Politics

Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente

Maria Isabel Vianna
Jairnilson Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VIANNA, M.I., and PAIM, J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. In: CHAVES, S.C.L. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 79-115. ISBN 978-85-232-2029-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220297.0004>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Politics

Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente

*Maria Isabel Vianna
Jairnilson Paim*

Introdução

A prática odontológica predominante no país nos anos 1970 tinha como base a ideologia liberal e mercantilista, privilegiando a atenção individual e reparadora em detrimento das ações preventivas de alcance coletivo. Além disso, a ampla utilização de tecnologia e a difusão acentuada da prática especializada, somadas a outros elementos, tinham promovido um alijamento histórico da grande maioria da população brasileira do acesso à atenção à saúde bucal. A falta de assistência e os problemas relativos às péssimas condições de vida da maioria da população geravam um quadro epidemiológico que, em relação à saúde bucal, situava-se entre os piores do mundo.

Em que pese o caráter hegemônico dessa modalidade de prática restritiva e elitista, foram realizados esforços na perspectiva de apreender as alterações que vinham se manifestando de forma cada vez mais evidente no sentido da progressiva substituição da atividade liberal por outras formas de organização do trabalho odontológico (PAIXÃO, 1979), incluindo a participação do Estado nesse processo.

Observava-se que, a despeito da crescente participação do Estado, essa questão não vinha sendo analisada na perspectiva da identificação de seus

determinantes, das suas características peculiares, das suas contradições e limites. Estudos pioneiros restringiam-se a descrição do subsistema público de atenção à saúde bucal. (PINTO, 1977; VIANNA, 1977)

Com o propósito de ampliar o escopo da análise, foi realizado um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74, defendida em 1988 (VIANNA, 1988), cuja síntese se apresenta neste capítulo. A investigação original examinou as políticas de saúde bucal empreendidas pelo Estado brasileiro naquela conjuntura, especialmente no âmbito da saúde pública, considerando a totalidade social em que se desenvolviam as políticas e, especialmente, a ampliação do papel do Estado na fase monopolista do modo de produção capitalista através das políticas sociais.

Buscando apreender o processo de emergência da participação do Estado na atenção à saúde bucal, foram resgatados os antecedentes mais relevantes do período compreendido entre 1923, ano em que foi aprovada a Lei Eloy Chaves, referente à Previdência Social, e 1974, quando teve início a distensão política do regime autoritário e certa ênfase nas políticas sociais a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento. (LUZ, 1979) Em seguida nesse estudo, dividiu-se a conjuntura em dois períodos (1974-1979 e 1980-1986), sendo apresentados certos desdobramentos no setor saúde e, especificamente, nas políticas de saúde bucal.

Emergência das políticas de saúde bucal no Brasil

No que pese o fato da odontologia ter se organizado historicamente enquanto prática liberal, prevalecendo o setor privado de prestação de serviços, pode-se identificar, nas origens da Previdência Social, o início do processo de participação estatal ao nível da prática odontológica no Brasil. O ano de 1923, quando se dá a promulgação da Lei Eloy Chaves, que cria, nas empresas de estrada de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados, pode ser considerado como marco do surgimento efetivo da previdência no Brasil. Esse fato se insere num contexto mais amplo de mudanças, principalmente no que se refere à postura, até então marcadamente liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985)

Esse período é caracterizado pela intensificação das pressões operárias, por um lado, e também pela percepção, por parte das elites e governantes, da insuficiência de medidas repressoras, sendo necessária a ampliação das margens

de consenso, através do atendimento de certas demandas aceitáveis que, obviamente não colocassem em cheque a própria dominação da oligarquia agrária. Teve início, então, o processo de ruptura do pacto informal que até então se mantivera entre essa fração e a burguesia industrial nascente, em torno da questão da intervenção estatal no âmbito das relações e condições do trabalho urbano. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985)

Amplia-se o processo de implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), inaugurando a prestação de “assistência odontológica” aos seus segurados e beneficiários. No entanto, só a partir de 1933, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), esse tipo de serviço começa a crescer em termos reais. (LANA, 1984) Vale lembrar que esse período é marcado pela quebra do regime oligárquico (a partir de 1930) e pela presença, cada vez mais marcante, das classes assalariadas urbanas no cenário político e econômico do país. (COHN, 1980) Nesse contexto, vão sendo criados os institutos, numa sequência que evidencia o privilegiamento de certas categorias, mais organizadas e importantes economicamente.

No que tange à assistência odontológica, a ampliação ocorre sem que diretrizes e normas técnicas sejam fixadas, prevalecendo a prática de uma odontologia essencialmente “mutiladora” e emergencial, restrita “à remoção de focos”. (LANA, 1984) Embora essas características permeassem a quase totalidade das instituições, algumas diferenças podem ser identificadas em função de injunções políticas mais gerais, da capacidade de mobilização de cada categoria, da importância econômica de cada uma delas e das condições financeiras das instituições. (COHN, 1980)

Entretanto, mesmo considerando os avanços alcançados pela Previdência Social nos anos 1930, pode-se dizer que prevaleceu uma política de contenção de gastos públicos, condicionada pela crise econômica herdada do regime anterior pela Revolução de 1930. O desafio era conciliar as limitações financeiras do período com as necessidades políticas do regime.

A conjuntura inaugurada com a queda do Estado Novo, em 1945, é caracterizada por uma progressiva eliminação das medidas de cunho contencionista. Tal processo, contudo, não veio acompanhado de ações que buscassem equacionar os problemas que já vinham afetando a receita como, por exemplo, as dívidas e atrasos no pagamento dos encargos dos empregadores e da União. Era o prenúncio do que, mais tarde, aliado a outros fatores, viria a constituir a chamada “crise financeira” da Previdência Social. O novo contexto político interno,

especialmente o processo de redemocratização, favorecia modificações nas organizações previdenciárias. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985) O governo Dutra (1946-1950) é marcado pela expansão do setor próprio de assistência médica previdenciária, de modo que a compra de serviços médicos e hospitalares do setor privado pelo Estado era considerada como meramente provisória. Oliveira e Teixeira (1985, p. 185) transcrevem um trecho da *Mensagem presidencial* de 1950, que versa sobre o tema aparecendo aqui menção à odontologia:

[...] nos locais em que a massa segurada, pela diluição, ainda não permite a instalação de ambulatórios, o Instituto manteve o sistema de credenciar ou contratar médicos, dentistas, serviços de enfermagem e hospitais, havendo, em 31 de dezembro último, 817 médicos, 50 dentistas e 133 hospitais trabalhando para os segurados da instituição, mediante esse regime.

Em 1954, é promulgado o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (Decreto n.º 35.448 de 10/05/54), onde é mantida a vinculação entre previdência e assistência, além do que se amplia a noção de serviços médicos. É o que demonstra o seguinte trecho do Decreto: “os serviços médicos proporcionarão assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica ou odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem”. (BRASIL, 1954)

No que tange à saúde pública, a odontologia dá seus primeiros passos no início da década de 1950. Em 1951, é instalada a Seção de Odontologia, do então denominado Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA 1981, p. 131), 1981) e, logo no ano seguinte é implantado o serviço odontológico na cidade de Aimorés, Minas Gerais. Esse serviço incorporava, em seu programa de saúde bucal, equipamentos de baixa densidade tecnológica; utilização de pessoal auxiliar na prestação de cuidados dirigidos ao “grupo epidemiologicamente mais vulnerável” (crianças na faixa etária de 6 a 12 anos); e, de forma pioneira no Brasil, implantava o modelo de atenção baseado no Sistema Incremental de Atendimento (cobertura gradativa a partir das menores idades através de tratamento intensivo, realizado em poucas sessões). (BRASIL, 1983a)

Outro marco na atuação do SESP, nesse período, foi a implantação do primeiro sistema de fluoretação de água de abastecimento público do país, inaugurado em outubro de 1953, na cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo. A expectativa dos técnicos era de que, passados os primeiros 14 anos de fluoretação

ininterrupta, alcançasse-se uma redução da incidência de cárie dental, em torno de 66%. (BRASIL, 1953)

Em 1960, é extinto o acordo entre Brasil e Estados Unidos, que dera origem ao SESP, o qual é transformado em Fundação (FSESP), vinculada ao Ministério da Saúde (MS):

[teve] redefinidas suas funções que passaram a ser de promover, nas áreas de expansão, programas de saúde, de saneamento, de treinamento de pessoal técnico e auxiliar, bem como realizar estudos, inquéritos e pesquisas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades. (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA 1981, p. 131)

O primeiro manual impresso sobre Normas Técnicas de Odontologia Sanitária da FSESP foi elaborado, em 1961, numa reunião de supervisores realizada na cidade de Ilhéus, Bahia. (BRASIL, 1978) O atendimento prioritário a escolares, uso de consultórios semiportáteis e utilização de pessoal auxiliar constituem as características básicas do modelo estabelecido no manual. (BRASIL, 1963) Além disso, introduz alterações no sistema incremental até então adotado pelos serviços odontológicos da Fundação. (DINIZ, 1987)

Na Previdência Social, no início da década de 1960, ocorre a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que uniformiza os planos de atribuições dos diferentes IAP. Segundo Oliveira e Teixeira (1985, p. 166), a promulgação da LOPS constitui “[...] o marco da derrota final do modelo contencionista, ao essender para o conjunto dos segurados da Previdência, um plano extremamente amplo de benefícios e serviços”. Embora seja dedicado todo um capítulo às “prestações”, ampliando-se os serviços oferecidos, não são encontradas, no Artigo 45, que dispõe sobre a assistência médico-odontológica, diretrizes específicas relativas à odontologia (BRASIL, 1960)

Esse conturbado período (início dos anos 1960) é caracterizado, no plano político, pelo esgotamento do pacto populista entre o Estado e a classe trabalhadora. Nos marcos do modelo de acumulação capitalista adotado desde os anos 1950, baseado na associação ao capital estrangeiro, tornava-se cada vez mais difícil a incorporação das demandas trabalhistas e a manutenção do esquema de cooptação de setores da classe operária.

