



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



1290004936

TCC/UNICAMP  
Si38p  
FOP

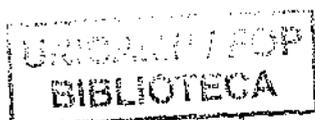
# **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Monografia de Final de Curso

Aluna: Camila Carvalho Lemos da Silva

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Antônio Carlos Pereira

Ano de Conclusão do Curso: 2009



  
Assinatura do Orientador

**CAMILA CARVALHO LEMOS DA SILVA**

**O PROCESSO HISTÓRICO DO SUS E O  
DESENVOLVIMENTO DOS PROGRAMAS  
DE SAÚDE BUCAL**

**Monografia apresentada á Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, da  
Universidade Estadual de Campinas  
para conclusão do curso de graduação  
em Odontologia.**

**PIRACICABA  
2009**

UNICAMP  
TCC/UNICAMP  
Si38p  
Vol. \_\_\_\_\_ Ex. \_\_\_\_\_  
Tombos 4936  
C  D   
Proc. 10P-134/10  
Preço ~~R\$~~ 11,00  
Data 12/08/10  
Regist. 762877

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**  
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

Si38d Silva, Camila Carvalho Lemos da.  
O Processo Histórico do SUS e o Desenvolvimento de  
Programas de Saúde Bucal. / Camila Carvalho Lemos da  
Silva. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.  
52f. : il.

Orientador: Antônio Carlos Pereira.  
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Programa saúde  
da família. I. Pereira, Antônio Carlos. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

**CAMILA CARVALHO LEMOS DA SILVA**

**O PROCESSO HISTÓRICO DO SUS E O  
DESENVOLVIMENTO DOS PROGRAMAS  
DE SAÚDE BUCAL**

**Monografia apresentada á Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, da Universidade  
Estadual de Campinas para conclusão do  
curso de graduação em Odontologia.**

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira**

**PIRACICABA  
2009**

**Dedico este trabalho a meu pai Esaú, que sei está junto a Deus, St. Expedito e Sta. Rita guiando sempre meus passos e iluminando meu caminho.**

**À minha mãe Rita de Cássia e meus irmãos Laís e Marcelo, pela ajuda e muitas vezes ao desprendimento de suas vidas para favorecer, com orgulho, a minha formação e bem-estar. A vocês meu muito obrigada!**

## AGRADECIMENTOS

*Pela amizade que você me devota, por meus defeitos que você nem nota...  
Por meus valores que você aumenta, por minha fé que você alimenta...  
Por esta paz que nós nos transmitimos, por este pão de amor que repartimos...  
Pelo silêncio que diz quase tudo, por este olhar que me reprova mudo...  
Pela pureza dos seus sentimentos, pela presença em todos os momentos...  
Por ser presente mesmo quando ausente, por ser feliz quando me vê contente...  
Por ficar triste quando estou tristonha, por rir comigo quando estou risonha...  
Por responder-me quando estou errada, por meu segredo sempre guardado...  
Por me apontar para Deus a todo instante, por esse amor fraterno tão constante...  
Por tudo isso e muito mais eu digo: "Deus te abençoe meu querido amigo."*

(AUTOR DESCONHECIDO)

*"A gratidão é uma forma singular de  
reconhecimento, e o reconhecimento é uma  
forma sincera de gratidão. (Allan Vazzate)"*

Agradeço ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira por ser tão solícito em me orientar nos estudos da odontologia social e pela paciência em me ensinar a desenvolver este trabalho.

Ao pós-graduando Eloísio do Carmo Lourenço que me co-orientou e me forneceu não só materiais, como conselhos para o início deste trabalho.

Aos demais professores e pós-graduando da área de Odontologia Social que sempre tentaram extrair de mim a humanidade muitas vezes esquecida na graduação da FOP e necessária ao perfil de quem se dedica a odontologia social. Em especial ao pós-graduando Telmo Bittar pelo incentivo ao trabalho nesta área durante as atividades da graduação.

A minha família que sempre ajudou minha mãe e meus irmãos a quem dedico este trabalho. Obrigada por todas as formas de contribuição e apoio a minha formação.

Ao quadrado perfeito (Caroline Odo, Mariana Agostinho e Fernanda D'Amore e eu) e nossa última agregada (Amanda Ayub) por toda a paciência e ajuda durante a graduação, por todos os momentos de diversão e concentração dentro e fora da faculdade... Que esta amizade se eternize.

A todas as meninas que moraram comigo em Piracicaba, pois independentemente do tempo, o que importa é a intensidade desta amizade. À Daninha, Carlinha, Ré, Li e Helena em especial, pois vocês foram por muitas vezes minha família, onde mesmo com discórdias o que prevaleceu sempre foi o amor fraternal que nos unia. Obrigada pela amizade, pelos conselhos, pelas broncas, pela diversão e por me acompanharem até mesmo nos momentos mais insanos.

Aos meus amigos de Caconde que souberam sempre compreender minha ausência e que nos momentos dos reencontros, todos os problemas eram esquecidos nos inesquecíveis finais de semana prolongados. Em especial ao meu amigo Diego Stracieri, um irmão de outras vidas e, as minhas amigas Juliana Tardelli Barboni parceira para todas as horas e, Vivian Affareli Monteiro de Barros, a mais loira e amiga de todas as dentistas que conheço.

Aos amigos e colegas do Posto de Saúde de Caconde onde tive meu primeiro contato com a saúde pública, obrigada pelo acolhimento, presteza e pela amizade.

Aos amigos das repúblicas que tanto me acolheram em Piracicaba pelos inúmeros momentos de diversão e pelas demonstrações de amizade verdadeira nos momentos que mais precisei. À República Kangaço que neste último semestre me acolheu quase todos os dias, com muitas risadas, jantares ou simplesmente a companhia. É um agradecimento mais que especial aos quatro anos de amizade da República Vaktôa, a minha permanente segunda casa em Piracicaba, da qual me considerarei sempre a irmã mais nova e que faço questão de estar sempre por perto.

Ao meu amigo e colega Igor Melo Ferrante pelas inúmeras madrugadas de estudo e momentos de desabafo com muito e choro e chocolate. Uma amizade que sempre soube se sustentar apenas no sentimento de amizade.

A todos os colegas da Quinquagésima turma da FOP, em especial aqueles que sempre estiveram comigo nos grupos de atividades e nos almoços no bandeirão. Aos veteranos especiais (Irene) e aos demais que convivi.

Aos funcionários e professores da FOP pela colaboração na minha formação não só como dentista, mas como pessoa.

A todos os amigos que fiz em Piracicaba, e à cidade de Piracicaba.

Agradeço por último, mas não menos importante, aqueles que passaram por mim despercebidos, pois acredito que as escolhas que não fazemos é o que nos faz sermos como somos.

