer discriminação, cabendo ao governo a responsabilidade de prover este direito a todos, sendo que a única condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde, é precisar deles.

ARTIGO 196 da Constituição Federal:

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

O SUS é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

ARTIGO 198 da 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 (BRASIL, 1988)."*

O SUS incorpora um conceito mais abrangente de saúde:

Lei 8.080 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."*

Segundo RONCALLI (2000),

*"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, como eixo norteador, os princípios doutrinários."*

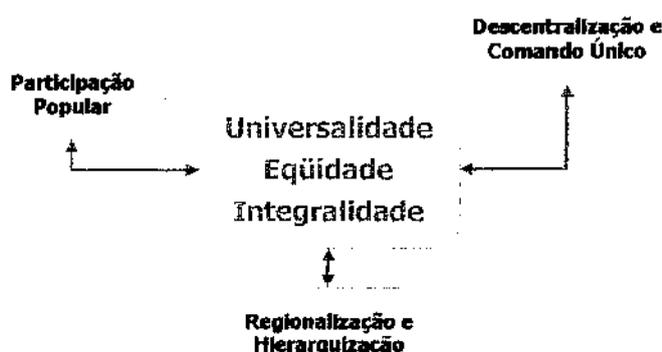


Figura 1 – Princípios doutrinários e organizativos do SUS. (RONCALLI, 2000).

## Princípios Doutrinários do SUS

### UNIVERSALIDADE:

Todos os cidadãos têm direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde assim como àqueles contratados pelo poder público. A saúde como direito de cidadania plena e não regulada, vem a colidir com o modelo excludente anterior onde somente os contribuintes da previdência tinham direito à assistência a saúde (RONCALLI, 2000). Segundo este mesmo autor é importante diferenciar direito à saúde de direito à assistência a saúde e citando PAIM (1987) explica:

*“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.”*

e conclui:

*“O princípio da universalidade da atenção, pois, incorpora o direito à assistência como constructo da cidadania e aponta para um modelo que pressupõe uma lógica de seguridade social baseada nos moldes dos Estados de Bem-Estar...”*

### EQÜIDADE:

Assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Os cidadãos serão atendidos conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (MS, 1990).

CUNHA & CUNHA (1998) citados por RONCALLI nos explicam que equidade significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocando recursos onde as necessidades são maiores.

É importante, portanto, neste caso, diferenciar equidade de igualdade pois se as necessidades são desiguais e se as oportunidades são desiguais a solução para

estas necessidades deve ser equânime, ou seja, na medida das necessidades de cada indivíduo.

#### **INTEGRALIDADE:**

É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- 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.

Enfim:

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

Esta visão do homem como ser integral é um contraponto a lógica que era utilizada para a saúde, baseada nos princípios curativos e tecnicistas (flexineriano) e nos remete ao compromisso de uma integração entre várias outras áreas de políticas sociais que não apenas as do campo da assistência à saúde.

#### **Princípios Organizativos do SUS**

##### **REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO:**

A hierarquização é a organização dos serviços por níveis de complexidade crescentes e a porta de entrada do sistema é através da unidade de nível mais elementar, como as UBS (Unidades Básicas de Saúde), Postos de Saúde ou Unidades de Emergência.

*“...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 na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). (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).*

Para NARVAI (1992), o conjunto das unidades que compõem o SUS pode ser subdividido em níveis de atenção:

**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.

Há ainda, segundo o mesmo autor, os chamados centros de excelência que pela suas características de especialização são definidos como **quarto nível de atenção**. Assim, são estabelecidos os mecanismos de referência e contra-referência, através da qual os usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde para outra de maior nível de complexidade ou entre níveis iguais e após realizado o atendimento, é encaminhado de volta (contra-referência) à unidade de origem.

Com relação a regionalização, os serviços de saúde devem estar dispostos em uma área geográfica delimitada e com uma população definida. Segundo as características de cada local, este poderá ser dividido em Distritos Sanitários (DS) 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. (NARVAI, 1992; RONCALLI, 2000).

#### **DESCENTRALIZAÇÃO:**

É uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Assim, o que é de abrangência do Município deve ser responsabilidade do Governo Municipal, o que é de abrangência

do Estado deve ser de responsabilidade do Governo Estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade do Governo Federal. Parte-se do princípio que quanto mais próximo do problema, maior a chance de se acertar na solução. (BRASIL, 1990; RONCALLI, 2001; OLIVEIRA & SOUZA, 1998).