Diante das alternativas que se colocavam, relativas a quem confiar o desempenho do papel hegemônico no interior do bloco do poder:

Se à coalizão nacional populista, via implementação das reformas de base e radicalização da luta anti-imperialista; ou à coalizão internacional-modernizadora, via golpe de Estado e destruição do aparato nacional-populista. (FERNANDES, apud OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 195-6)

Prevaleceu a segunda alternativa, com amplo apoio das classes médias urbanas. Instala-se o regime militar, caracterizado pelo autoritarismo e fechamento dos canais de participação dos trabalhadores. No plano institucional, tem início, nas instituições existentes, um processo de “depuração” do seu caráter político, em nome de uma racionalidade técnica e administrativa. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985) Dadas as condições políticas necessárias, ocorre em 1966 a fusão dos IAP, exceto o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1969, por solicitação do MS, com vistas a servir de subsídio para a orientação das atividades de odontologia a serem por ele desenvolvidas, foi elaborado documento intitulado *Atividades de odontologia* (BORGES FILHO et al., 1969), que caracteriza sucintamente o problema das condições de saúde bucal da população brasileira, considerada pelo grupo como precária; faz uma apreciação do modelo de atenção adotado, destaca a inadequação e insuficiência dos recursos humanos e materiais, reconhece o mau emprego dos recursos financeiros no âmbito da atenção à saúde bucal e sistematiza um conjunto de recomendações.

A inalterabilidade das ações de odontologia no âmbito do MS, nos anos seguintes, indicam a não execução das recomendações do grupo. Enquanto isso, em 1969, pela primeira vez, são fixadas diretrizes específicas destinadas a orientar a prática odontológica no âmbito da Previdência Social, de acordo com recomendações do Conselho Diretor do Departamento Nacional de Previdência Social. (BRASIL, 1969a)

A Resolução n.º CD/INPS-443/69 vem aprovar as diretrizes propostas por esse conselho, explicitadas em Ato Normativo de n.º 48. (BRASIL, 1969b) Segundo essa norma, a assistência odontológica prestada pelo INPS, deveria, inicialmente, visar a remoção de focos, só incluindo a profilaxia da cárie dentária no tratamento odontopediátrico. Em segunda etapa, na medida em que os recursos orçamentários e financeiros permitissem, o INPS poderia estender a realização de tratamento conservador de “dentisteria” aos beneficiários adultos. Além disso, não incluía o acesso à prótese dentária, ortodontia e ortopedia dos maxilares (com exceção dos casos de complementação terapêutica de inter-

venção cirúrgica reparadora de lesões congênitas). Finalmente, o Ato Normativo n.º 48 recomenda ao INPS que crie o código de custo específico para as despesas relacionadas com a assistência odontológica:

[...] devendo, até que seja criado código de custo próprio, o INPS reservar do montante dos recursos consignados para o custeio de assistência médica, uma parcela destinada à cobertura das despesas com os serviços odontológicos. (BRASIL, 1969b, p. 1-2)

1974-1979: início da crise, abertura e reformas

A crise iniciada em 1962, e que atinge seu ápice nos primeiros meses de 1964, conduz o governo militar, durante os primeiros anos do novo regime, a optar pela adoção de uma política de estabilização, dentro dos moldes clássicos, que implicava o estabelecimento de medidas como: corte nos gastos públicos, aumento da carga tributária, contenção de crédito, arrocho salarial, além de buscar sanar questões de longo prazo, através do estímulo à poupança privada, reorganização do sistema financeiro, reformulação da lei de remessas de lucros e incentivo às exportações, entre outras. (BAER, 1978; DUPAS, 1987; NOGUEIRA, 1986).

Estavam assim determinados os rumos da recuperação e lançadas as bases para o acentuado crescimento que viria no período seguinte (1968/1974), cujo forte dinamismo seria calcado principalmente no desenvolvimento da indústria de bens duráveis e na indústria de bens de capital, aliado ao crescimento das importações e exportações, a maior abertura da economia ao financiamento externo, bem como a forte concentração de renda com aprofundamento das margens de diferenciação salarial.

Enquanto as camadas médias e altas, atraídas pelas facilidades de crédito ao consumo e beneficiadas pela concentração da renda, constituíam demanda garantida para o setor de duráveis, amplas parcelas de população, marginalizadas pelo modelo de desenvolvimento adotado, passavam a conviver com a persistente degradação das condições de vida, prenúncio de uma crise social que teria papel importante no período pós-74. As contradições inerentes ao processo de expansão desse período, aliada às questões relacionadas à conjuntura econômica internacional a partir de 1974, estariam na base da crise advinda em meados da década de 1970.

Mello e Belluzzo (1985) buscavam as determinações mais profundas da crise, na dinâmica da acumulação empreendida no período pós-68. Dois fatores sobressaíam nessa análise: em primeiro lugar, está a defasagem entre os ritmos de acumulação verificados entre a indústria de bens duráveis, incapaz de manter um crescimento autogerado, e a indústria de bens de produção, cuja recuperação se manifesta posteriormente ao setor de duráveis. De outro lado, a expansão da indústria de bens de produção exigia uma brutal concentração de capital, além de financiamentos externos.

O início do governo Geisel (1974-1979), portanto, representa o final do ciclo de crescimento e começo de uma crise que, atingindo fortemente o setor econômico, tinha reflexos desastrosos sobre a área social e gerava insatisfação que teriam sua primeira manifestação política após o Golpe Militar, nas eleições de novembro de 1974. O choque do petróleo e a crise mundial vieram se somar aos problemas internos, com o peso relativamente importante numa economia marcadamente dependente do mercado internacional.

Diante desse quadro, o II Plano Nacional de Desenvolvimento vai tentar conciliar uma política de investimentos maciços em setores vitais, desencadeando um novo processo de substituição de importações via reciclagem energética (proálcool; Itaipu; acordo nuclear etc), com uma política social compensatória aos efeitos da concentração da renda, processo de urbanização acelerada e mudanças nas relações de produção no campo entre outros aspectos.

O período será marcado por um “vaivém” contínuo de medidas contencionistas e expansionistas, de modo que, entre 1974 e 1978, nas palavras de Coutinho e Belluzzo (1982), a política econômica estiolou-se na tentativa de conjugar objetivos irreconciliáveis.

Dessa forma, chega-se ao ano de 1979, fim do governo Geisel e início do governo Figueiredo (1979-1985), com um novo choque do petróleo, déficit na balança comercial (recuperada em 1977), aumento nas importações, enfrentando altas taxas de juros internacionais e uma dívida externa de proporções preocupantes; fatores esses aliados à súbita elevação nas taxas de juros internos, ao crescente processo de especulação e apropriação do excedente pelo setor financeiro (desencorajando os investimentos industriais), às pressões inflacionárias e ao desemprego. O Brasil caminhava, então, a passos largos, em direção à recessão.

A crise sanitária

Os reflexos negativos, advindos da crise econômica iniciada em 1974, abateram-se mais drasticamente sobre aqueles que estiveram à margem do processo de crescimento experimentado no período anterior (1968-1973), gerando o que Cordeiro (1983) considerava uma verdadeira “crise sanitária”.

A epidemia de meningite em 1974, o aumento da mortalidade infantil e desnutrição na cidade de São Paulo, maior centro do país, vêm desnudar as péssimas condições de vida de grandes parcelas da população. Por outro lado, não era mais possível manter o padrão de dominação adotado no período anterior. Teve início um processo de abertura política, aliado a um discurso que privilegiava a questão social, de sorte que a questão da saúde passa a adquirir relevo no bojo das políticas sociais.

Inaugurando uma série de medidas legais e de caráter administrativo, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através da Lei n.º 6.025, de 25 de junho de 1974. No mesmo ano, instituiu-se o Conselho de Desenvolvimento Social, formado pelos ministérios da área social (Saúde, Previdência, Interior, Educação e Trabalho), com atribuição de assessorar o presidente da República na formulação da política social e na coordenação dos ministérios envolvidos na implantação dessa política.

Quanto à legislação previdenciária, consolida-se a tendência à universalização da cobertura e ampliação da assistência médica. Medidas de cunho normalizador são adotadas nesse sentido, como é o caso do Plano de Pronto Ação, que deveria disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica, vinculadas à Previdência Social, mas que na realidade acabou contribuindo para o aprofundamento do processo de privatização da assistência à saúde.

Em 1975, é aprovada a Lei n.º 6.229, que cria o Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de definir atribuições e áreas de competência para as múltiplas instituições da saúde existentes. No entanto, não foram explicitados e, muito menos, colocados em prática os mecanismos efetivos de integração entre elas.

Nova ordenação no interior da Previdência Social ocorre em 1977, com a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS. Integrando o SINPAS, têm-se as seguintes entidades: INPS, responsável pela concessão de benefícios; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), encarregado de prestar assistência à saúde aos beneficiários do sistema; Instituto de Administração Financeira da Previdência Social, gestor de toda atividade financeira; e ainda a Fundação

Legião Brasileira de Assistência; Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor; e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social. Na categoria de órgão autônomo integral, ainda, o SINPAS, a Central de Medicamentos, a qual estava vinculada ao MPAS desde 1974.

No MS, “[...] as políticas dessa segunda metade da década assinalaram uma reativação do órgão”. (CORDEIRO, 1983, p. 88) A cobertura é ampliada, além do que são elaborados alguns programas que, em linhas gerais, buscaram dar alguma resposta àqueles problemas sociais levantados anteriormente. É o caso, por exemplo, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e do Programa de Alimentação e Nutrição (Pronan), este vinculado ao Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

As políticas de saúde bucal no âmbito da saúde pública (1974-1979)

Em maio de 1974, concretiza-se a antiga aspiração dos dentistas sanitaristas e é dado um importante passo do ponto de vista da saúde pública: é assinada a Lei n.º 6.050, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existisse estação de tratamento. (BRASIL, 1974)

Embora não explicita a obrigatoriedade da fluoretação, conforme reivindicavam as organizações de classe e conclaves científicos de odontologia, a Lei n.º 6.050 constitui um considerável avanço nessa área. Contudo, a sua regulamentação só se efetivou mais de um ano depois, através do Decreto nº 76.872, de 22 de outubro de 1975. O Parágrafo Único do Art. 1º abre novas perspectivas para o uso de métodos alternativos de utilização do flúor de modo que “[...] se aplica inclusive aos sistemas que não possuem estação de tratamento nos quais deverão ser utilizados métodos e processos de fluoretação apropriados...”. (BRASIL, 1975a) Com base no que dispõe a Lei n.º 6.229 do Sistema Nacional de Saúde, fica o MS responsável pelo estabelecimento de normas e padrões para fluoretação de água. (BRASIL, 1975b)

Como primeira medida de destaque, adotada após vigência da legislação apresentada, é firmado, em 1975, um convênio entre a FSESP e Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) que, através do Pronan havia incorporado a fluoretação entre os projetos destinados ao combate das carências nutricionais específicas (ARRUDA, 1975), no sentido da execução do Projeto de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público (BRASIL, 1975c), com a colaboração dos governos estaduais e municipais. Segundo dados do projeto, o Brasil, em 1972, contava com apenas 76 sistemas fluoretados, sendo que, em 41

idades, utilizando-se o fluoreto de cálcio (fluorita) e, em 35, o fluorsilicato de sódio. (BRASIL, 1975c) A população beneficiada somava um total de 3.280.467 habitantes, o que correspondia a 4,6% da população brasileira (BRASIL, 1983a), estimada para o ano de 1972.