## SUMÁRIO

1. LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS .....	8
2. LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	9
3. RESUMO .....	11
4. INTRODUÇÃO .....	12
5. PROCESSO HISTÓRICO DO SUS .....	15
6. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PRINCÍPIOS E DIRETRIZES .....	29
• Princípios Doutrinários do SUS .....	30
• Princípios Organizativos do SUS .....	34
7. SAÚDE BUCAL E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	36
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51

## 1- LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

### FIGURAS:

### PÁGINAS

- Figura 1: Esquema dos princípios e diretrizes do SUS ..... PÁG. 29
- Figura 2: Esquema da dinâmica da equipe de saúde bucal no PSF ..... PÁG. 41

### GRÁFICOS:

- Gráfico1: Equipes de Saúde Bucal implantadas, Brasil 03/2001 – 08/2008 ..... PÁG. 44
- Gráfico2: Centros de especialidades odontológicas implantados, Brasil 10/2004 – 04/2008 ..... PÁG. 46
- Gráfico 3: Laboratórios Regionais de Prótese dentária implantados, Brasil dezembro/2005 – agosto/2008 ..... PÁG. 47

## 2- LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitária de Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANM – Academia Nacional de Medicina

CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CD – Cirurgião Dentista

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde e Previdenciário

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CPO-D – Índice de Decíduos Cariados, Perdidos e Obturados

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DGSP - Departamento Geral de Saúde Pública

ESB – Equipe de Saúde Bucal

FAS/CEF - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social/Caixa Econômica Federal

FSESP – Fundação de 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

LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitárias de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPA – Plano De Pronta Ação

PSF – Programa Saúde da Família

SALTE - Saúde, Alimentação, Transporte e Energia

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

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

### **3.RESUMO**

Esta pesquisa bibliográfica buscou resgatar o processo de desenvolvimento das políticas públicas de saúde desde o Brasil colônia até o governo atual. No início, a saúde era tratada por índios, curandeiros e demais pessoas sem nenhuma instrução. Com a chegada da Corte Real em 1808 ocorrem avanços e algumas regulamentações, porém sem nenhuma atuação organizada do Estado. Após a Proclamação da República, em 1889, o Estado passa a intervir de acordo com os interesses políticos e econômicos vividos pela época. Depois de muitas reformas e lutas, o importante Movimento Sanitarista ajuda a criar, em 1988, na Constituição então promulgada, o Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS trouxe princípios e diretrizes que beneficiam o cidadão, embora ainda hoje existam falhas que vem sendo melhoradas com o Programa de Estratégia de Saúde da Família (PSF). Sobre esta observa -se uma maior preocupação governamental com a Saúde Bucal, que passa a incentivar a criação das equipes de saúde bucal e cria, em 2004, o Programa Brasil Sorridente que mostra nos dias de hoje dados positivos, relativos a financiamento e cobertura populacional.

**PALAVRAS CHAVE: ESB, SUS, PSF, Políticas de Saúde**

#### 4.INTRODUÇÃO

O SUS, Sistema Único de Saúde, foi estabelecido na Constituição Federal promulgada no ano de 1988, sendo garantido e regulado pela Lei Orgânica de Saúde. O processo histórico para o desenvolvimento deste sistema percorre toda nossa história passando desde o Brasil Colônia até suas complementações contemporâneas com os programas e estratégias de saúde atuais. A atuação do Estado brasileiro na tentativa de resolução dos problemas de saúde da população teve, desde o seu surgimento no início do século até os anos 1980, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica (RONCALLI, 2003).

Congressos de Odontologia, encontros de saúde coletiva e as Conferências Nacionais de Saúde fomentaram discussões importantes que ocorreram ao longo da história do país, principalmente nas décadas de 70 e 80. Na República Velha, o sistema de saúde e previdência ainda era restrito as classes trabalhadoras com sindicatos organizados, abrangendo assim a uma pequena parcela da população. No que diz respeito às ações de assistência, o surgimento de um modelo de prestação de serviços de assistência médica esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, que teve, como suas práticas fundantes, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998 citados por RONCALLI, 2003).

É importante ressaltar, também, a pouca força política que a área odontológica teve no Ministério da Saúde. Todas as instituições que coordenaram a área não

conseguiram força política para organizar uma rede de ações e serviços de saúde bucal no Brasil (ABREU & WERNECK, 1998). No histórico de desenvolvimento do SUS, a odontologia poucas vezes aparece. O Sistema Incremental proposto por Waterman, em 1946, foi aplicado no Brasil em Aimorés – MG, porém era um sistema apenas curativo e ineficaz na prevenção dos problemas bucais.

No bojo das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política em fins dos anos 1970, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva por mudanças no modelo se amplia. Com o crescimento das insatisfações populares, personificadas, politicamente, na vitória da oposição em eleições parlamentares, este movimento, que ficou conhecido como *Movimento pela Reforma Sanitária* se amplia mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa (RONCALLI, 2003).

A criação do SUS foi resultado da reforma sanitária e transformou de forma positiva o padrão de intervenção estatal no campo social. Este sistema foi criado tendo como principal definição o conceito de saúde: “*A saúde é direitos de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (Brasil, 1988).” Os princípios que regiam o novo sistema eram baseados, então, na universalidade, equidade e integralidade. Para sua organização definiram-se princípios como regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, além da participação popular.

Este sistema sofreu com o aumento da demanda populacional e teve dificuldade em se organizar e captar recursos para seu funcionamento e abrangência. Sendo assim, ao longo de sua existência foram criados programas e estratégias que o complementassem baseados nos princípios já existentes.

Dentre estes programas, destaca-se o Programa Saúde da Família que desde 1994 está sendo desenvolvido no país. Este programa visou ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Trouxe a divisão da atenção em Básica, Secundária e Terciária, sendo que o indivíduo para seu tratamento integral transita entre elas através do sistema de referência e contra-referência.

Seguindo o PSF, o governo também criou incentivos à saúde bucal com o Programa Brasil Sorridente criado em 2004. Este programa trouxe incentivos financeiros às unidades de saúde que tivessem equipes de saúde bucal e criou também centros de especialidades em Odontologia (CEO). Os dados mais recentes sobre este programa mostram uma melhora no atendimento público em odontologia, mas mostram que ainda há desafios a serem superados pelo SUS e o PSF para atingirem toda a população de forma difundir o conceito de promover saúde.

## **5. PROCESSO HISTÓRICO DO SUS**

A atuação do Estado brasileiro na tentativa de resolução dos problemas de saúde da população teve, desde o seu surgimento no início do século até os anos 1980, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica (RONCALLI, 2003).

O atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS), é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir das décadas de 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira (RONCALLI, 2003).

O desenvolvimento da saúde no Brasil pode ser segmentado de acordo com cada época histórica vivida pelo país, visto que as políticas de saúde sempre estiveram vinculadas à política e economia. Então, começando pela época da colonização onde as doenças foram instauradas no novo mundo; passamos pelo Império, que com a chegada da corte experimentou um surto de progresso; a República Velha, onde nasceram às políticas de saúde do País e; chegamos aos dias atuais onde se desenvolve o Sistema Único de Saúde.