Os responsáveis pela operacionalização descentralizada do SUS nos vários níveis de governo são os gestores. Nos Municípios, os gestores são as secretarias municipais de saúde ou as prefeituras e os responsáveis são os respectivos secretários municipais e prefeitos, cabendo ao gestor deste nível programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, o município é o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde dirigidas à população. Nos Estados, os gestores são os secretários estaduais de saúde cabendo a estes coordenar as ações de saúde de acordo com as necessidades propostas por cada município, além de realizar ações de saúde que os municípios não forem capazes e/ou que não lhes couberem executar. Em nível federal, o gestor é o Ministério da Saúde sendo responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde com importantes ações de planejamento, financiamento, cooperação técnica e controle do SUS. Cabe, ainda, aos gestores dos três níveis de governo a articulação entre os diferentes níveis e com os demais setores da sociedade para que haja participação no processo.

As instâncias básicas de articulação, negociação e harmonização entre os gestores são denominadas CIT (Comissão Intergestora Tripartite) quando composta pelos gestores Municipais, Estaduais e Federais e CIB (Comissão Intergestora Bipartite) quando é composta pelos gestores Municipais e Estaduais (BRASIL, 1996).

#### **PARTICIPAÇÃO POPULAR ( CONTROLE SOCIAL):**

É a garantia que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis de governo (MANFREDINI, 2003).

A participação popular se dará através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde que se estabelecerão em nível Municipal, Estadual e Federal. Os Conselhos de Saúde são formados com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. As

Conferências de Saúde devem ser periódicas para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (BRASIL, 1990). A democratização das informações também é forma de participação popular.

O controle social foi um dos princípios constitucionais mais combatido, tendo sido vetados, pelo Presidente, os artigos que versavam sobre este tema na Lei 8.080/90 e após grande pressão da sociedade estes artigos foram resgatados na Lei 8.142/90. (RONCALLI, 2001).

É importante ressaltar que a constituição definiu que havendo necessidade, os governos poderão contratar serviços privados, devendo isto se dar por três condições:

*1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular;*

*2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;*

*3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o quê, em que nível e em que lugar.*

*Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição.*

*Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.*

*Toma-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos (BRASIL, 1990).*

### **Financiamento do SUS:**

Os recursos para financiamento do SUS são provenientes das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

Os recursos federais provêm do orçamento da Seguridade Social, que também financia a Previdência Social e a Assistência Social. Estes recursos ainda são acrescidos de parte dos recursos do orçamento da União, constantes na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), aprovada anualmente pelo Congresso nacional, outra fonte de recursos prevista é um percentual sobre a receita de concursos de prognósticos e recursos da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). Estes recursos são divididos em duas partes sendo que uma fica retida para o investimento e custeio das ações federais e a outra parte é destinada aos estados e municípios de acordo com critérios estabelecidos como: população, necessidade e capacidade instalada (BRASIL, 1990).

O orçamento da Seguridade Social é obtido resgatando, de certa forma, o velho modelo das CAPS: os empregadores passam a ter sua contribuição calculada sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro, e os empregados sobre o salário. (COHN & ELIAS, 2001).

Recursos próprios do orçamento estadual destinados à saúde são acrescidos do repasse federal e formam o fundo estadual de saúde, onde uma parte é destinada aos gastos estaduais em saúde e outra parte é destinada aos municípios segundo critérios específicos (BRASIL, 1990).

#### Quadro 5 - Orçamento da Seguridade Social

Empregado	Empregador
De 8% a 11% do salário de contribuição	22% sobre o total da folha de pagamento 2% sobre a receita operacional (bruta) 10% sobre o lucro líquido

Aos Municípios cabe destinar parte de seu orçamento para a saúde que somados aos recursos estaduais constituirão o fundo municipal de saúde através do qual o Município administrará os recursos (BRASIL, 1990).

A criação dos fundos de saúde são importantes, pois asseguram que os recursos da saúde sejam geridos pelo setor saúde e não pelas secretarias de fazenda (BRASIL, 1990).

Segundo CARVALHO (1993), a concretização do SUS passa obrigatoriamente por uma discussão sobre o financiamento, pois os princípios constitucionais deste financiamento não se concretizaram, citando vários problemas relativos ao baixo repasse do governo federal (menos de 1% de seu orçamento fiscal), a falta de equilíbrio dos recursos da Seguridade Social privilegiando a previdência em detrimento da saúde, alocação de recursos da Seguridade Social para outros fins (IBAMA, hospitais universitários), além de estados e municípios que não destinam parte de suas receitas para saúde e a sonegação fiscal.