O objetivo do projeto era beneficiar, através da fluoretação, 80% da população de 132 cidades, com aproximadamente 33 milhões de habitantes, o que correspondia a 50% da população brasileira estimada para o ano de 1980. Prevista sua execução em três fases, pretendia-se alcançar as metas estabelecidas, no último período, que deveria ir de 1978 a 1980. O custo do projeto foi estimado em cerca de 65 milhões de cruzeiros (cerca de US\$ 8,700,000, em 1º de janeiro de 1975).

Os relatórios de acompanhamento do projeto demonstram claramente as dificuldades, lentidão e absoluta impossibilidade de serem alcançadas as metas diante do ritmo que foi imprimido à sua execução. (BRASIL, 1977a; BRASIL, 1979a; BRASIL, 1979b; BRASIL, 1980a) O último relatório disponível dava conta de que, até 1979, apenas 38% das metas previstas tinham sido alcançadas; que 50 cidades absorveram 53% dos recursos previstos para a fluoretação de 132 delas; e que, dos 26.043.700 habitantes que deveriam ser beneficiados, apenas 4.394.000 efetivamente o foram, correspondendo a 16,9%. (BRASIL, 1980b)

Outro programa de odontologia é elaborado pelo MS, em 1976. Dessa vez, relativo à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, sob a responsabilidade da Divisão Nacional do Câncer. Consta que chegaram a ser realizadas algumas reuniões entre técnicos do MS e entidades prestadoras de serviços, com vistas à sua implantação, no entanto, nenhuma medida concreta chegou a ser adotada nesse sentido.

A FSESP, único órgão prestador de serviços odontológicos pelo MS, passa, durante esse período (1974-1979), por um processo de revisão de alguns aspectos de sua política de saúde bucal, reafirmando, no entanto, os elementos básicos do modelo de prática adotado desde 1952, quando da instalação do primeiro serviço odontológico. Esse modelo esteve calcado na atenção odontológica ao escolar, com base em programas incrementais e no uso de métodos preventivos de caráter individual e coletivo para controle da cárie dental. Isso vinha sendo feito através da utilização de pessoal auxiliar e da adoção de equipamentos simplificados e padronizados, técnicas de planejamento, programação e critérios próprios de supervisão e avaliação.

Após 25 anos de desenvolvimento dessa prática, realiza-se, em agosto de 1977, na cidade de Fortaleza, uma reunião de supervisores, visando promover a revisão e atualização das Normas Técnicas de Odontologia, adaptando-as às modificações introduzidas a partir de 1976 (normatização da assistência ao adulto) e aos novos conhecimentos técnicos e científicos, bem como analisar e avaliar as atividades de odontologia desenvolvidas pela Fundação, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde. (BRASIL, 1977b) Como resultado dessa reunião, foi elaborado novo Manual de Instruções e de Orientação Técnica (BRASIL, 1978), que vigorou até 1984, quando novas alterações foram introduzidas ao modelo de prática da FSESP.

Vianna (1978), em Encontro de Odontologia Comunitária, realizado em fins de 1978, afirmava que outros organismos do MS, além da FSESP, desenvolviam atividades que incluíam algum componente relacionado com a saúde bucal sem que, no entanto, houvesse uma coordenação das ações de odontologia, no âmbito do Ministério. Considerava que, em consequência do Decreto n.º 79.056 de 30.12.76, que dispunha sobre a nova organização do MS não fazer qualquer referência à odontologia, a elaboração de programações de abrangência nacional e outras atribuições da área odontológica não estavam incluídas entre as competências da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde nem da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, ficando, portanto, diluída entre vários órgãos e sujeita aos efeitos nocivos da descoordenação. Por fim, o autor destacava ainda o subfinanciamento das ações de odontologia no plano federal.

1980-1986: crise econômica e transição democrática

O período ora analisado tem início no ano de 1980, quando o governo opta pela política econômica recessiva, que vai prevalecer até 1983. O ano seguinte congrega uma série de especificidades, tanto do ponto de vista econômico como principalmente do político – é o ano em que se consolidam as articulações em torno da transição democrática.

Numa breve recapitulação, vê-se que o regime militar, após a fase de adoção de uma política de estabilização (1964-1967), rumo no sentido da modernização da estrutura produtiva, conduzindo o país a um processo de crescimento acelerado (1968-1974), que se deu às custas de uma brutal concentração de renda e aprofundamento da dependência externa. Seguiu-se um período de desaceleração (1974-1979), onde se tentou, através de uma política de alternância

de medidas contencionistas e expansionistas (*stop and go*), evitar o caminho da recessão.

Mas o novo salto nos preços do petróleo, acarretando aumento do gasto com importações e prejudicando a balança comercial, e a deterioração das relações de troca dos produtos brasileiros, conduzem ao crescimento da dívida externa em condições bastante desfavoráveis. Os juros internacionais começam a subir, em função da reciclagem dos créditos dos importadores de petróleo, implicando dificuldades de difícil superação para os países devedores, que passam a assumir duramente o ônus da política imposta pelo sistema financeiro internacional com base nos contratos com juros flutuantes.

O governo Figueiredo (79-84), ao tomar posse, tenta inicialmente manter as taxas de crescimento, o que resulta na perda de controle da inflação, mas logo em seguida, diante da desordem creditícia e fiscal e dos efeitos negativos sobre endividamento externo, ensaia os primeiros passos de uma política recessiva. As pressões contrárias atingem em cheio o então condutor da política econômica, ministro Simonsen, que acaba por se demitir do cargo. Assume a pasta, o ministro Delfim Neto que, durante os próximos quatro anos, teria nas mãos o poder absoluto no encaminhamento da economia do país.

O otimismo inicial, acompanhado do irrestrito apoio do empresariado, logo teria que enfrentar a dura realidade (inflação mensal recorde em setembro/1979 – 7,7%; déficit financeiro do Tesouro da ordem de Cr\$ 280 bilhões – cerca de US\$ 13,4 bilhões a preço de 1º de janeiro de 1979; preços do petróleo em alta; tudo isso reforçando a aceleração inflacionária e contribuindo para a deterioração da balança de pagamentos). (COUTINHO; BELLUZZO, 1982)

O ministro resolve administrar a crise de forma pragmática, e relativamente heterodoxa, evitando cair na recessão. Para isso, adota uma série de medidas no sentido do reforço da capacidade fiscal (aumento de impostos e eliminação de subsídios fiscais); recuperação dos níveis de autofinanciamento das empresas estatais (aumento de preços e tarifas administradas pelo setor público); e neutralização do ônus do crescente aumento do preço do petróleo através do repasse aos preços dos derivados (mais que proporcional no caso da gasolina).

Ao longo de 1980, a despeito das tentativas do ministro-chefe da Secretaria de Planejamento (SEPLAN), no sentido de convencer o país e os credores externos do acerto de sua política, a desconfiança é generalizada:

incapaz de enfrentar essas pressões, assistindo a descontrolada evasão de reservas, e vitimado pelas mazelas de sua própria política de préfixação, o governo capitula finalmente e, em novembro de 80, decide-se pela política recessiva. (COUTINHO; BELLUZZO, 1982, p. 183)

Seguindo o formulário ortodoxo ditado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), o governo adota uma série de medidas que, salvo algumas alterações, vão permear todo o período recessivo (final de 1980 a 1983). Implantadas com o objetivo de reduzir a inflação e viabilizar o pagamento dos serviços da dívida externa, através da obtenção de superávits comerciais, essas medidas se mostraram, no entanto, ineficazes e contraditórias. Em linhas gerais, foram promovidos cortes nos gastos públicos e nos orçamentos das estatais (REICHSTUL; COUTINHO, 1983); eliminação de subsídios (principalmente ligados a produtos agrícolas); liberação da taxa interna de juros (que subiu violentamente); controle rigoroso da expansão monetária; e incentivos para obtenção de saldos na balança comercial.

A inflação cai em 1981 para voltar a subir fortemente nos anos seguintes. Com a contenção dos gastos públicos e paralisação dos investimentos privados, cresce a taxa de desocupação, ampliando-se o recurso ao subemprego; além de decaírem as taxas de crescimento industrial. O Produto Interno Bruto (PIB) que, na fase áurea do crescimento, atingia uma média de 10% ao ano, passa a 1,6%, em 1981, e a -3,2%, em 1983. (NOGUEIRA, 1986) Essa tendência atingiria, nesse período, toda a América Latina, subjugada ao comportamento do sistema financeiro internacional.

No bojo da crise econômica e das tensões sociais advindas da recessão, o regime militar começa a dar mostras de enfraquecimento político. O anseio pela volta do crescimento começa a se confundir com o desejo de que chegassem ao fim as restrições políticas contra os direitos individuais. O desgaste aumenta ao serem divulgados, pela imprensa, os primeiros escândalos financeiros que, por sua vez, viriam permear todo o ocaso do regime autoritário. A insatisfação atinge empresários, trabalhadores e todo o país.

Em novembro de 1982, ocorre a primeira eleição direta para governador, após 18 anos de Golpe, consagrando a vitória de um número considerável de governadores de partidos da oposição em estados importantes, política e economicamente. Esse foi um marco no desencadeamento do processo de mudança. (DUPAS, 1987)

A crise atingia seu ápice no ano de 1983, assim configurada: um recorde negativo do PIB; momento crítico de estouro da inflação (que passa do patamar de 100 para 200%); e agravamento da situação da população, face à pressão nos preços dos alimentos básicos. Atingia-se um nível de incerteza inédito na economia brasileira. No que tange à dívida externa, “toda a recessão provocada, para viabilizar um gigantesco superávit comercial não era suficiente sequer para honrar o serviço da dívida”. (DUPAS, 1987, p.25) O Congresso dá os primeiros sinais de resistência, rejeitando decretos do executivo que aprofundavam o arrocho, através de políticas salariais cada vez mais restritivas.