Nos primeiros tempos do Brasil colônia e, posteriormente, na fase imperial, não havia uma ação 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 (LOURENÇO, 2003).

A guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto europeu de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Raros médicos 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 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 remédios recomendados pelos curandeiros negros e indígenas (BERTOLLI FILHO, 1999 citado por LOURENÇO, 2003).

As soluções médicas no Brasil colônia eram aceitas pela população apenas em épocas de epidemias. Suas ações limitavam-se a separar os sadios dos doentes. A área odontológica era tão cruel e rudimentar que os médicos a evitavam transferindo essa tarefa a barbeiros que se instruíam apenas com alguém mais experiente (mestre).

A odontologia praticada nessa 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).

Somente em 09 de novembro de 1629 houve, através da Carta Régia, os exames aos cirurgiões e barbeiros. 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" (ROSENTHAL, 1995).

Em 07 de março de 1808, fugindo das forças francesas, o príncipe regente D. João VI, sua corte e a nata da sociedade portuguesa (cerca de 15 mil pessoas) chegavam a Salvador, tornando-se o Brasil por esta contingência sede do reino. Houve um grande surto de progresso. Em 1813, são fundadas as primeiras escolas de medicina do país. Em 1840, em Baltimore (EUA) surge a primeira escola de odontologia do mundo que serviria de modelo para as escolas de odontologia brasileiras que surgiriam nos anos seguintes. Em 1850, é criada a junta de Higiene Pública, que mesmo não sendo muito eficaz tentava melhorar as ações saneadoras (como vacinar toda a corte) e fiscalizar os profissionais de saúde. Em 1884, ocorre a denominada Reforma das Sabóias que cria novos Estatutos as Faculdades de Medicina (ROSENTHAL, 1995).

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 (BERTIOLLI FILHO, 1999; citado por LOURENÇO, 2003).

Apesar destes esforços, a fase imperial encerrou-se sem que o Estado solucionasse os problemas de saúde de coletividade e ao final do segundo Reinado mantinha a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta (BERTIOLLI FILHO, 1999; citado por LOURENÇO, 2003).

Após um processo que vinha sendo desenvolvido desde 1870, a proclamação da República ocorreu em 1889. 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 estaduais. O recurso a esses princípios constitucionais foi a principal arma utilizada para tentar conter qualquer projeto ou decisão que significasse um aumento da competência da União. Além disso, os problemas de saúde pública, pelo menos até a década de 1910, não eram priorizados na agenda política do país, a não ser nos foros especializados, como a Academia Nacional de Medicina (ANM) e o Instituto Oswaldo Cruz, e numa florescente imprensa médica de um modo geral, apenas em situações de crise sanitária, como na ocorrência de epidemias urbanas, o tema da saúde ganhava espaço na tribuna da Câmara Federal ou numa Mensagem Presidencial (HOCHMAN, 1993).

Parte dos gastos governamentais só eram destinados às áreas portuárias e onde mais fossem de interesse com a economia da época. Essas ações apenas atingiam o interior do país quando as epidemias interferiam na produção agrícola e extrativista importantes para a exportação.

No arranjo federativo caberia aos poderes locais, portanto, o cuidado com a saúde da população. Ao governo federal competiam, basicamente, as ações de saúde no Distrito federal (DF), a vigilância sanitária dos portos e a assistência aos estados em casos previstos e regulados constitucionalmente. O órgão federal responsável era o Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP). Criado em 1897 e vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o DGSP tinha como atribuições principais e específicas: à direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; os estudos sobre doenças infecto-contagiosas; a organização de estatísticas demógrafo-sanitárias, e o auxílio aos Estados mediante solicitação dos respectivos governos (HOCHMAN, 1993).

Em 1902 e 1904, o DGSP expandiu-se sob forte agitação política, especialmente na capital federal e o saúde pública ocupava um espaço central na agenda pública. Em 1918, o país sofria com diversas enfermidades (parasitas intestinais, doença de Chagas, malária e tuberculose), além do alcoolismo e desnutrição. Ainda em 1918, a Gripe Espanhola avassalou o país matando cerca de quinhentas mil pessoas. Em 1923, o Governo federal cria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que manteve ainda inexistente práticas de assistência à saúde e a atenção médica e odontológica deixando essas serem financiadas pelos próprios indivíduos. A lei Eloy Chaves é promulgada neste

mesmo ano e aí podemos dizer que começa a surgir a previdência social no Brasil.

No que diz respeito às ações de assistência, o surgimento de um modelo de prestação de serviços de assistência médica esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, que teve, como suas práticas fundantes, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). No mesmo ano de surgimento das Caixas, 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil (Tomazi, 1986; Luz, 1991; Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997; Cunha & Cunha, 1998). As CAPs eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores e eram responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica. Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAPs cobrindo mais de 140 mil beneficiários (Mendes, 1993).

No período das CAPs, pelo menos até 1930, a assistência médica era colocada como prerrogativa fundamental deste embrionário sistema previdenciário e foi bastante desenvolvida a estruturação de uma rede própria (MENDES, 1993; CUNHA & CUNHA, 1998 citados por RONGALLI, 2003).

As CAPs funcionavam como uma espécie de seguro social (tem direito àquele 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. Entretanto, com o crescimento das CAPs, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde a participação do Estado já se dá de forma mais clara. A contribuição passa a ser tripartite, entrando o Estado como um dos contribuintes (além de empresas e trabalhadores). Os IAPs passam a se organizar por categorias e o primeiro a surgir é o dos marítimos (IAPM) em 1933, seguido dos comerciários e dos bancários em 1934. Enquanto as CAPs privilegiavam a assistência médica como um dos principais benefícios, os IAPs, já com a participação do governo e, portanto, com uma política mais contencionista, privilegiam a previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano (OLIVEIRA & SOUZA,1998).

Com a Revolução de 30 e a entrada de Getúlio Vargas no poder, os empresários e industriais, até então em minoria na dirigência do estado, ganham a frente do poder público apoiados pelo novo presidente. Os recursos acumulados pelos IAPs, os quais eram dirigidos pelo Estado havendo participação de trabalhadores na administração, foram então utilizados para a industrialização do país.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. As atenções predominantes dos governos até então, estavam voltadas às ações de caráter coletivo. A partir desta década a ênfase governamental começa a se deslocar para a assistência médica individual. Em 1948, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo federal formula o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Em 1953, ainda sob a influência do Plano, foi criado o Ministério da Saúde (MS) que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. Donnangelo caracteriza o desenvolvimento da

assistência médica no seio das instituições previdenciárias como instrumento para amenizar tensões sociais e controlar a força de trabalho (PAULUS JÚNIOR, 2006).