Um fato importante relativo à arrecadação de recursos para a saúde foi a Lei 9311 de 24/10/96, que criava a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). As projeções dos recursos para o setor Saúde feitas em 1995 para o ano seguinte indicavam que o sistema entraria em colapso, então foram buscadas alternativas e após um amplo debate político a Lei da CPMF foi aprovada. Inicialmente a Contribuição estabelecida era de 0,20% 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 foram repassados R\$ 6,9 bilhões. Nos anos seguintes, como o orçamento Federal já estava dependente destes recursos, a CPMF foi prorrogada por mais 36 meses com alíquota de 0,38% sendo 0,20% para Saúde e 0,18% para a Previdência Social. A grande polêmica em torno da CPMF foi que o Governo Federal se utilizou da Saúde como pretexto para aprovar o “imposto” e, conforme a Lei, transferia os recursos diretamente para o FNS mas em contrapartida deixava de repassar outros recursos que anteriormente eram destinados à saúde<sup>9</sup> ( CARVALHO, 2002).

*...Pode-se dizer que, no Brasil pós Constitucional, gasta-se pouco com saúde no âmbito do Governo Federal e se gasta indevidamente por uso incorreto ou mau uso. Erros esses, no mínimo, culposos, por desvios de finalidade e de processo no uso de recursos.*

**...ESTÁ SENDO DESCUMPRIDO O BLOCO DE CONSTITUCIONALIDADE REFERENTE AO FINANCIAMENTO FEDERAL DA SAÚDE (grifos no original)**

**...OS ÓRGÃOS FISCALIZADORES DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS NO ÂMBITO FEDERAL DESCUMPREM A LEI**

<sup>9</sup> Segundo CARVALHO (2002) a CPMF foi um engodo pois o Governo Federal destinava esta receita para a saúde, mas em contrapartida deixava de repassar receitas de outras fontes fazendo com que o resultado final do orçamento da saúde ficasse quase que inalterado. “Dava com uma mão e tirava com a outra”.

**AO NÃO IMPEDIREM QUE ESTAS ILEGALIDADES DO EXECUTIVO CONTINUEM SE MANTENDO (grifos no original) (CARVALHO, 2002).**

O relatório da 11ª CNS em 2000 cita que as contradições entre os princípios do SUS e o modelo econômico brasileiro são alguns dos motivos da falta de recursos e das dificuldades para se obtê-los, além de que, o comprometimento de grande parte da receita da União (44%) com o pagamento de juros e amortização da dívida externa reduz a destinação de verbas das contribuições sociais para a saúde. No entanto, os participantes da 11ª CNS, segundo o relatório, reconhecem que houve avanços como a criação da CPMF que apesar de atuar como fonte substitutiva, permitiu uma regularização no fluxo de caixa, a instituição do PAB (Piso da Atenção Básica) diminuiu a desigualdade nos repasses e permitiu aos gestores municipais maior autonomia e reorganização da rede de serviços e a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 29/2000 que estabelece a participação orçamentária mínima obrigatória da União, Estados e Municípios e Distrito Federal para o financiamento de saúde.

As vantagens obtidas com a EC 29/00 são assim resumidas:

*1. Ela dará condições para um novo ciclo de expansão do SUS, ao trazer mais recursos numa hora decisiva para sua consolidação. Calcula-se que passaria dos atuais R\$ 30 bilhões (federal, estadual, municipal) para cerca de R\$ 40 bilhões em 2004. É um aumento moderado diante das necessidades, porém, não há dúvida da sua importância numa época em que os orçamentos sociais são esmagados pelas obrigações com as dívidas.*

*2. Permitirá uma previsibilidade de recursos. As autoridades sanitárias poderão, pela primeira vez, fazer um planejamento de gastos de pessoal, investimentos e programas, o que era impossível até hoje, dadas as variações bruscas orçamentárias de um ano para outro.*

*3. Acaba a "gangorra orçamentária". Quando um nível de governo aumentava, o outro diminuía. Por exemplo: subiam os gastos municipais e desciam os estaduais.*

De acordo com a EC 29/00 a participação orçamentária ficaria definida: União acrescentaria a cada ano a variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto) que seria a inflação mais o aumento real do PIB. Os Estados destinariam de seus recursos próprios uma fração progressiva até 12% em 2004. Os Municípios

destinariam, também de seus recursos próprios uma fração progressiva até 15% em 2004. Estes valores teto seriam o mínimo obrigatório por lei.

**Quadro 6 – Participação progressiva dos Estados e Municípios de acordo com a EC 29/00**

<b>Ano</b>	<b>Estados</b>	<b>Municípios</b>
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Confirmando os desvios já citados por CARVALHO (2002), o jornal Folha de São Paulo de 11/03/2003 traz manchete dizendo que “Estados retêm R\$ 1 Bilhão da Saúde” onde, segundo o jornal, 17 das 27 unidades da federação deixaram de aplicar juntas mais de R\$ 1 bilhão em ações e serviços de saúde em 2001 descumprindo a Emenda Constitucional 29.

#### **Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS)**

São portarias do MS que definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo tratando dos aspectos das responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ et al., 2001)

A primeira Norma Operacional Básica (**NOB 1/91**) foi 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 NOB foi duramente criticada por seu perfil centralizador condicionando o repasse à produção e foi considerada um retrocesso em relação à LOS (LEVCOVITZ et al., 2001; RONCALLI, 2001).