Movimentos importantes mobilizam a área sindical. Escândalos financeiros continuam atingindo altos funcionários do governo, promovendo um esgotamento inevitável. São dados os primeiros passos, pela liderança da oposição, no sentido da articulação para a mudança na vida política da nação. Aquele ano de 1983 termina tendo “de positivo apenas o desempenho do setor externo e primeiras perspectivas de rompimento do regime autoritário”. (DUPAS, 1987, p.31)

A essa altura, a situação política já apontava para o irreversível esgotamento do regime militar. Persistiam as pressões internas, multiplicavam-se os movimentos grevistas, explodiam revoltas populares materializadas em depredações e saques. Ganhava força o movimento em defesa das eleições diretas, que vai às ruas com comícios históricos, resgatando o sentimento de cidadania há muito amordaçado no seio da população brasileira. Todavia, a despeito dos reclamos da nação e do desgaste político do regime, a emenda Dante de Oliveira (Diretas Já) é derrotada no Congresso, em meio à consternação geral.

Em junho, lideranças dissidentes do partido do governo constituem a Frente Liberal, que viria apoiar a candidatura de Tancredo Neves para a presidência da República, indicando o nome de José Sarney para o cargo de vice, compondo a chapa que concorreria no colégio eleitoral com Paulo Maluf, candidato do então Partido Democrático Social (PDS).

Por tudo isso, Singer (1986) considerava que, além dos fatores de ordem econômica, a situação política teria tido forte influência sobre a retomada do crescimento. Com a clara alteração no equilíbrio de forças políticas no país e previsível vitória de Tancredo Neves, o governo Figueiredo não teria condições de manter os ajustes de caráter recessivo, nos moldes até então adotados, mesmo considerando não apenas a inflação anual acima de 200% e a relativa desorganização das finanças públicas, como também as pressões do Fundo Monetário Internacional (FMI).

Em meio, portanto, a toda sorte de dificuldades que o governo teria de enfrentar, um grande desafio econômico se colocava: retomar o crescimento de forma estável e sustentada e, ao mesmo tempo, controlar a inflação. Tudo isso convivendo com um grande dilema – a dívida externa. O plano de governo da chamada Nova República e as posições do presidente eleito deixavam antever certa ortodoxia no trato das questões econômicas, acompanhada de medidas avançadas na área social e redemocratizantes no plano institucional.

Chega o ano de 1985, cercado de esperanças e grande expectativa. No entanto, a fatalidade vem somar-se à complexidade dos problemas a enfrentar. Com a morte de Tancredo Neves, em abril, José Sarney que já havia tomado posse é definitivamente consagrado presidente da República. À paralisia dos primeiros dias, seguiram-se a hesitação e adoção de tímidas medidas.

A situação internacional continuava favorável, com juros baixos e a balança comercial apresentando os saldos animadores, permitindo vislumbrar perspectivas razoáveis para o novo governo. Durante o primeiro semestre, já se confirmavam as tendências do ano anterior de reaquecimento da economia, com firme crescimento e queda no nível de desemprego.

A despeito do clima favorável e da relativa estabilidade da inflação, os sintomas de elevação do seu patamar já eram preocupantes, somando-se a isso o nítido crescimento do déficit público. As demandas reprimidas durante 21 anos de autoritarismo desaguam sobre o governo de transição, cobrando os compromissos e exigindo ação. O dilema econômico se aprofunda, dificultando cada vez mais a solução da equação que envolvia a necessidade de manter o crescimento e atender às reivindicações trabalhistas, ao tempo em que cresciam o déficit, o público e a inflação.

Os impasses gerados nesse primeiro período conduzem a saída do ministro Dornelles, em agosto de 1985. Assume a condução da política econômica um novo grupo, identificado com o moderno empresariado nacional e preocupado basicamente com a manutenção do crescimento econômico. Sob a direção do ministro Dilson Funaro, passam a atuar conjuntamente os ministérios da Fazenda e do Planejamento, e a nova diretoria do Banco Central, assessorados por economistas do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) (vindos da Universidade Estadual de Campinas e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro). São rediscutidas e elaboradas opções alternativas de política econômica para o período de transição, mantendo-se nesse ínterim, o combate à inflação e buscando-se garantir o crescimento.

Apesar das dificuldades, o desempenho da economia em 1985, fora satisfatório, apresentando um crescimento da ordem de 7 % e havendo redução dos níveis de desemprego e ampliação da autosuficiência no setor energético. Além disso, o tratamento dado à dívida externa fugiu, de certa forma, aos modelos tradicionais, tendo o Brasil assumido uma posição mais independente em relação ao FMI, embora a inflação e o déficit público constituíssem problemas importantes.

Ainda em novembro de 1985 são realizadas as eleições para prefeitos das capitais, reafirmando a hegemonia do PMDB. O congresso convoca a Constituinte e promove uma reforma tributária de emergência, favorecendo estados e municípios. No final do mês, é anunciado um “pacote econômico”, na tentativa de conter a inflação e déficit e manter o crescimento. O pacote procura aumentar a receita tributária global, diminuir a tributação na fonte para os salários menores e estimular o investimento (com o objetivo de aumentar a oferta e evitar o choque de demanda). (DUPAS, 1987) A alta inflação em 1986, pressão dos movimentos sindicais e do PMDB, além do esgotamento das soluções convencionais, impõem ao governo uma ação de emergência e a urgente adoção de medidas alternativas.

Em 28 de fevereiro de 1986, é anunciado o Plano Cruzado, estabelecendo em linhas gerais: nova moeda (o cruzado); tabela de conversão para pagamento das dívidas futuras; fixação, por um ano, das prestações do Banco Nacional de Habitação (BNH); congelamento dos preços de bens e serviços; inflação zero; estabilização do dólar; conversão de salários em cruzados pela média dos últimos seis meses; e instituição do gatilho salarial e do seguro desemprego; entre outras medidas. A despeito de alguns poucos opositores e da necessidade de alguns ajustes preliminares, a receptividade ao plano foi surpreendente. No decorrer do primeiro semestre daquele ano, apesar dos saldos positivos das medidas no tocante à melhoria das condições de consumo da população, acentuam-se algumas distorções consideráveis.

O empresariado passa a exercer uma oposição mais explícita ao plano, tendo como fortes aliados os pecuaristas. A elite conservadora se une na defesa de seus interesses recebendo para isso a colaboração da grande imprensa. Os credores internacionais acentuam as pressões a partir do segundo semestre, preocupados sobretudo com a tendência de queda das reservas cambiais provocada pelo aumento das importações e enfraquecimento das vendas externas, em função da volta do crescimento interno e do aquecimento da demanda. A

despeito das dificuldades, os brasileiros vão às urnas em novembro e depositam seu voto de confiança e reconhecimento, consagrando o PMDB o vitorioso absoluto nas eleições. Mas, nesse momento, o cruzado já acumulara distorções que exigiam urgentes e profundas correções. Antes que terminasse a festa da vitória, o chamado “Plano Cruzado II” é anunciado, causando surpresa e indignação no eleitorado. As medidas tinham um “sabor de descongelamento de preços e contenção salarial”. (DUPAS, 1987, p. 160)

As perspectivas para 1987, ano da constituinte, apontavam para um quadro desalentador, em termos de economia, e complexo, quanto à consolidação da democracia brasileira.

A crise do regime, a crise da saúde

Importa, agora, observar os desdobramentos ao nível do setor saúde, nessa fase complexa da sociedade brasileira, que foi a primeira metade da década de 1980. A expansão da atenção à saúde, dentro dos moldes privatistas, alcançada através das medidas adotadas no período 1974-1979, encontra seus limites no aprofundamento da crise econômica que se verifica no início dos anos 1980. Por outro lado, essa mesma crise tornava a população de baixa renda cada vez mais vulnerável ao acometimento de doenças, ampliando assim a demanda por serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, a crise de legitimidade do regime militar, aliada ao processo de abertura iniciado no governo Geisel, viabiliza o desencadeamento de um debate, onde as forças sociais, diretamente interessadas na questão da saúde, passam a explicitar os seus projetos e interesses. Esse embate perpassa todo o governo Figueiredo, e atinge a Nova República.

Em março de 1980, realiza-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo como tema central a “Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos”, desdobrado em 11 subtemas. A estrutura temática da Conferência indica forte influência dos movimentos internacionais pela extensão da saúde, incorporados pelo governo, não só pela necessidade de buscar maior legitimidade, mas também pela premência em responder, de alguma maneira, ao flagelo a que estava sendo submetida a população de baixa renda. Tratava-se, pois, de buscar soluções alternativas, de cunho racionalizador e menor custo, que convivesse pacificamente com um modelo hegemônico, sem ferir radicalmente seus interesses.

O debate se materializa, em torno do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), anunciado durante a 7ª CNS. Elaborado por técnicos do MS, com a participação do Ministério da Previdência e Assistência Social, o programa, ao tempo em que incorporava, em sua primeira versão, as propostas racionalizadoras defendidas pelos organismos internacionais e pelos críticos do modelo vigente, baseadas na atenção primária e participação comunitária, corporificava o caráter tecnocrático autoritário, próprios do regime militar.

As pressões dos empresários da saúde determinam sucessivas alterações no programa, até que, mutilado e carente de apoio político, foi abandonado sem que nenhuma medida tivesse sido tomada. Toda polarização se dá em cima do discurso, servindo para explicitar o posicionamento dos diferentes grupos. As relações de poder estavam agora claramente postas. (PAIM, 1984; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985)

Embora colocadas de lado nesse momento, muitas das teses contidas no Prev-Saúde retornariam nos anos seguintes, diante da necessidade de se encontrar saídas para a crise que indubitavelmente atingira o setor. A Previdência Social, que acumulara distorções desde muitos anos, com a crescente ampliação dos planos de benefícios e extensão da cobertura, não acompanhadas de medidas eficazes no estabelecimento de uma base financeira sólida, tem sua situação agravada nos primeiros anos da década de 1980, em função principalmente da brutal recessão econômica e consequente redução da arrecadação previdenciária, constituída basicamente da contribuição dos assalariados. Outros fatores relacionados com a gestão dos recursos vêm contribuir para o agravamento da crise. Entre eles, destacam-se o conhecido sistema de “caixa dupla” que a Previdência mantinha com a rede bancária; os desvios de recursos para áreas de interesse político-econômico, promovendo a descapitalização das reservas e o privilegiamento do setor privado no tocante à assistência médica.