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. Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com cooperação do governo dos Estados Unidos que necessitava de novos fornecedores de borracha devido a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de organizar e operacionalizar as ações de saúde em regiões produtoras de materiais estratégicos. Na década de 50, o SESP passa a ter ações mais abrangentes, tornando-se na década de 60 a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP). No início da década de 50, temos a criação do subsetor odontológico ligado ao Ministério da Saúde 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 em LOURENÇO, 2003). Antes desse fato, os serviços odontológicos foram citados apenas em atuações nas Santas Casas de Misericórdia, em 1880, onde havia um gabinete destinado a extrações dentárias e; no campo de assistência a escolares, em 1912, nas Clínicas dentárias Escolares que depois se transformaram em consultórios em escolas públicas e, em belo Horizonte, em 1938, um serviço instalado num grupo

escolar e em 1940, com a criação do Departamento de Assistência a Escolares (RONCALLI, 2000) .

Segundo PINTO (1989), o Sistema Incremental (SI) pode ser definido como o método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridade quanto a idades e problemas. O SI é difásico apresenta uma ação horizontal através de um programa preventivo para controlar a incidência dos problemas e uma ação vertical através de um programa curativo solucionando os problemas prevalentes e uma programa educativo que fornece apoio a estas opções.

Lourenço (2003) conclui que a filosofia do SI é que as crianças já atendidas fossem mantidas sob cuidados nos anos (ciclos) subsequentes, tratando as cáries que surgiram no intervalo de tempo entre a alta e o novo exame bucal. Pela lógica do SI, a cárie seria inerente do ser humano e aumentava com a idade.

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

O SI foi proposto por Waterman, nos EUA, em 1946. A primeira experiência desse sistema no Brasil foi em Aimorés –MG com algumas diferenças nas idades das crianças atingidas e na extensão dos ciclos. Este modelo foi modificado criando os modelos FSESP e Intensivo. Este modelo manteve-se hegemônico no país por mais de 40 anos sendo sempre voltado a escolares (devido à facilidade de intervenção nestes locais, ênfase nessa faixa etária e a influencia norte-

americana). Este modelo era considerado excludente, não reduziu a incidência de cárie, era de curto alcance e com métodos inadequados. As ações preventivas se limitavam a fluoretação da água e bochechos com soluções fluoretadas.

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. É criada, então, durante o governo Vargas, a legislação trabalhista, a montagem do sistema previdenciário, a regulação das relações sindicais etc. À medida que este sistema crescia, tornava-se cada vez mais centralizado no Estado e ficava mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica (OLIVEIRA & SOUZA, 1998).

O regime autoritário instaurado após o golpe militar de 1964, trouxe, como consequência imediata para as políticas de saúde no Brasil, um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência. De outro lado, também provocou uma centralização crescente da autoridade decisória, marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão dos vários IAPs em 1966 (Oliveira & Teixeira, 1985, Mendes, 1993 citados por RONCALLI, 2003). As políticas de saúde do primeiro período da ditadura, que compreendeu a fase do “milagre brasileiro” entre 1968 e 1974 foram caracterizadas por uma síntese, produto de reorganizações setoriais do sanitarismo campanhista do início do século e do modelo de atenção médica previdenciária do período populista (LUZ, 1991 citado por RONCALLI, 2003).

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 (LOURENÇO, 2003).

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 previdência (OLIVEIRA & SOUZA,1998).

Os trabalhadores que contribuissem com 8% descontados dos seus salários e mais 8% que vinham da folha de salários das empresas, e os autônomos e empregadores que contribuissem com 16% de sua renda básica estava assegurados pelo INPS. Com este aumento de demanda criou-se o Complexo Previdenciário que era dividido em três sistemas: sistema próprio e sistema contratado, que por sua vez se dividia em contrato credenciado e contrato conveniado. Havia compra serviços de assistência médica das grandes corporações médicas privadas, de hospitais e multinacionais fabricantes de remédios que na maioria das vezes era construída com empréstimos de dinheiro do governo.

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 do que arrecadava (LOURENÇO, 2003)

A assistência odontológica previdenciária viveu, da mesma forma que a médica, todas as transformações impostas pelo projeto universalizante privativista

da década de 70, ou seja, 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 (FAZ/CEF) (SERRA,2000 citado por LOURENÇO, 2003).

Segundo RONCALLI (2003), no bojo das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política em fins dos anos 1970, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva por mudanças no modelo se amplia. Com o crescimento da insatisfação popular, personificada, politicamente, na vitória da oposição em eleições parlamentares, este movimento, que ficou conhecido como *Movimento pela Reforma Sanitária* se amplia mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa. Este mesmo autor ainda cita Teixeira (1989) e Werneck (1998) ressaltando que um dos marcos deste movimento ocorreu em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Já neste momento foi discutida uma proposta de reorganização do sistema de saúde colocada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o representante legítimo do movimento sanitário. Nesta proposta, já há menção a um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado.

O Movimento pela Reforma Sanitária teve suas raízes em profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e propor alternativas para a sua

reestruturação. À medida que o processo de abertura política se ampliava, com a oposição tendo vitórias significativas nas eleições parlamentares, o movimento foi se ampliando e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa.

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata repercutiu fazendo com que fossem incorporadas algumas das sugestões reivindicadas pelo movimento sanitário e pressões populares. O plano CONASP também fez algumas mudanças, em 1981, como as Ações Integradas de Saúde tornando sistema um pouco mais articulado e integrado.

Com o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário, as iniciativas de extensão de cobertura assistencial em nível estadual e municipal são reforçadas pelo discurso oficial. O próprio governo elaborou seu plano de reorganização da assistência à saúde, o qual possuía características muito semelhantes ao projeto da Reforma Sanitária pois previa a implantação de uma rede de serviços básicos, apontava para a descentralização do setor, pregava a participação popular e a integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Esse projeto, discutido em 1980, chamou-se PREV-SAÚDE, sofreu muitas pressões e não saiu da gaveta. Enfim, havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo.

O auge do Movimento Sanitário Brasileiro foi em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília. Aproveitando-se do momento favorável com a Nova República, este evento foi marcante, pois teve a participação de profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças

populares e sindicais totalizando cerca de 5 mil pessoas. Foram criadas bases de propostas, como o conceito ampliado de saúde de direito de todos e dever do Estado e a defesa por um sistema único de acesso universal, igualitário e descentralizado, que seriam discutidos na Assembléia Nacional Constituinte no ano seguinte.

Em julho de 1987, é criado o Sistema Único e Decentralizado de Saúde (SUDS) sob desaprovação das empresas privadas de medicina que teriam seu lucros diminuídos. Porém este sistema ainda seria controlado em parte pelos Governos Municipais e Estaduais sujeitando-se a fraudes e desvios.

A Constituição de 1988 define então o Sistema Único de Saúde com grande parte das propostas discutidas na VIII Conferência. Também é criado o Sistema de Seguridade social destinado a assegurar direitos relativos à saúde, assistência e previdência social.

Em 1990, o INPS funde-se ao IAPAS gerando o INSS, cujas funções estão ligadas à arrecadação, administração e o pagamento de benefícios da Previdência Social. Em 19 de setembro de 1990, a lei Orgânica da Saúde (LOS) é promulgada para regular estas ações dispondo, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dava outras providências.