CAMPOS (1997) afirma:

*...esta forma tradicional de pagamento que consistia em remunerar cada município pelo volume de procedimentos individuais realizados, adotando um sistema muito semelhante ao já utilizado para o*

*pagamento de hospitais e clínicas privadas e ainda dependentes de negociação e acordos políticos, trouxe para o setor público municipal elementos da lógica de mercado. Assim, o dirigente local que pretende obter um maior volume de recursos terá de adotar uma racionalidade semelhante à que preside os hospitais privados quando se relacionam com o SUS. Incentivar a produção de atos mais bem remunerados, reprimir ou não realizar procedimentos custosos ou não contemplados na lista dos rentáveis – como quase todas as ações de âmbito coletivo, por exemplo. O modelo mais rentável será o do pronto - atendimento centrado em grande número de consultas com escassa utilização de procedimentos mais complexos.*

Em 1993, o MS edita a **NOB 01/93** que seguindo o caminho da descentralização político-administrativa, institui diferentes condições de gestão para habilitação dos Municípios sendo Incipiente, Parcial e Semiplena. A opção pela Gestão Semiplena deu aos municípios maior autonomia na utilização dos recursos. A NOB 01/93 criou as CIBs (Comissão Intergestores Bipartite) e oficializou as CITs (Comissão Intergestores Tripartite) retomando o poder dos estados na condução das políticas de saúde. (LEVCOVITZ et al., 2001).

Em novembro de 1996, foi publicada a **NOB 01/96** buscando acelerar o processo de descentralização, reorientar os modelos de atenção, implementar a transferência automática de recursos, fortalecer a gestão do SUS e estabelecer a participação do cidadão no sistema. A implantação da NOB 01/96 somente se deu em janeiro de 1998, passando a existir duas formas de gestão Municipal: a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAT) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Para os Estados também foram criadas duas formas de gestão: a Avançada do Sistema Estadual e a Plena do Sistema Estadual. Com relação à transferência de recursos, foi estabelecido o repasse fundo a fundo (direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de saúde), além da criação da modalidade de pagamento com base populacional através da criação do PAB (Piso Assistencial Básico) que era definido de acordo com a modalidade de gestão e com o número de habitantes (valor per capita/ano) para que se realizasse atividades da assistência básica. Os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, bem como a assistência hospitalar, continuavam a ser remunerados por procedimentos. Entre 1998 e 2000, outras portarias vieram a alterar alguns pontos da NOB/96 como por exemplo o PAB passou a ser denominado Piso da Atenção Básica com a sua

cobertura ampliada e dividido em duas partes PAB fixo (valor per capita/ ano) e PAB variável com recursos destinados a ações e programas estabelecidos pelo Governo Federal como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família).

### **Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)**

A NOAS/SUS 01/2001 é um conjunto de estratégias para atualizar a 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).

A medida que o sistema avança em seu processo de descentralização alguns problemas/obstáculos vão surgindo e necessitam ser equacionados, como por exemplo a heterogeneidade entre Estados, e mais ainda entre os Municípios, e é evidente que muitos deles não conseguirão ter dentro de suas áreas político-administrativas uma rede regionalizada e resolutive de serviços com todos os níveis de complexidade. A solução para estes problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos. (BRASIL, 2001). Deste modo, para ampliar o processo de descentralização a NOAS/SUS 01/2001 institui o PDR (Plano Diretor de Regionalização), buscando organizar sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção não necessariamente nos limites municipais e por isso sob coordenação dos estados. Além disto esta norma ainda define noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, as capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação e a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica instituindo a GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e para o

financiamento dos procedimentos da Atenção Básica Ampliada foi instituído o PAB-Ampliado. (BRASIL, 2001)

A NOAS/SUS 2002, aprovada através da Portaria Nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, tem como objetivo aprimorar a relação entre os níveis de governo e resolver alguns entraves que são identificados no decorrer da implantação do sistema.

*“...Considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, resolve:*

*Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002 que 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)*

Segundo CARVALHO (2002), as NOBs 01/91 e 01/92 mantiveram a lógica do INAMPS com relação ao repasse de recursos, a NOB 01/93 propôs a gradualidade em se transferirem recursos totais e globais para Municípios e Estados, deixando aos Municípios a tarefa de realizar as ações de saúde, aos Estados a competência de realizar as ações supletivas e a União não executaria ações de saúde (seria o gestor nacional do sistema), ou seja, teríamos uma situação de descentralização com autonomia dos Municípios de utilizar os recursos de acordo com as suas necessidades. Então a NOB 01/96 e a NOAS 2001e 2002 vieram no sentido inverso recentralizando em contaponto aos próprios princípios do SUS.