Após um período de hesitações, o governo anuncia o “pacote da Previdência”, que busca uma ampliação da receita, às custas mais uma vez dos assalariados, penalizando também os aposentados e criando mecanismos de controle, no tocante aos gastos com assistência médica. Nesse sentido, é fixado um teto para o ano de 1982, limitando a participação do Inamps em relação ao total de gastos do Simpas; além disso, através do Decreto n.º 86.329, é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp). As atribuições desse órgão colegiado, apesar do caráter autoritário da sua criação e composição, revelam, no entender de Paim (1984, p. 13), “uma preocupação

com racionalização no uso dos recursos e com a operação e controle da assistência médica”.

Durante o primeiro ano de existência, o Conasp enfrenta as resistências de algumas parcelas do setor privado da saúde, especialmente da Federação Brasileira de Hospitais, mas as alterações no âmbito do MPAS, como a troca de ministros (com a saída do Jair Soares e nomeação de Hélio Beltrão), e o prestígio do presidente do órgão, dr. Aloísio Salles, em certas áreas chave do poder aliados à premência de soluções a para crise financeira, fazem-no avançar no sentido das medidas racionalizadoras. É assim que, em agosto de 1982, é aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (BRASIL, 1983a), também conhecido como o Plano do Conasp, através da Portaria nº 3.062.

Dividido em três partes, o Plano apresentava inicialmente um diagnóstico do modelo de assistência médica da Previdência, caracterizando criticamente as 10 modalidades existentes, no que tange às formas de financiamento, distorções apresentadas e à cobertura. Noutra parte, propunha a reversão gradual de modelos através da adoção de uma série de medidas. E, finalmente, estabelecia uma estratégia de implantação, que tinha como base os princípios da gradualidade e da participação.

O processo de implantação tem início ainda em 1982-1983 através do então chamado Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). As propostas alternativas iam aos poucos ganhando força no bojo da crise do autoritarismo. Em maio de 1984, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (MS/MPAS/Ministério da Educação) designa as Ações Integradas de Saúde (AIS) (estratégia fundamental do plano do Conasp), como política oficial do setor saúde, integrando políticas e recursos do Ministério da Previdência, Saúde e Educação, aos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A questão da saúde esteve presente nesse debate nacional em torno das perspectivas que se avizinhavam com a posse do governo de Tancredo Neves. Ao nível da sociedade civil, são formuladas diversas propostas com vistas à definição de uma política de atenção à saúde para o governo de transição. (VIANNA, 1988) A criação do Parlamento Brasileiro da Saúde, congregando as Assembleias Legislativas, Câmara dos Deputados e Senado, vem ampliar o espaço político de luta pela democratização da saúde.

Em 1985, acirram-se as discussões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As posições favoráveis à imediata transferência do Inamps para o

MS são suplantadas, consolidando-se a tendência em torno do aprofundamento da estratégia das AIS, como forma de garantir o pleno desenvolvimento das políticas de saúde do novo governo. Em julho do mesmo ano, por solicitação do então MS, o presidente da República convoca a 8ª CNS. Marcada inicialmente para dezembro de 1985, é adiada para março do ano seguinte, em razão das reivindicações de diversos segmentos da sociedade, com vistas a possibilitar uma maior preparação e discussão ao nível da sociedade civil e instituições, viabilizando também que os estados e municípios realizassem o seu debate interno e público.

Realiza-se então em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986, a 8ª CNS, contando com a participação de mais de 4 mil pessoas (entre os quais mil delegados), tendo como pauta de discussão três temas básicos: 1. saúde como direito; 2. reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. financiamento do setor. Num processo participativo e democrático, nunca antes verificado entre as CNS, conseguiu-se um alto grau de consenso em torno das grandes questões, havendo algum nível de diversidade apenas quanto às formas de implementação.

Entretanto, as oposições, que iriam permear os anos 1986/1987, às teses defendidas na 8ª CNS já se fizeram sentir durante a sua realização, através da não participação dos empresários da saúde (que preferiram organizar sua própria conferência) e do boicote da grande imprensa no que tange à divulgação do evento.

Entre as proposições gerais contidas no Relatório Final (BRASIL, 1986b) aprovado em assembleia, destacam-se três pontos fundamentais que, por sua vez, comportam uma série de desdobramentos: amplia-se o conceito de saúde, vinculando-a a às condições gerais de vida e se estabelece que a saúde constitui um direito do cidadão, sendo o Estado responsável pelo pleno gozo desse direito; defende-se a criação de um Sistema Único de SaúdeSUS, através de uma ampla Reforma Sanitária; e propõe-se a constituição de um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios, devendo caber ao da Saúde uma parcela desses com vistas à constituição do Fundo Único Federal de Saúde.

A etapa seguinte, durante todo o ano de 1986, refere-se à realização das conferências por temas específicos – a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CSNB) foi uma delas – como desdobramento da 8ª CNS. O embate entre o projeto conservador e o projeto democrático estava claramente posto, e as posições se explicitavam utilizando, cada segmento, as armas de que dispunham,

tendo em vista não só influenciar os desdobramentos mais imediatos quanto à reestruturação do setor, mas principalmente, conquistar espaço na futura constituinte, através da eleição de representantes comprometidos com cada projeto. Naquele momento, a estratégia de implantação da Reforma Sanitária comportava dois planos: um a nível macro, baseado no reordenamento político através da constituinte; e outro ao nível micro, via construção ascendente com fortalecimento do processo de unificação dos serviços de saúde, no âmbito dos estados e municípios, através do estabelecimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

As políticas de saúde bucal no âmbito da saúde pública (1980-1986)

No início do período analisado, a atuação do MS restringia-se, basicamente, às atividades desenvolvidas pela FSESP, aos programas de fluoretação da água de abastecimento público e à formação de recursos humanos através da Fundação Oswaldo Cruz. Os municípios realizavam ações locais sem diretrizes nacionais e as Secretarias Estaduais de Saúde atuavam livre e independentemente de qualquer interferência do Ministério, já que ele não dispunha de mecanismos institucionais nem recursos que possibilitassem o estabelecimento de uma política de saúde bucal, nem dos meios necessários ao seu adequado acompanhamento.

Mesmo considerando essas limitações, vemos que, a partir de 1980, vinculada a todo o processo de discussão e rearticulação por que passa o setor saúde, a odontologia dá alguns passos importantes, tanto no sentido de uma avaliação mais crítica do seu modelo de prática, como no tocante à sua inserção do setor público de prestação de serviços de saúde.

Marca o início do segundo período da conjuntura sob análise a realização da 7ª CNS (março de 1980) quando, pela primeira vez, a prática odontológica chega a constituir um dos temas de debate. Em conformidade com a temática central da conferência, o subtema relativo à saúde bucal teve por título a “Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde”. (BRASIL, 1980b) Considerando que a odontologia teria um papel definido a cumprir dentro de um programa de atenção primária, o grupo chama atenção para o fato de que tal não deveria ocorrer, sob a forma de um subprograma de atenção odontológica primária, e sim, deveriam ser estabelecidas estratégias no sentido da plena integração das ações odontológicas ao programa geral de atenção à saúde.

Com o objetivo de visualizar a natureza das dificuldades e contribuir para a orientação dos caminhos a percorrer, são ressaltadas as defasagens existentes entre o modelo de prática e assistência odontológicas e as características desejáveis e intrínsecas, em nível conceitual, estratégico e operacional, a um programa baseado em atenção primária. O referido modelo caracterizava-se em linhas gerais por: ineficácia; ineficiência; descoordenação; má distribuição; baixa cobertura; alta complexidade; enfoque curativo; caráter mercantilista e fortemente monopolista; e inadequação no preparo dos recursos humanos.

São feitas, ainda, as seguintes recomendações com vistas ao equacionamento das distorções apresentadas: que se realize a adequação dos recursos humanos de nível superior e se dê ênfase à preparação dos recursos humanos de nível auxiliar e técnico; que se adotem medidas administrativas que tornem impeditiva a utilização de equipamentos de alta densidade tecnológica por parte dos serviços públicos; que seja institucionalizado no MS um núcleo técnico dedicado ao equacionamento dos problemas da odontologia, ficando responsável pelo planejamento e normalização das ações odontológicas no país, a fim de suprir a falta de definição política existente na área e evitar a descoordenação das diversas instituições prestadoras de serviço; por fim, recomenda-se a inserção da odontologia na rede hierarquizada de serviços, criando-se as condições necessárias para que sejam contemplados os três níveis de atenção.

Ao concluir o relatório, o grupo afirma que:

[...] decisões firmes, corajosas e profundas deverão ser tomadas sob pena de se cair num superficialismo que nada mais representará do que a mudança de roupagem na participação da Odontologia nos programas de saúde [...] haverá de parte de segmentos mais conservadores da sociedade e da própria Odontologia sérias resistências ao processo de mudança, mas [...] se impõe uma nova forma de participação não só por razões técnicas, mas sobretudo, como resposta a uma população que quer e, felizmente no momento exige, um direito que legitimamente é seu: o direito de possuir saúde bucal. (BRASIL, 1980b, p. 178)

Estava aberto o debate que permearia todo o período. No entanto, as pressões que se seguiram à divulgação do Prev-Saúde na 7ª CNS, fizeram com que, também ao nível da odontologia, fossem temporariamente abandonadas as propostas de mudança no modelo hegemônico de prestação de serviços.

No âmbito da FSESP, ainda no ano de 1980, dá-se uma alteração importante no sentido da extensão da cobertura no que tange à prevenção da cárie dental. É implantado o Projeto de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD), mediante a técnica de autoaplicação de bochechos fluorados (BRASIL, 1980a), empregando uma solução neutra de fluoreto de sódio a 0,2 %. O projeto, implantado inicialmente nas unidades de menor complexidade operacional e naquelas que não dispunham de qualquer ação odontológica, visava levar os benefícios da utilização do flúor, a um custo menor, com possibilidade de atingir maior número de crianças, além de comportar maiores facilidades operacionais se comparado às tradicionais aplicações tópicas a 2%.