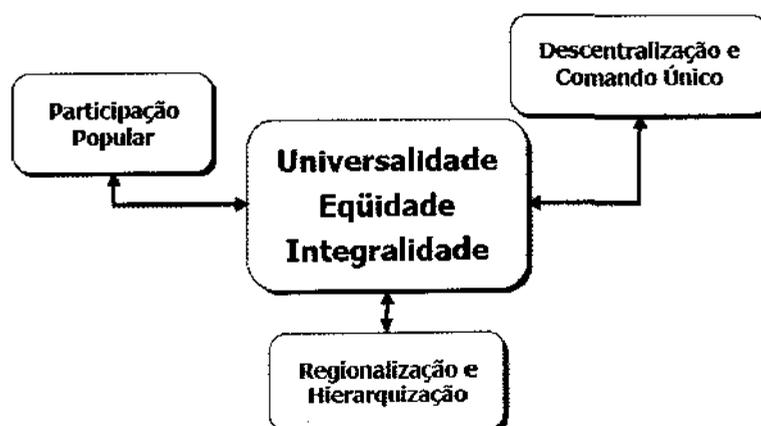
## **6. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E DIRETRIZES**

Em 1990, o ministério da saúde entrega a primeira cartilha do Sistema Único de Saúde compreendendo seus princípios e doutrinas, de acordo com a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde. Esta define o SUS como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, e explica como ele deve ser planejado e funcionar a fim de assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva.

O Artigo 196 da Constituição Brasileira define o conceito ampliado de saúde como:

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

**Figura 1:** Esquema dos princípios e diretrizes do SUS



**Fonte:** RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde, 2001

Podem separar os princípios e diretrizes do SUS em doutrinário e organizativos para facilitar o entendimento.

### **PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS:**

Na constituição, as diretrizes organizativas que regem o SUS são definidas pela regionalização e hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos no Artigo 198. Porém, na cartilha de 1990 também é explicado sobre a resolubilidade e a complementariedade pelo setor privado.

- **REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO:** tem como base a concepção da UBS como porta de entrada do sistema (nível primário). Os serviços precisam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. O nível primário devem atender e resolver os principais problemas apresentados nos serviços de saúde. Não sendo possível o atendimento em nível primário, o mesmo deve encaminhar o usuário para níveis de maior complexidade tecnológica (referência), devendo este retornar aos níveis inferiores após resolução de problemas maiores, para continuidade do tratamento (contra-referência). A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, permitindo assim um maior conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Para NARVAI (1992) podemos dividir as unidades componentes do SUS em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Primárias são 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. Secundárias é o conjunto de ações de grau razoável de diferenciação tecnológica quanto a recursos humanos (mais especializados) e dos equipamentos (mais avançados). Terciária é a produção de serviços de alta complexidade, por especialistas em diferentes áreas que, em geral, requerem internação.

- **DESCENTRALIZAÇÃO:** parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Desta forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde. Os vários níveis de governo são responsáveis por atuar nas ações e serviços de saúde de acordo com a abrangência do problema, partindo do princípio de que quanto mais próximo do fato a decisão for tomada, maiores as chances de acerto.

Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis do governo com um nítido esforço do poder municipal sobre a saúde- é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltada para os seus cidadãos (BRASIL, 1990).

Os responsáveis pela operacionalização 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 proteção e recuperação de 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 (LOURENÇO, 2003).

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 DO CIDADÃO (CONTROLE SOCIAL):** baseia-se na redemocratização da saúde, assegurando que as unidades representativas da população participarão das formulações políticas públicas de saúde e do controle da sua execução, do nível federal ao local. As instituições devem fornecer informações e conhecimentos para que a população possa participar ativamente das questões da sua pública. A população deve ser representada nos Conselhos

de Saúde, em número igual de representantes para cada categoria (usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço).

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

A RESOLUBILIDADE e a COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO é citada na cartilha do ministério da saúde da seguinte forma:

“RESOLUBILIDADE - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

(...)

*A Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessário à contratação de serviços privados, isso deve se dar sob 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 que, 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 concertos de regionalização, hierarquização e universalização. Torna-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.”*

#### **PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS:**

Baseados nos preceitos constitucionais a construção do SUS se norteia pelos princípios organizativos de universalidade, equidade e integralidade.

- **UNIVERSALIDADE:** é consequência direta da discussão do conceito ampliado de saúde. É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, **a todo e qualquer cidadão**. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a **todos** os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (grifos do original) (BRASIL, 1990). Segundo Roncalli, 2000 ressalta que 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.

- **EQUIDADE:** É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL,1990). É importante, portanto, neste caso, diferenciar equidade de igualdade, pois se as necessidades são desiguais são desiguais e se as oportunidades são desiguais à solução para estas necessidades deve ser equânime, ou seja, na medida das necessidades de cada indivíduo (LOURENÇO, 2000). Tratar igualmente os desiguais (CUNHA & CUNHA,1998).

- **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).

## 7. SAÚDE BUCAL E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde coletiva tem, historicamente, enfrentado o grande desafio que é tornar as ações de saúde um direito básico acessível a todos os cidadãos. Diversos modelos e formas de organização têm sido experimentados ao longo dos últimos anos, tornando mais efetiva a participação dos municípios na assistência a saúde, principalmente após a implementação do Sistema Único de Saúde. A partir de então, a busca por um modelo que amplie o acesso e que se ajuste à realidade local desponta como uma preocupação constante para a população e seus dirigentes (CARVALHO et al, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido considerado uma estratégia eficaz na reorganização da Atenção Básica por ter como pressupostos: o foco na família, a adscrição da clientela, a prática clínica segundo a lógica epidemiológica social e, como ponto forte, o estabelecimento de vínculo, laços de compromisso e a responsabilidade entre os profissionais e a população (BRASIL,1997).

O PSF teve seu início em 1994 (no governo do Presidente Itamar Franco, que tinha como ministro de saúde Dr.Henrique Santillo). Criado pelo Ministério da Saúde para dar sequência ao PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) que tinha como unidade de ação a família e já apresentava bons resultados particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil e materna. Inicialmente, a implantação do PACS/PSF privilegiava áreas de maior risco social, sendo a população residente nas localidades delimitadas no mapa da fome do IPEA, e, posteriormente, municípios inserido no programa Comunidade

Solidária ou no programa de redução dos índices de mortalidade infantil (BRASIL, 202b).