*“...Só não muda o espírito recentralizador, que teve início na NOB-96, agravou-se na NOB-98 (NOB-96 modificada) e consagrou-se na NOAS-2001.”*

*“...Com a NOB-96 , as Portarias de 1998 e a NOAS-2001, não se parte mais para atendimento aos critérios de competência e define-se uma nova trajetória, inconstitucional, que é a da recentralização. Partiu-se do pressuposto de que competências foram retiradas da União e do Estado, com uma municipalização afoita e, o caminho legal (para alguns ilegal) seria o voltar a entregar à União e, principalmente, aos Estados, a competência do fazer ou, escamoteadamente, a competência de decidir o que fazer” (CARVALHO, 2002).*

## **Programa Saúde da Família (PSF)**

O PSF (Programa Saúde da Família) teve seu início em 1994, criado pelo MS para dar seqüência à estratégia de Saúde da Família que começou com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), em 1991. Tinha como unidade de ação a família e já apresentava bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil. Então, para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto das famílias foi criado o PSF (GONÇALVES, 2002; RONCALLI, 2000; BRASIL, 2000).

*“...A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da 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)*

A estratégia do PSF tem como base os princípios do SUS: da integralidade, universalidade, descentralização e participação da comunidade. Sendo que a estruturação operacional se dá a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que apresenta as seguintes características:

**Caráter substitutivo:** O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.

**Integralidade e hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

**Territorialização e cadastramento da clientela:** A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da

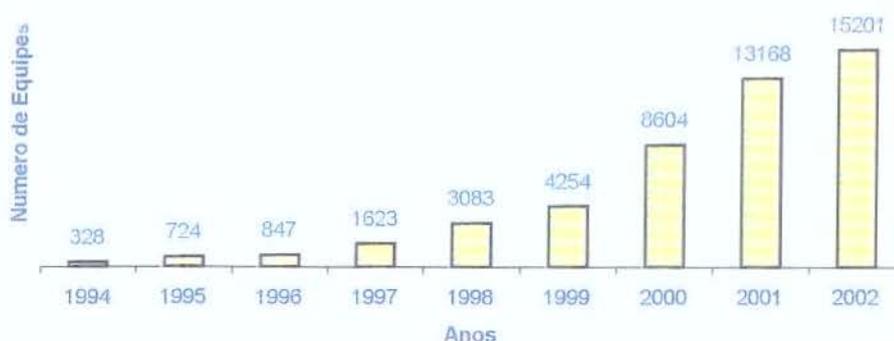
população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

**Equipe multiprofissional:** Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2000)

Segundo o MS (2000), funcionando adequadamente, as equipes são responsáveis por toda a atenção básica da comunidade adscrita, sendo que as UBSF podem resolver até 85% dos problemas de saúde na comunidade onde atua, prestando um bom atendimento, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias, enfim, melhorando a qualidade de vida da população.

O financiamento das ações é realizado através de incentivos federais que compõem a fração variável do PAB (de R\$ 28.000 a R\$ 54.000 por equipe/ano, de acordo com a cobertura populacional), acrescidos de investimentos estaduais e municipais.

Atualmente cerca de 50 milhões de pessoas são assistidas pelo PSF com 15.201 equipes em 3.948 municípios e 163.923 agentes em 4914 municípios.



**Figura 2** - Evolução do número de ESF implantadas no Brasil de 1994 a maio/2002. (Brasil, 2002).

## **A Equipe de Saúde Bucal no PSF**

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF teve a sua concretização com a Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF:

*Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:*

*Modalidade I – Um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário – R\$ 13.000,00 (treze mil reais)*

*Modalidade II – Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico de higiene dental (THD) - R\$ 16.000,00 (dezesseis mil reais)*

*Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.*

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal impulsionou a inclusão das ESB no PSF (MANFREDINI, 2003).

Em 06 de março de 2.001, o Governo Federal editou a Portaria nº 267 (Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal) que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM e estabelece o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e descreve o elenco de procedimentos compreendidos na Atenção Básica (estabelecidos Na NOB 01/96 e NOAS 01/01). O Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica tem como objetivos:

*“-melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;*

*- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;*

*- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras em saúde bucal;*

- *capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;*
- *avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF”.*

Para alcançar tais objetivos a Portaria nº 267 ainda estabelece as Bases para Reorientação das Ações de Saúde Bucal, estratégia para incorporação das equipes, atribuições de cada profissional da ESB, além das responsabilidades de cada esfera de governo e informações relativas ao financiamento das equipes. Destacamos aqui as responsabilidades do CD:

*“I. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.*

*II. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).*

*III. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.*

*IV. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.*

*V. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.*

*VI. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.*

*VII. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.*

*VIII. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.*

*IX. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.*

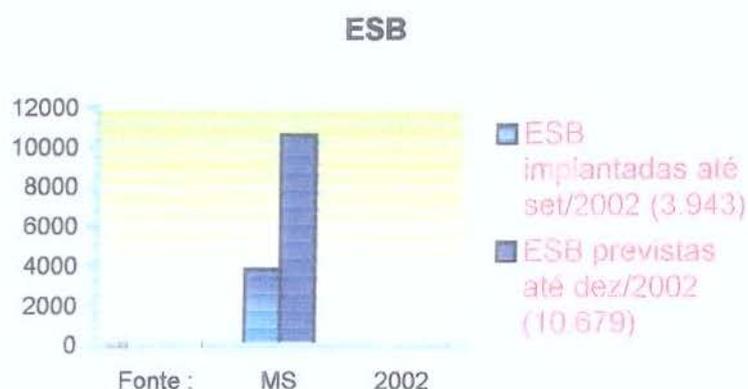
*X. Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal.*

*XI. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.*

XII. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

XIII. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.

XIV. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados”



**Figura 3** – ESB implantadas até setembro de 2002 e previsão até dezembro de 2002

A implantação do PSF no Brasil, foi, sem dúvida, um avanço importante no sistema de saúde do país. No entanto, na medida de sua concreta implementação o programa vem sendo analisado criticamente e por vezes tem sido criticado por não seguir a sua lógica doutrinária, de ser um processo de recentralização, além de levantar questões importantes como: o PSF seria “uma das estratégias” ou “a estratégia” de reorganização da atenção básica?, é uma estratégia universalizante ou programa de foco em populações de baixo poder aquisitivo?.

NARVAI (2001), diz que:

*“...há que se reconhecer, críticas pertinentes; sobretudo quando se considera a experiência concreta de implantação e desenvolvimento do PSF em algumas localidades. São muitas as questões suscitadas as quais, aliás, vêm sendo objeto de debate em vários fóruns pertinentes. Mas não poderia deixar de destacar que, se são mesmo necessárias abordagens gerais sobre o PSF, é igualmente necessário ocupar-se do que vem acontecendo em situações concretas, em nível local. É preciso atentar tanto para as distorções e inadequações quanto para os inegáveis avanços que, em muitos lugares, têm sido alcançados, no âmbito do PSF, pelo movimento popular comprometido com os direitos sociais e a conquista da cidadania”.*

E o mesmo autor continua:

*“...Mesmo com o MS afirmando que com a inserção da saúde bucal no PSF objetiva-se garantir a “atenção integral aos indivíduos e às famílias”, argumenta-se em sentido contrário que, na prática, o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro princípio constitucional: o do “atendimento integral”, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção — acesso este não assegurado em todos os lugares onde o PSF vem sendo implantado. Afirma-se, ainda, que esta ênfase na “atenção básica” contribui, objetivamente, para desobrigar o Estado de arcar com as necessidades assistenciais em todos os níveis, empurrando a classe média ainda mais para os planos de saúde (que não param de crescer) e garantindo aos demais cidadãos apenas uma “cesta básica” de saúde, nos termos propostos claramente pelo FMI e pelo Banco Mundial, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. Com isto, também o preceito constitucional da universalização (a saúde como “direito de todos e dever do Estado”) estaria sendo contrariado”.*

Para responder às críticas o MS divulgou o que não é o PSF:

*“Não é ‘cesta básica’, que garante a todos só a atenção primária. Ao contrário, o PSF, ao resolver as questões de saúde da rede básica, vai diminuir o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados ‘desafogando’ os hospitais. Assim racionaliza o uso dos recursos existentes que, melhor utilizados, garantem o acesso de todos aos procedimentos mais complexos. Não se trata de economia de recursos, ‘de uma medicina de pobre para pobres’ com utilização de baixa tecnologia. É uma prática complexa, que requer novos campos de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes”.*

Outra questão por vezes explicitada é com relação à formação dos recursos humanos em saúde, que é totalmente voltada para a prática liberal, e assim faltam profissionais com perfil e conhecimento específico nesta área, para resolver tal problema, o MS criou os Pólos de Capacitação e o setor de formação de recursos humanos que, segundo RONCALLI (2001), ainda não responderam de forma concreta às novas demandas impostas pelo setor saúde.

Claro está que a implantação do PSF por si só, não significa o estabelecimento de um novo modelo assistencial, há que se promover uma reciclagem na forma de se produzir os cuidados em saúde que passa naturalmente pela reorganização do trabalho, pelas posturas dos profissionais do PSF entre si e com os usuários e pela participação popular que deve se dar não somente no

momento da assistência ou no controle dos serviços e investimentos, mas sim em todas as etapas de implantação da Estratégia/Programa Saúde da Família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*TUDO PONTO DE VISTA É A VISTA DE UM PONTO*

*Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.*

*(...) Sendo assim, fica evidente que cada leitor é co-autor. Porque cada um lê e relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo em que habita.*

*Leonardo Boff*

Nos primeiros tempos do Brasil colônia e, posteriormente, na fase imperial, não havia uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença e a população era vítima das mais variadas doenças infecciosas, fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta.