A antiga aspiração de considerável parcela da categoria odontológica, quanto à criação no MS de um núcleo técnico de odontologia, efetiva-se, ainda que parcialmente, em 1982, com a instituição do Grupo de Trabalho Unidade de Sistema de Odontologia (GT/Odonto), através da Portaria de nº 191, de 27 de julho de 1982 (BRASIL, 1982a), cuja finalidade era a de definir e orientar as ações do MS no campo da odontologia e de integrar e coordenar as atividades de apoio das Secretarias Estaduais de Saúde. No entanto, não houve correspondência entre a magnitude das atribuições do grupo e a adoção de medidas concretas no sentido de viabilizar a plena execução dessas atribuições. É o que se percebe, não só através da análise de documentos como também por depoimento dos técnicos.

Ainda em 1982, a Unidade de Sistema de Odontologia elabora um documento buscando traçar algumas linhas de ação para o MS, no âmbito da atenção à saúde bucal. (BRASIL, 1982b). Inicialmente, são levantadas algumas questões relativas às condições de saúde bucal da população brasileira, constatando-se um acúmulo de necessidades de grande magnitude. Por outro lado, a modesta participação governamental na oferta de serviços odontológicos estaria limitando o atendimento dessas necessidades, conduzindo a um agravamento da situação ao longo dos anos.

Ciente das dificuldades, o GT/Odonto considera que todos os esforços devem ser concentrados na superação dos obstáculos que impedem o estabelecimento de uma política nacional de saúde bucal e a consequente execução de um programa que esteja prioritariamente dirigido para a atenção básica à população de baixa renda. São estabelecidas, então, cinco linhas programáticas no sentido de orientar a prestação de serviços odontológicos no Brasil: prevenção maciça (baseada na fluoretação da água de consumo); cuidados elementares

(via agentes de saúde em comunidades sem atenção profissional); atividades de apoio (maximização da eficiência dos centros de saúde, postos de assistência médica e outros serviços públicos); atenção ao escolar de primeiro grau (via Sistema Incremental); e referências para casos complexos (racionalização do trabalho em unidades especializadas disponíveis). Em seguida, são explicitadas as medidas necessárias à efetivação da proposta, com a preocupação de torná-las viáveis através da redução dos custos operacionais. Finalmente, são sintetizadas as atribuições e diretrizes referentes à atuação do GT/Odonto, colocando-se que a criação da Unidade de Sistema "... constitui a resposta institucional dada pelo MS, no sentido de intervir com suficiente peso específico, de forma a catalisar com maior rapidez as modificações que se fazem necessárias no setor". (BRASIL, 1982b, p.5)

No entanto, pelo que se pode apreender, a atuação do GT ao longo dos anos que se seguiram à sua criação, esteve fundamentalmente voltada para a questão da prevenção maciça, através da fluoretação. E a primeira iniciativa do grupo, nesse sentido, é levada a cabo em fins de 1982, através de sua participação, juntamente com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e FSESP, na coordenação do Projeto de Fluoretação da Água em Sistemas de Abastecimento Público (BRASIL, 1982c), que contaria ainda com o apoio do Grupo de Trabalho Serviços Básicos de Saneamento, envolvendo também o BNH/Plano Nacional de Saneamento (Planasa), a o MS e Secretarias Estaduais de Saúde.

Adotando metas menos pretensiosas que o Projeto de Fluoretação – Convênio INAN/FSESP – (BRASIL, 1975c), esse novo Projeto visava reativar a operacionalização dos sistemas de fluoretação paralisados em 30 localidades e estender a implantação para novos sistemas de abastecimento público de água potável em 35 cidades. O que deveria beneficiar 7,8 milhões de habitantes, especialmente da região Nordeste.

Após tímidas realizações, no ano seguinte, em 1983, esse Projeto foi incorporado por um outro programa de maior abrangência. Tratava-se do Programa de Fluoretação da Água de Abastecimento Público (VIANNA, 1988) – convênio Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)/BNH/MS. Esse programa deveria mais do que duplicar a cobertura da população servida com água fluoretada. Esperava-se beneficiar até 30 milhões de pessoas as quais, somadas aos 25 milhões já protegidos, corresponderiam a 46% da população brasileira (1981) e 85% da população abastecida. Estando a população-alvo do

programa distribuída em um total de 200 localidades (100 delas com até 50 mil habitantes, e 100 com mais de 50 mil). (VIANNA; PINTO, 1983)

A distribuição global dos recursos previa a alocação de 95% para implantação, manutenção e reserva técnica; enquanto os 5% restantes seriam repassados ao MS, com vistas ao desenvolvimento de estudos epidemiológicos e atividades de vigilância sanitária devendo esse ministério, com recursos próprios, promover ainda, pesquisas de métodos alternativos de prevenção da cárie dental.

Quanto ao Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, ficava estabelecido que este deveria incluir dois componentes básicos: a realização e inquérito referente à prevalência da cárie dental nas 200 localidades onde estava prevista a implantação da fluoretação da água de consumo, e um estudo mais abrangente sobre as condições de saúde no campo odontológico no país.

A pesquisa sobre métodos alternativos privilegiou estudos sobre o emprego do fluoreto de cálcio (fluorita) em localidades de maior porte, bem como a viabilidade do sal como veículo para a fluoretação. Segundo o documento, a existência de fartos depósitos de fluorita em pedra, no país, poderia permitir redução ainda maior dos custos do programa preventivo caso se conseguisse superar a restrição de seu uso tão somente em estações de tratamento de água em cidades com um máximo de 30 mil habitantes. As dificuldades de obtenção de insumos (ácido fluorsilícico e fluorsilicato de sódio), face à dependência do setor, são apontadas como mais um fator que reforçava a urgência na realização de pesquisas nessa área.

Após um ano de existência, em novembro de 1983, o GT/Odonto elabora seu primeiro Relatório de Atividades (BRASIL, 1983b), ressaltando as dificuldades enfrentadas e sistematizando as principais atividades desenvolvidas; cuja concentração de esforços, durante o ano de 1983, deu-se em ações de prevenção em massa e na busca da reorientação do modelo de assistência odontológica de saúde pública. Diz esse relatório que:

[...] sentindo que no elenco de prioridades do Ministério da Saúde não havia dessaque para as ações de Odontologia, o GT/ODONTO procurou desenvolver, e desenvolveu, ação conjunta com o Ministério da Previdência Social (INAMPS), que contemplou sua estrutura odontológica com forte apoio, e com o BNH e o BNDES que apesar de não serem órgãos específicos de saúde, lançaram através da política de fluoretação das águas de abastecimento público, um marco na saúde oral da população brasileira. (BRASIL, 1983b, p. 10.)

Dentre os 15 itens que resumem as atividades desenvolvidas pelo grupo, oito se relacionam com a questão da fluoretação sob diferentes aspectos; e os sete restantes constam de ações várias realizadas em conjunto com a FSESP, secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação e com o Inamps. Quanto a este último, ressalta-se a participação do GT na elaboração do documento de reorientação da assistência odontológica ao nível do Inamps, como parte da estratégia do Conasp.

Durante o ano de 1984, são estabelecidas as bases institucionais e metodológicas com vistas à realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal, novos recursos são alocados para o Programa de Fluoretação (BNH/BNDES/MS), através da aprovação da Exposição de Motivos nº 711/84, em 8 de outubro (BRASIL, 1984a), e, no mês de dezembro desse ano, realiza-se em Goiânia o I Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (Enatespo), no sentido da elaboração de uma Proposta de Política Odontológica Nacional para um Governo Democrático. (ENCONTRO..., 1984)

A FSESP, ainda em 1984, publica novo Manual de Instruções e de Orientação Técnica (BRASIL, 1984b) em substituição ao de 1978. Em linhas gerais, mantem-se o modelo de prática odontológica tradicionalmente adotado pela Fundação, ressaltando-se, entretanto, duas alterações básicas: a primeira diz respeito à incorporação ao manual da técnica de autoaplicação de flúor através dos bochechos fluorados, implantada pela FSESP em 1980; e a segunda corresponde à expansão das funções delegadas ao auxiliar de higiene dental, quando acrescenta às 10 atribuições constantes no manual de 1978, a de condensar e esculpir amálgama de prata em cavidades dentárias previamente preparadas pelo dentista. O que não ocorreu sem certa resistência por parte de alguns técnicos da Fundação.

Em agosto, o GT/Odonto retoma antiga reivindicação dos técnicos da área, propondo, através de um documento (BRASIL, 1985a) a criação da Divisão Nacional de Odontologia Social, no âmbito do MS.

Nesse ínterim, a única medida adotada pelo MS com vistas à formulação de uma política de saúde bucal constituiu-se na criação de um grupo assessor de odontologia (Portaria n.º 749 de 14/11/85), que, no entanto, não chegou sequer a ser efetivamente composto. A primeira avaliação do Programa de Fluoretação da Água (BNDS/BNH/MS) (PINTO, 1985) ocorre nesse mesmo ano, com vistas a examinar seu andamento e definir as providências necessárias à sua continui-

dade. Constatou-se que, da aplicação dos recursos referentes ao documento . 217/83 do FINSOCIAL foram beneficiados 186 sistemas, atingindo uma população urbana da ordem de 15,85 milhões de pessoas. Para o ano de 1985, teriam sido destinados à conta da fonte FINSOCIAL um total de Cr\$ 16,0.

Ainda em 1985, realiza-se o II Enatespo, em Curitiba, tendo como tema básico a odontologia e as AIS.

A FSESP, naquele momento, iniciava um processo de autoavaliação e discussão em torno das perspectivas de mudança. É o que deixa transparecer a introdução do Relatório Geral de 1985 (BRASIL, 1985b), quando afirma que, diante da instalação do novo governo e do prenúncio de alterações nas áreas econômica, política, e social, aliada à intensificação das discussões em torno das propostas de reorganização dos serviços de saúde, a FSESP, através da “nova administração”, assume alguns princípios básicos consonantes com as AIS (participação, integração, regionalização, hierarquização e descentralização).