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

- **CARÁTER SUBSTITUTIVO:** não é a criação de novas estruturas de serviço, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância em saúde.
- **INTEGRALIDADE E HIERARQUIZAÇÃO:** a USF está inserida no 1º nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado de Atenção Básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta a atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado à referência e contra-referência para níveis de sistema de maior complexidade.
- **TERRITORIALIZAÇÃO E ADSCRIÇÃO DA CLIENTELA:** trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a essa área. Recomenda-se no máximo 4.500 pessoas por equipe.
- **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:** Cada equipe no 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 USF pode atuar com uma ou mais equipes,

dependendo da concentração de famílias no território sobre sua responsabilidade (BRASIL, 2000).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) como parte do Programa Saúde da Família foi definida efetivamente a partir da Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

*“O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde; a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população; a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família, resolve:*

*Art. 1º Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.*

*Art. 2º Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.*

*Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição... (BRASIL, 2000) “*

As ações em saúde bucal a serem promovidas no PSF visam não somente a recuperação como também promoção e proteção. Essas ações incluíam: ações

de promoção e proteção de saúde, ações de recuperação e ações de reabilitação. A primeira é uma ação mais ampla, atua na construção de políticas públicas saudáveis, abordagens aos fatores de risco, práticas saudáveis e inclui: fluoretação das águas (viabilizar a fluoretação onde isso ainda não é feito e vigilância onde isso já ocorre), educação em saúde (objetiva a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal sendo indicado para o ambiente, escolar, asilos, etc. e preferencialmente trabalhado pelos THD, ACD e ACS com responsabilidade técnico-científico do CD), higiene bucal supervisionada (busca a autonomia com vistas ao autocuidado), aplicação tópica de flúor (prevenção e controle de cáries através do uso de produtos fluoretados em grupos indicado pelo risco epidemiológico). As ações de recuperação envolvem diagnósticos, incluindo biópsias e outros exames complementares e tratamentos conservadores das doenças. As ações de reabilitação consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

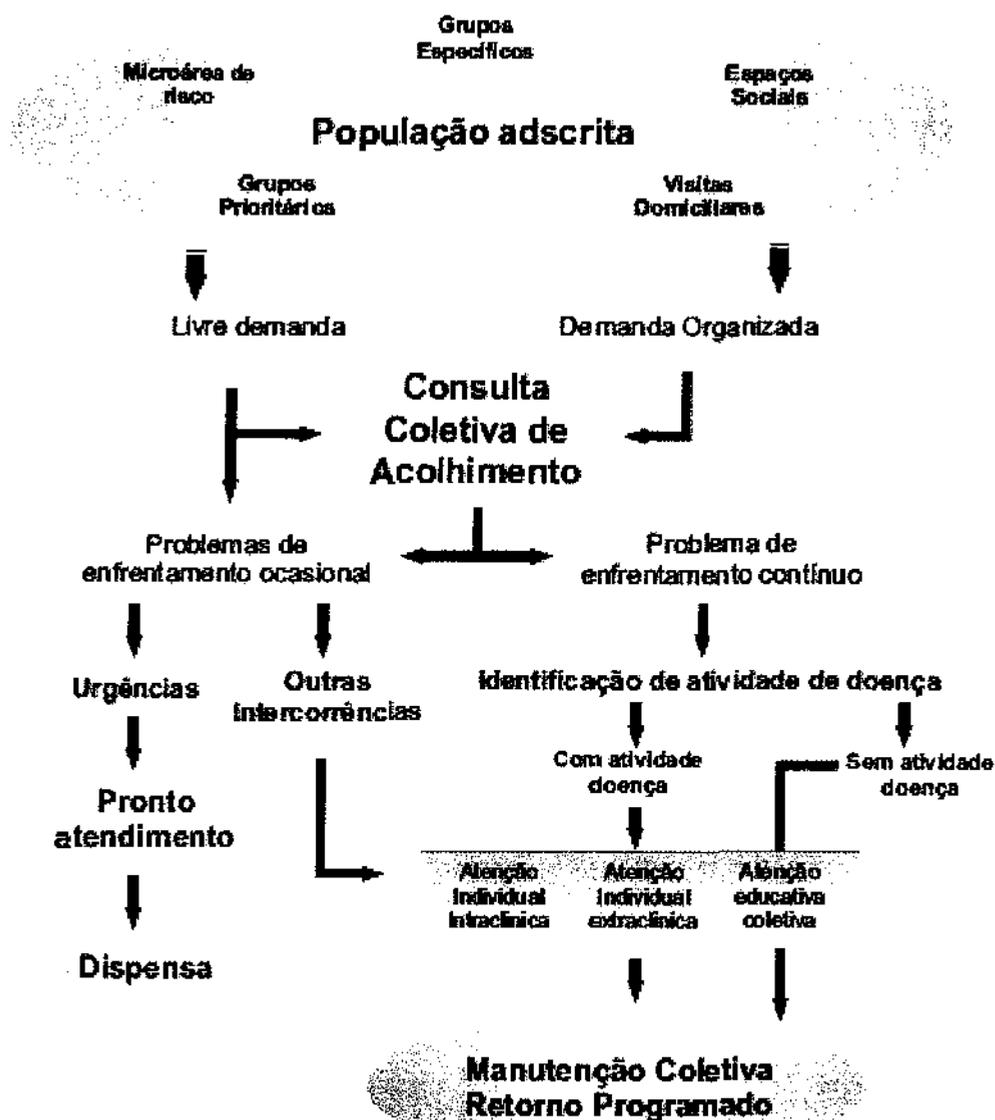
Segundo Carvalho et al, 2004 a dinâmica da equipe de saúde bucal pode se resumir em dez etapas:

*“1. Identificar diferenças entre os grupos/ indivíduos e classificar por grupos de risco à saúde em graus de complexidade decrescente;*

*2. definir tempo para cada ação na agenda diária, otimizando ao máximo os turnos de trabalho e competências de cada membro da ESB de acordo com o tipo de atividades;*

3. instituir acolhimento e/ou consulta coletiva como formas de organizar a demanda e de dar atenção às necessidades da população;
4. discutir com as famílias/população as prioridades de atenção clínica e formas de organização do trabalho;
5. caracterizar e organizar os diferentes tipos de demandas: espontânea, programada e de manutenção;
6. estabelecer protocolos de fluxos e protocolos clínicos de intervenção nas principais patologias ou para atenção em cada ciclo de vida;
7. organizar atenção clínica restauradora as família e aos grupos prioritários, através de demanda organizada por ordem de prioridade estabelecida pela ESF, ESB e pela comunidade e pela busca ativa programada, garantindo o atendimento aos casos de urgência;
8. elaborar formulários e fluxos de referência para os níveis de maior complexidade e para o retorno programado;
9. alimentar sistematicamente o banco de dados para controle e avaliação;
10. apresentar informações em saúde bucal que devem circular entre os membros da ESF e ser discutidas e divulgadas para a população da área.”

**Figura 2:** Esquema da dinâmica da equipe de saúde bucal no PSF



**Fonte:** CARVALHO, D.Q. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família,

A adequação do processo de modelo de trabalho requer ainda a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo (interação da ESB com demais áreas para melhor atendimento do indivíduo como um todo), integralidade da atenção (a

ESB deve estar apta a ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação em níveis individual e coletivo), intersetorialidade (envolver no planejamento diferentes setores), condições de trabalhos (plena utilização, manutenção e suprimento dos materiais de serviço), parâmetros (discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde garantindo melhor qualidade aos usuários e profissionais), ampliação e qualificação da assistência (básica, secundária e terciária).