O nascimento da política de saúde no Brasil se dá na república. A base da economia era a lavoura tradicional (cafeeira). Então, o Governo passa a atuar no saneamento dos espaços de circulação de mercadorias como as estradas e portos. A população passa a ser vista como fonte produtora de riquezas e, além disso, há a necessidade de incentivar a imigração por causa da necessidade de mão-de-obra para a agricultura. As regiões que não tinham importância econômica, não recebiam atenção do governo por este motivo a população rural (sertões) padecia de várias doenças. Conclui-se, portanto, que as primeiras ações do governo na saúde pública se dão claramente mediante a interesses econômicos.

As ações de assistência começaram com a criação da previdência social, em 1923, vinculada a assistência individual a saúde, o País inicia um processo de industrialização e há a necessidade de promover a saúde do trabalhador destas indústrias que é a força propulsora da nova atividade econômica, porém, somente tinham acesso aos benefícios aqueles que pertenciam a categorias regulamentadas

e que contribuíam com o sistema. Esta vinculação da previdência com a assistência médica e odontológica somente terminou em 1988 com a criação do SUS, que ficou responsável pela assistência e o INSS passou a administrar a Previdência Social.

Na odontologia, no período anterior ao SUS observamos uma expansão nos serviços odontológicos, principalmente a partir de 1950. Tal expansão, no entanto, se deu de maneira acrítica e não significou melhores condições de saúde bucal para a população, pois em sua maior parte apenas reproduziam em nível público o modelo utilizado no setor privado. No período pós SUS o grande desafio da saúde bucal é ser definitivamente incluída nas políticas de saúde e vista por políticos, gestores, profissionais de saúde e população como necessidade fundamental.

No dia 26 de março de 2003 o Sanitarista Gilberto Alfredo Pucca Júnior será empossado como Coordenador Nacional da Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) esta indicação, que é uma das propostas da reunião de 24 de novembro de 2002, traz uma grande esperança pois pela primeira vez a ATSB estará representando um movimento que traz propostas embasadas pela experiência e pelo conhecimento de profissionais da saúde bucal coletiva.

O SUS representou um enorme avanço em termos de políticas sociais e vem enfrentando grandes dificuldades em sua construção devido ao modelo econômico neoliberal adotado no Brasil nos últimos tempos. Como o modelo neoliberal prega o Estado mínimo e a as leis de mercado, não interessa aos seus seguidores um sistema de saúde universal, integral e equânime. Então, não foram realizadas as mudanças estruturais que o sistema necessitava, não foram criadas estratégias para suportar o aumento da demanda e os recursos financeiros da saúde sofreram inúmeros cortes. Como todas as pessoas passaram a ter direito ao atendimento é evidente que o sistema ficou deficitário, fazendo com que as empresas privadas do sistema supletivo de saúde crescessem vertiginosamente, ou seja, favorecendo o mercado em detrimento da saúde de milhões de pessoas.

Com a eleição do novo governo, trazendo em seu bojo uma história de trabalho e de lutas por políticas sociais mais amplas e justas, espera-se que haja vontade política e capacidade para dar seqüência na construção do SUS e fazer dele um sistema de saúde que consiga atender às necessidades de saúde de todas as pessoas. O grande desafio é articular as propostas sociais do governo dentro de uma economia mundial capitalista. É evidente que este modelo econômico é o que

mais riqueza produz, mas também é o mais injusto e desumano e o melhor modelo não é o que produz mais riquezas e sim o que propicia uma sociedade melhor.

Ao fazer esta retrospectiva da história da saúde no Brasil ficam claros dois pontos: os desmandos políticos administrativos a que fomos submetidos ao longo da história e a constatação de que os avanços somente ocorreram sob pressão da sociedade organizada. A eleição de LULA (PT) significa uma mobilização da sociedade no sentido das mudanças, que somente ocorrerão se a população tiver consciência de que o processo será lento, precisa ser contínuo e exigirá mobilização e esforços de todos os brasileiros inclusive no sentido de se opor ao sistema de economia mundial que tem se sobressaído ao sistema político (seja ele de qual tendência for) e assim sendo, inviabiliza as políticas sociais