A partir de março de 1986, como um dos desdobramentos da 8ª CNS, teve início o processo de organização das conferências destinadas à discussão dos temas específicos. No que tange à saúde bucal, tendo sido constituída uma coordenação a nível nacional, com vistas à organização da 1ª CSNB, foram formadas comissões organizadoras estaduais, no sentido de estimular o debate, e viabilizar a realização das pré-conferências nos estados. Durante esses eventos, foram eleitos os delegados que participariam da 1ª CNSB, e formuladas propostas, em cima dos temas discutidos: 1. saúde como direito de todos e dever do Estado; 2. diagnóstico de saúde bucal no Brasil; 3. Reforma Sanitária – inserção da odontologia no SUS; e 4. financiamento do setor de saúde bucal. Vale salientar que o GT/Odonto, sentindo-se excluído do processo de composição da Coordenação Nacional, negou-se a participar da 1ª CNSB.

Realiza-se então, em Brasília, nos dias 10, 11 e 12 de outubro de 1986, a 1ª CNSB. O embate entre as forças conservadoras e a parcela progressista da classe odontológica resulta num documento final (BRASIL, 1986b), votado em plenária, que deixa transparecer uma tendência no sentido do fortalecimento das propostas de mudança no que diz respeito à prática odontológica no Brasil.

Deve o Estado garantir ao cidadão o pleno exercício desse direito não apenas nos termos da lei, mas através de medida concretas, como, o estabelecimento de “uma política de saúde consequente integrada às demais políticas econômicas e sociais, garantindo os meios que permitam efetivá-las”. (BRASIL, 1986b)

A situação de saúde bucal da população brasileira foi considerada “caótica”, reconhecendo-se que o modelo de prática odontológica cobria as necessidades de apenas 5% da população, caracterizando-se pela ineficácia, ineficiência, utilização de alta densidade tecnológica, caráter monopolizador, elitista, iatrogênico e mutilador, aliando-se a isso os altos custos dos serviços.

Defende-se que o Programa Nacional de Saúde Bucal, esteja inserido no SUS, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado. Recomenda-se a criação, ao nível do SUS, de um órgão técnico-administrativo e de pesquisa encarregado de gerenciar os programas de saúde bucal, com desdobramento nas esferas estadual e municipal. A prática odontológica deveria pautar-se nos princípios da odontologia integral, baseada na simplificação, desmonopolização e prevenção.

E, finalmente, quanto, ao financiamento do setor, propunha-se que o Fundo Único Federal de Saúde destinasse um percentual do orçamento geral para o Programa e seus órgãos técnico-administrativos e de pesquisa; o que deveria ocorrer também nos estados e municípios. Outras medidas são levantadas como alternativas para a redução dos custos da atenção odontológica. Claro estava que a efetivação das propostas se encontrava na dependência direta dos desdobramentos das teses defendidas na 8ª CNS, o que, por sua vez, faziam parte de uma luta muito mais ampla entre as parcelas progressistas e os empresários do setor saúde.

Considerações finais

A intervenção do Estado brasileiro na atenção odontológica, iniciada de forma incipiente, em meados da década de 1920, e intensificada a partir da segunda metade dos anos 1970, caracterizou-se pela inexistência de coordenação claramente definida, revestindo-se as políticas de saúde bucal, de um caráter fragmentário, periférico e pouco sistematizado.

É o que sugere a análise das políticas desenvolvidas na conjuntura pós-74, no que tange especialmente às ações odontológicas de saúde pública. A intensificação da participação do Estado brasileiro na atenção à saúde bucal acompanha um processo mais amplo, verificado principalmente a partir de meados da década de 1970 quando, por uma série de fatores, as chamadas políticas sociais assumem maior destaque, com desdobramentos significativos no âmbito das políticas de saúde. A ampliação das funções do estado capitalista, especialmente na fase monopolista desse modo de produção, aliada aos elementos de

ordem conjuntural, estariam por trás desse processo, dando-lhe os contornos e impondo-lhe os limites.

No que se refere ao primeiro período analisado (1974-79), observa-se que as dificuldades de ordem econômica, consequência do modelo de desenvolvimento concentrador e dependente adotado no pós-64, começam a adquirir contornos críticos a partir de 1973-1974, agravados pelo primeiro choque da crise do petróleo. Tornava-se patente o esgotamento do “milagre” e era essencial, para a legitimidade já enfraquecida do regime, a incorporação (ao nível do discurso oficial) de certas demandas, no sentido de amenizar as mazelas de grandes parcelas da população marginalizada nesse processo. O governo adota então, como estratégia: manter o crescimento (em patamares bem inferiores aos do período anterior), às custas de um progressivo aumento da dívida externa; distender os espaços de manipulação política, até então profundamente reprimidos, com a preocupação de reativar – de forma limitada e gradual – a sociedade civil, evitando a intensificação de conflitos; e propor medidas reformistas na área social e particularmente, na área de saúde, subordinadas, no entanto, aos interesses dos produtores privados, atuantes no setor.

Consolidam-se, então, ao longo do governo Geisel (1974-1979), as tendências em torno da universalização dos benefícios previdenciários e consequente expansão da assistência à saúde; ao mesmo tempo, promove-se uma certa reativação do MS e são implantados alguns programas de atenção coletiva (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, Pronan etc.). Esses, contudo, não alteram significativamente o modelo dominante, dicotômico e incapaz de responder de maneira satisfatória às necessidades básicas de saúde da população. Nesse contexto, verifica-se um notável fortalecimento dos técnicos dos órgãos centrais formuladores de políticas, a partir da progressiva incorporação dos princípios do planejamento, já difundidos em outras áreas de governo. (LUZ, 1979)

A extensão da assistência médica previdenciária, observada nesse período, teve como base o aprofundamento do processo de privatização do setor. Tratando-se da assistência odontológica, a opção pela compra de serviços e consequente beneficiamento dos produtores privados de bens e serviços foi ainda mais contundente, o que pode ser, em parte, atribuído não só à reduzida prioridade conferida à saúde bucal e à atenção odontológica no setor público, como também ao alto custo dos serviços, nos moldes do modelo tradicional de prática. Na saúde pública e atendendo a antigas pressões da categoria odonto-

lógica, é promulgada a legislação referente à fluoretação das águas de abastecimento público, que teve, no estabelecimento do convênio entre FSESP e INAN, sua primeira consequência prática. Considerando-se as metas estabelecidas, os resultados não foram tão animadores sendo que, ao final do projeto, apenas 16,9% da população prevista havia sido efetivamente beneficiada. De certa forma, esses resultados reproduzem uma realidade verificada ao nível de grande parte dos programas de saúde pública, desenvolvidos nesse período, no âmbito do MS.

Quanto ao espaço institucional ocupado pela odontologia, nos níveis centrais do MPAS e MS, as alterações imprimidas entre os anos 1974-1979 refletem a primazia da prática individual e curativa, executada pela Previdência. Assim é que, em 1976, cria-se a Coordenadoria de Odontologia do INPS, enquanto o MS, tendo extinto o Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, em 1975, sequer se refere à odontologia no Decreto n.º 79.056, de 30.12.76, o qual dispunha sobre a nova organização do Ministério.

De um modo geral, o que se percebe é que a atenção odontológica, durante esse primeiro período analisado, acompanhou a ampliação verificada nas ações de saúde, mantendo, no entanto, uma certa independência enquanto prática e representando um papel secundário no conjunto das políticas de saúde. A dicotomia entre saúde pública e assistência individual, MS e Ministério da Previdência é reproduzida na saúde bucal de forma acentuada, como também a predominância da prática reparadora frente às ações preventivas de alcance coletivo.

O período seguinte (1979-1986) caracteriza-se por dois processos fundamentais: a crise econômica e a transição democrática. A década de 1980 tem início sob o espectro da recessão que perdura até 1983, implicando desastrosas consequências sociais. Nesse período, paulatinamente, ampliam-se os espaços de debate político. Nesse contexto, a questão da saúde assume um papel de destaque. A crise econômica, ao mesmo tempo que contribui para a deterioração das condições de vida da maioria da população, aumentando consequentemente a demanda por serviços de saúde, impõe limites à expansão da assistência, dentro dos moldes até então adotados. Prevalece a tendência no sentido da implantação de políticas racionalizadoras, enquanto as diferentes posições em torno da questão passaram a ser explicitadas, buscando cada setor garantir os seus interesses. Na odontologia pública, todo esse processo conduz à ampliação do debate em torno das principais distorções do modelo hegemônico

de prática odontológica, e ao surgimento de propostas alternativas de corte racionalizador, que se mantiveram no plano do discurso.

No âmbito do MS, a criação da Unidade de Sistema de Odontologia (GT/Odonto), em 1982, longe de significar a tomada de uma decisão política no sentido do Ministério intervir de forma mais contundente ao nível da saúde bucal, reflete muito mais o caráter fictício dessa intervenção, haja vista o descompasso entre as atribuições estabelecidas na Portaria de criação do grupo (BRASIL, 1982a) e as limitações da estrutura montada, principalmente no que tange à disponibilidade de recursos.

Dessa forma, a atuação do GT/odonto esteve predominantemente voltada para a questão da fluoretação, mesmo assim de forma tangencial e limitada. A fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil, a despeito da sua comprovada eficácia e eficiência, esteve sempre, durante o período analisado, na dependência do estabelecimento de convênios entre diversas instituições. Isso decorre, principalmente, do processo lento e burocrático de liberação de recursos, baseado em geral numa sequência de elaboração, avaliação e aprovação de projetos. O Programa de Fluoretação da Água de Abastecimento Público – Convênio BNDES-FINSOCIAL/BNH-PLANASA/MS-GT-FSESP, constitui um bom exemplo desse tipo de administração por convênio e das restrições por ela impostas.

Em síntese, a análise das políticas de saúde bucal, na conjuntura 1974-1986, sugere a intensificação da participação do Estado brasileiro ao nível da atenção odontológica, mas indica também os limites desse processo. É também muito limitado o papel desempenhado pelas políticas de saúde bucal, na estratégia de hegemonia. Verifica-se, no que se refere especificamente à odontologia, que não havia, por parte das classes subalternas, em sua luta diária pela sobrevivência, uma maior preocupação e, conseqüentemente, uma pressão exercida sobre o Estado, no sentido do atendimento de suas necessidades odontológicas. É no terceiro aspecto levantado por Oliveira (1984) que vamos encontrar um elemento explicativo significativo para a questão da intensificação (apesar dos limites verificados) da participação do Estado ao nível da atenção odontológica. Trata-se do impacto das políticas sociais, enquanto gastos públicos, sobre a economia como um todo; e, em especial, sobre o mercado de determinados bens e serviços.