*“Na ampliação e qualificação da assistência deve-se organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se:*

*a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;*

*b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;*

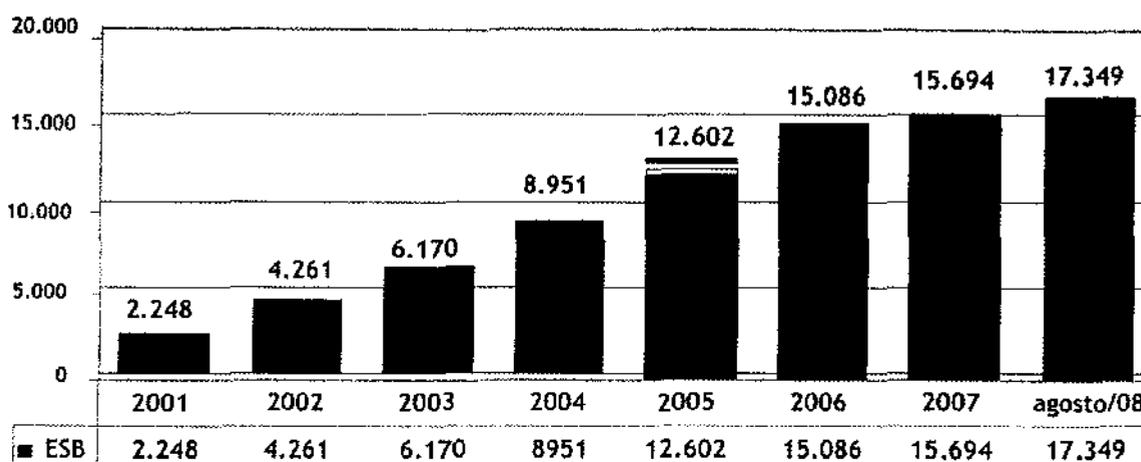
*c) disponibilizar maior número de horas-trabalho para turnos de maior demanda (em geral, diurno) e garantir horários alternativos ou estratégias adequadas ao atendimento dos trabalhadores, normalmente excluídos da atenção em razão de diferentes barreiras ao seu acesso.*

*À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações de: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, inclusão da reabilitação protética na área básica e ampliação do acesso.”*

Em 2004, o Ministério da Saúde reafirma as diretrizes da política nacional de saúde bucal enfatizando a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, implicando na responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário, um estímulo à chamada consciência sanitária. Também eram apontadas neste texto, no âmbito da assistência, diretrizes para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e

a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

**Gráfico1:** Equipes de Saúde Bucal implantadas, Brasil 03/2001 – 08/2008



Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/graficos\\_081008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/graficos_081008.pdf)

Em 17 de março de 2004 o Ministério da Saúde lançou o programa Brasil Sorridente para ampliar o acesso ao tratamento odontológico. O Brasil Sorridente é uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira.

É a primeira vez que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um programa estruturado, não apenas incentivos isolados à saúde bucal. Este programa destina-se a todos os brasileiros que dependam da rede pública de saúde para receber tratamento odontológico. De acordo com o primeiro levantamento nacional de saúde bucal, concluído em março de 2004 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista; 20% da população brasileira já perdeu todos os dentes; 45% dos brasileiros não têm

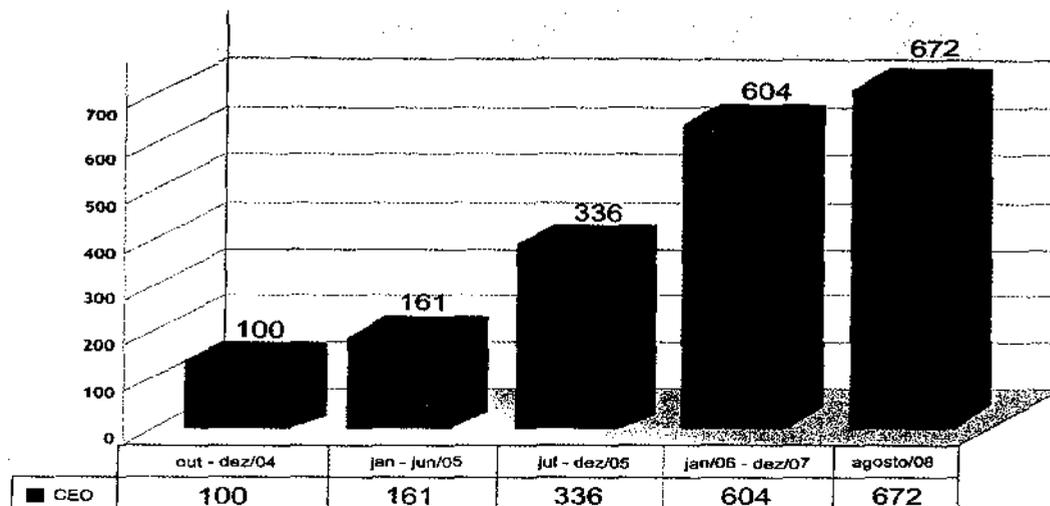
acesso regular a escova de dente. Dentre suas propostas incluíam: implantação de aproximadamente 400 Centros de Especialidade Odontologia (CEO) distribuídos em todos os estados brasileiros, distribuição de Insumos para as Equipes de Saúde Bucal, apoio às empresas de saneamento para fluoretação da água de abastecimento, aumento da resolutividade da atenção básica, aumento nos incentivos das equipes de saúde bucal do PSF, fornecimento de equipo odontológico completo para as equipes modalidade II, levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira e geração de empregos. Segundo dados do Governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, datados de outubro de 2008, o programa Brasil Sorridente aumentou em mais de 300% no número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), em cinco anos, totalizando 17.349 equipes de saúde bucal no país; cerca de 3 milhões de dentes deixaram de ser extraídos, desde 2003; ampliou mais de 300% na cobertura populacional; distribuiu mais de 32 milhões de kits odontológicos, em todo o país, entre fevereiro e julho de 2008; construiu 321 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e; implementou 711 novos sistemas de fluoretação, em 503 municípios de 11 estados – beneficiando 7,6 milhões de pessoas.

Os dados de 2004 indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em conseqüência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou,

no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004). Estes níveis secundário e terciário competem aos CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas).

CEOs são unidades de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os centros são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais.