É importante destacar também que apesar das dificuldades já descritas, vários locais tem obtido sucesso na implantação do SUS impulsionados por políticas locais consistentes e pela atuação competente dos profissionais de saúde. Cabe, portanto, ao novo governo promover as reformas e dar um novo sentido às políticas nacionais e aos profissionais de saúde, comprometidos com a realidade da população, seguir na construção do tão sonhado Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS \*

1. 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. 121 – 131, jul/dez 1998
2. **ALMANAQUE ABRIL**. Brasil ed 2001. São Paulo: Abril, 2001. 385p
3. BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 3ed. São Paulo: Ática, 1999. 71p.
4. BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição** (1988). Brasília, 1988. 292p.
5. BRASIL. Lei 8.080/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990.
6. BRASIL. Lei 8.142/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de dezembro de 1990.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96). **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de novembro de 1996.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de fevereiro de 2002.
9. 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 14 de dez. de 2002.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Ministério da Saúde. On line. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Capturado em 27 de dezembro de 2002.

---

\* Baseada na NBR – 6023 de agosto de 2000, da Associação Brasileira de Normas técnicas (ABNT)

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 19p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. 20p.
13. 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.
14. CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.
15. CARVALHO, A. I., GOULART, F. A. A (Orgs.). **Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, 1998. 3v., v.1.
16. 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, Universidade de São Paulo.
17. CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde soc.**, São Paulo, v.2, p.9-24, 1994.
18. CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3 ed São Paulo: Artes Médicas, 1986, 448p.
19. COHN, A., ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 2001. 133p.
20. CUNHA, J.P.P., CUNHA R.E. Sistema Único de Saúde - princípios. *In*: Campos, F.E., Oliveira Jr., M., Tonon, L.M. (Org). **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) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba.
21. GONÇALVES, C. A. **A política de saúde bucal no Brasil e o programa de saúde da família (PSF): uma nova perspectiva?**. Piracicaba, 2002. 55p. Monografia

(Especialização)- Faculdade de odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

22. 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.

23. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Capturado em 17 de dezembro de 2002. Disponível na internet: <http://www.ibge.gov.Br>

24. LANA, F. **A odontologia na Previdência social, história e evolução**. Boletim dos Centros de Estudos INAMPS/MG, 6(18), jan/jun, 1984. *apud* 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.

25. LANA, F. **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. 121 – 131, jul/dez 1998.

26. LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/UERJ, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

27. MANFREDINI, M.A. Planejamento em saúde bucal, 2003. *in*: Pereira. A. C. *et al*. **Odontologia em saúde bucal coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 3, 50 – 63.

28. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**, 11ª., Capturado em 04 fev. 2003. On line. Disponível na Internet <http://www.datasus.gov.br.cns.11conferencia/relatorio/financiamentodosus.htm>.

29. MOYSÉS, S. **Saúde bucal em Curitiba** (Painel de Experiências). Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço público Odontológico, 8º., São Paulo, 1991. São Paulo, 23 de set., 1991. *Apud* NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2ed. São Paulo: SANTOS, 2002. 120p.

30. NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2ed. São Paulo: SANTOS, 2002. 120p.

31. NARVAI, P.C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992. 11p.
32. 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.
33. OLIVEIRA, A.G.R.C., SOUZA, 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.
34. PAIM, J.S. Direito à 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 de saúde bucal: universalidade, eqüidade e integralidade em saúde bucal coletiva.** Araçatuba, 2000. 238p. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba.
35. PIMENTA, A. L. O SUS e a Municipalização à Luz da Experiência Concreta. **Saúde soc.**, São Paulo, v.2, p.9-24, 1994.
36. PINTO, V.G. **Saúde bucal Coletiva.** 4ed. São Paulo: Santos, 2000. 541 p.
37. PINTO, V.G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva.** São Paulo: Santos, 1989. 541 p.
38. REDE CEDROS. **O que fazer nos municípios?** Rio de Janeiro: CEDROS, 1992. 15p. (Cadernos de Saúde Bucal 1)
39. RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil.** 2ªed. São Paulo: Companhia das letras, 1997. 476p.
40. RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, eqüidade e integralidade em saúde bucal coletiva.** Araçatuba, 2000. 238p. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba.
41. 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, 28 – 49.

42. ROSENTHAL, E. A odontologia no Brasil – História. **Jornal APCD**, São Paulo, out. 1995.
43. SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitaria na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 193-210, 1985
44. SCALZILLI, G. A absolvição do tucanato. **Caros Amigos**, São Paulo, ano VI, nº 69, p. 13, Dez. 2002.
45. Secretaria Municipal da saúde de São Paulo. **História das políticas de Saúde no Brasil**. Centro de formação dos Trabalhadores de Saúde. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Tapiri Vídeo Produções, 1992.
46. 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 nº 0343.
47. SEVCENKO, N. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 2003. 88p.
48. 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.
49. WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. Niterói, 1994. 125p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense.
50. 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.