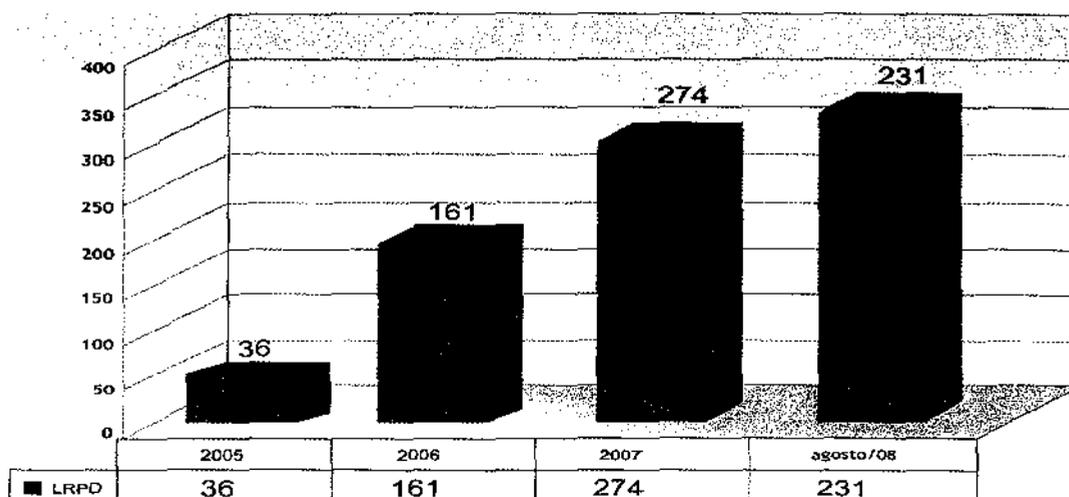
**Gráfico 2:** Centros de especialidades odontológicas implantados, Brasil 10/2004 -04/2008.



Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/graficos\\_081008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/graficos_081008.pdf)

Além da implantação de CEOs, há também a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD - que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis.

**Gráfico 3:** LRPD implantados, Brasil 12/2005 – 08/2008



Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/graficos\\_081008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/graficos_081008.pdf)

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na época do Brasil colônia, o Estado não atuava na saúde. As pessoas procuravam ajudas com índios e curandeiros para curar suas enfermidades. Logo após surgirão os barbeiros cirurgiões que também não tinham nenhuma técnica científica para cuidar das pessoas.

Na República Velha o governo começou a ter algumas ações sanitárias a fim de melhorar os espaços onde circulavam as mercadorias. Depois passou a agir sobre os trabalhadores que eram a força produtora de riquezas no país. Mostra-se claro o interesse político e econômico de se melhorar a saúde para evitar prejuízos nas fontes de riqueza.

Com o início das organizações trabalhistas, cria-se uma espécie de previdência social e de saúde, sendo que esta não abrangia toda a população. Após muitas reivindicações e o movimento sanitarista surgiu na Constituição de 1988, leis que regulamentavam a saúde tornando-a direito de todos e dever do Estado. Fica claro que o SUS é o primeiro sistema a abranger toda a população e responsabiliza o Estado pelo seu funcionamento. Porém não foram feitas as adequações econômicas estratégias necessárias para atender este aumento na demanda, sendo que ao modelo neoliberal não interessava um sistema com os princípios universais, integralista e equânimes. Isso tornou o sistema deficiente e propiciou o aumento de empresas privadas para atender esta demanda.

O atual governo trouxe propostas para melhorar o SUS como Programa Saúde da Família, incluindo a saúde bucal no Programa Brasil Sorridente. Estes

programas trouxeram ao SUS uma melhora no sentido de deixar de ser apenas um sistema curativo, e passar a também promover a saúde.

Os incentivos financeiros a saúde bucal trouxe um aumento no número de equipes de saúde bucal e centros especializados passando a aumentar os procedimentos atendidos pelo SUS. Este aumento nas equipes trouxe também um maior conhecimento sobre a situação epidemiológica do país e uma melhora nas ações de prevenção.

O grande desafio é fazer com esses programas cheguem a toda população e tenha eficiência nos tratamentos. É preciso mudar também o pensamento da população e tornar efetivas nas equipes as proposta inseridas pelo PSF.

Alguns questionamentos vêm surgindo no amplo debate entre profissionais, acadêmicos, entidades de classe e gestores.

- 1) as perspectivas de mercado de trabalho para o profissional de saúde bucal, despontando o serviço público como uma alternativa promissora;
- 2) as questões trabalhistas que envolvem a contratação destes profissionais, uma vez que este mercado, diferentemente da iniciativa privada, requer um vínculo empregatício;
- 3) os limites de implantação trazidos pela legislação vigente, especialmente quanto à relação entre equipes;
- 4) uma revisão das técnicas de promoção e prevenção em saúde bucal ainda enraizadas no Modelo Incremental , de atenção a escolares, profundamente marcada pelo preventivismo com o conceito de "geração perdida" , absolutamente conflitante ao princípio de equidade;

5) a necessidade de apreensão da epidemiologia social, do planejamento estratégico, de compreensão dos processos sociais comunitários, do território, do funcionamento das famílias e das ferramentas apropriadas à abordagem de cada uma destas questões;

6) a revisão das ações clínicas na saúde bucal, ainda profundamente marcadas pela exodontia, pela mutilação;

7) a necessidade de se constituírem outros níveis assistenciais, aparecendo como mais urgentes às especialidades de endodontia e prótese.

Alguns questionamentos que vêm surgindo no amplo debate entre profissionais, acadêmicos, entidades de classe e gestores. Seguramente um momento ímpar para o crescimento e o fortalecimento da saúde bucal brasileira.

Este, seguramente, é um momento ímpar para o crescimento e o fortalecimento da saúde bucal brasileira sendo necessário um governo comprometido, com um apoio contínuo as melhoras do Sistema Único de Saúde.

## 9. REFERÊNCIAS

1. BERTOLLI FILHO, C. **História de Saúde pública no Brasil**, 3ed. São Paulo: Ática, 1999. 71p
2. BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição** (1988). Brasília, 1988. 292p.
3. BRASIL. Lei8.080/90. Diário Oficial da união, Brasília, 26 de dezembro de 1990
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC DO SUS:doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. 20p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília, 2006
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 1444/GM Em 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000
7. CARVALHO, D.Q.A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família, *In Boletim de Saúde*, Porto Alegre, jan/jun2004, v.18, n.1, p. 176-184.
8. Coisas de Odontologia, capturado em 21 nov. 2009. On Line. Disponível na Internet  
<http://coisasdaodontologia.blogspot.com/2009/10/historia-da-odontologia-no-brasil-parte.html>
9. DONNANGELO in PAULUS JÚNIOR, A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Universidade Estadual de Londrina, 2006. p.7
10. 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



11. LOURENÇO, E. C. O processo histórico de construção das políticas públicas de saúde no Brasil. Piracicaba, 2000. 75p Tese (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
12. 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 – 112
13. Ministério da Previdência Social, capturado em 21 nov. 2009. On Line. Disponível na Internet
14. <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=64>
15. 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
16. PAULUS JÚNIOR, A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Universidade Estadual de Londrina, 2006. p.7
17. 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
18. SILVEIRA FILHO, D.A. **A saúde bucal no PSF :o desafios de mudar a prática**, dez./2002, p. 1-8
19. Conversa verbal, aula do Prof. Dr. Marcelo Meneghim aos alunos do curso de graduação de odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, 2008.