Dado o caráter restritivo do modelo hegemônico de prática odontológica, aliado à crescente perda do poder aquisitivo de amplas parcelas da população brasileira, o Estado passa a contribuir para a ampliação do mercado, viabilizando

não só o consumo dos bens produzidos no setor, como também empregando, direta ou indiretamente, uma farta mão de obra profissional que dificilmente seria incorporada no livre jogo do mercado. Há que se ressaltar também a participação dos técnicos que, fortalecidos no âmbito do capitalismo monopolista de Estado, exerceram, no interior da burocracia estatal, forte influência na formulação das políticas oficiais, no período analisado. No caso da odontologia, essa participação foi significativa, apesar do caráter muitas vezes corporativista do discurso e da prática desses trabalhadores, condicionados por toda uma luta histórica em busca de maior valorização profissional. Mas, em linhas gerais, o que se observa é que a ampliação da atenção odontológica, mesmo considerando as suas especificidades, esteve fortemente atrelada à expansão da assistência médica.

Com a instalação da Assembleia Nacional Constituinte e posse dos novos governadores, procurou-se consolidar a estratégia delineada no final de 1986, no sentido de garantir, por um lado, que o Texto Constitucional incorporasse as teses aprovadas na 8ª CNS, e por outro, procurar, com o apoio do MPAS, promover a implantação ascendente da Reforma Sanitária, a partir dos Estados através do reforço à estratégia das AIS e de seu aprofundamento mediante a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. Nesse processo, em todos os momentos esteve presente o embate entre o projeto conservador e o projeto democrático.

No âmbito da Constituinte, embora o texto aprovado tenha considerado as teses defendidas na 8ª CNS, as mudanças imprimidas pelas forças conservadoras aglutinadas no chamado “centrão” possibilitaram retrocessos. Estava claro que a expansão da assistência pública à saúde e, particularmente, o desenvolvimento das políticas de saúde bucal se vinculava a uma luta muito mais ampla no sentido de garantir a efetiva democratização do país e viabilizar as necessárias transformações exigidas pela sociedade brasileira. Só assim, seria possível a concretização de políticas públicas que assegurassem o direito à saúde da população e a efetivação de mudanças sociais que apontassem para o direito a uma vida digna e ao pleno exercício da cidadania.

Referências

ARRUDA, B. K. G. de. *Odontologia nutrição e saúde*. (Pronunciamento na X Semana de Profilaxia Periodon tal do Recife). Recife, dezembro de 1975. Mimeo.

BAER, W. O crescimento brasileiro e a experiência do desenvolvimento: 1964-1975. In: ROETT, R. (Org.). *O Brasil na década de 70*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BORGES FILHO, O. et al. *Atividades de odontologia*. Abril 1969. (Documento Técnico de trabalho elaborado por solicitação do Ministério da Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. SESP. Inaugurando o Primeiro Serviço de Fluoretação D'água no Brasil. *Boletim do SESP*. n. 40, nov., 1953.

BRASIL. Decreto nº 35.448, de 1º de maio de 1954. Expede o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Rio de Janeiro, DF, 3 de maio de 1954.

BRASIL. Lei nº 3807/60 de 26 de agosto de 1960. Lei Orgânica da Previdência Social. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 5 de setembro de 1960.

BRASIL. Instituto Nacional de Previdência Social. *Resolução nº CD/DNPS-371*, de 28 de agosto de 1969. Assunto: Assistência Odontológica (Seção I - BS/INPS 167, de 02.09.69), Brasília, DF, 1969a.

BRASIL. Instituto Nacional de Previdência Social. *Resolução nº CD/DNPS-443*, de 17 de outubro de 1969. Proc. MTPS - 145.413/69. Aprova Ato Normativo que fixa diretrizes gerais para prestação da assistência odontológica aos beneficiários da Previdência Social. Seção I/ BS/INPS 203, Brasília, DF, 1969b.

BRASIL. Lei nº 6050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a Fluoretação de Água em Sistemas de Abastecimento quando Existir Estação de Tratamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 maio 1974.

BRASIL. Decreto nº 76.872 de 22 de dezembro de 1975. Regulamenta a Lei nº 6050 de 24 de maio de 1974. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1975a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635/Bsb. de 26 de dezembro de 1975. Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água em si temas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano, Brasília, DF, 1975b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Normas técnicas de Odontologia Sanitária. Divisão de Orientação Técnica/Seção de Odontologia*. Rio de Janeiro, 1963.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Fluoretação das águas de abastecimento público*. (Projeto a ser executado pelo MS, através da FSESP e do INAN, com a colaboração dos governos estaduais e municipais). 1975c. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Projeto Fluoretação das Águas de Abastecimento Público. *IV Relatório de Acompanhamento*. Brasília, março de 1977a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Relatório da Reunião dos Supervisores Fortaleza*, 15 a 19 de agosto de 1977b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Odontologia. Manual de instruções e de orientação técnica*. Rio de Janeiro, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Relatório de Acompanhamento do Projeto Fluoretação das Águas de Abastecimento Público*. Brasília, DF, março 1979a . Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Relatório de Acompanhamento do Projeto Fluoretação das Águas de Abastecimento Público*. Brasília, DF, ago. 1979b. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Projeto Fluoretação das Águas de Abastecimento Público. *Relatório de Acompanhamento Físico-Financeiro*. [S. l, s.d]. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Relatório de Acompanhamento de Projeto Fluoretação das Águas de Abastecimento Público. Brasília, fevereiro de 1980a. 13p. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNS, 7. Brasília, 1980 Anais da 7º CNS. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p .175-178, 1980b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Prevenção da carie dental pela aplicação de bochechos fluorados*. Rio de Janeiro, 1980c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 191 de 27 de julho de 1982. Institui o Grupo de Trabalho sob a denominação de Unidade de Sistema de Odontologia (GT/ODONTO) . *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1982a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Atividade prevenção a cárie dental. Projeto de Fluoretação da água em sistemas de abastecimento público. Brasília, novembro de 1982c. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. SESP. Inaugurando o Primeiro Serviço de Fluoretação D'água no Brasil. Boletim do SESP. n. 40, nov., 1953.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. GT/ODONTO. Linhas de ação em Odontologia. Brasília, DF, novembro de 1982b. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa de reorientação da assistência odontológica*. Rio de Janeiro, MPAS/CCS. 1983a.

198BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. GT/ODONTO. *Relatório de atividades 1983*. Brasília, DF, 1983b. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Exposição de Motivos nº 711/84. Em 08 de outubro de 1984. Brasília, DF, 1984a. (Assinada pelo Ministro Antonio Delfim Netto. Autorizada em 08.10.84 pelo Presidente João Figueiredo.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Odontologia. Manual de instruções e de orientação técnica*. Rio de Janeiro, 1984b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. GT/ODONTO. Odontologia Social. (Proposta para criação da Divisão Nacional de Odontologia Social). Brasília, DF, agosto de 1985a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. *Relatório e Prestação de contas*. Rio de Janeiro, 1985b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. CNS Bucal, I. Conclusões. Brasília, DF, 1986a. Mimeo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CNS, 8. *Relatório Final*. Brasília, DF, 1986b. Mimeo.
- COHN, A. *Presidência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Ed. Moderna, 1980. p. 5-33.
- CORDEIRO, H. de A. Políticas de saúde no Brasil (1970-1980). In: IBASE (Org.). *Saúde e trabalho no Brasil*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 1983. p. 83-90.
- COUTINHO, L. G.; BELLUZZO, L. G. M. Política econômica, inflexões e crise: 1974-1981. In: BELLUZZO, L. G. de M.; COUTINHO, R. (Org.). *Desenvolvimento capitalista no Brasil*. Ensaio sobre a crise. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 159-193. v. 1.
- DINIZ, J. *Contribuição ao estudo do sistema incremental de atendimento odontológico*. Salvador, 1987. 144 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, 1987.
- DUPAS, G. *Crise econômica e transição democrática*. 83/86. A delicada trajetória brasileira. São Paulo: Klaxon, 1987.
- ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS, I (ENATESPO). Proposta de Política Odontológica Nacional para um governo Democrático. Goiânia, dez. 1984. Mimeo.
- FONSECA, A. S. Plano do Conasp: reflexões após dois anos de aplicação. *Saúde em Debate*, Belo Horizonte, v. 17, p. 25-27, jul., 1985.
- LANA, F. A Odontologia na Previdência Social, história e evolução. *Boletim dos Centros de Estudos*, Belo Horizonte, v. 6, n. 18, jan./jun. 1984. p. 7-16.
- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 60-65.
- MELLO, J. M. C.; BELLUZZO, L. G. de M. Reflexões sobre a crise atual. In: BELLUZZO, L. G. de M.; COUTINHO, R. (Org.). *Desenvolvimento capitalista no Brasil*. Ensaio sobre a crise. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 141-158. v. 1.
- NOGUEIRA, R. P. *Dinâmica do mercado de trabalho em Saúde no Brasil - 1970-1983*. Brasília: OPS - Acordo MS/ MPAS/MEC/MCT, 1986. p. 11-15.
- OLIVEIRA, J. A. de A. Política social, acumulação e legitimidade. *Rev. Administração Pública*. Rio de Janeiro, 18(2); 110-26, abril/junho, 1984.
- OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (IM) *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.
- PAIM, J. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 15/16, p. 8-15, fev., 1984.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): Porque não dois passos atrás e um adiante. In: CONGRESSO MÉDICO-SOCIAL DA BAHIA – ABM, 3., 1985, Salvador. Trabalho apresentado na Mesa-Redonda “Reorganização dos serviços de saúde e AIS”. Salvador, 1985. Mimeo.

PAIXÃO, H. H. *A Odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitária-profissional cirurgião-dentista*. Belo Horizonte, 1979. 167 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1979.

PINTO, V. G. *Características do subsistema público federal de prestação de serviços em Odontologia*. 1977. 188 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.

PINTO, V. G. *Informe sobre o programa de fluoretação da água*. Brasília, set. 1985. Não publicado.

REICHSTUL, H. P.; COUTINHO, L. G. Investimento estatal 1974-1980: ciclo e crise. In: BELLUZZO, L. G. de M.; COUTINHO, R. (Org.). *Desenvolvimento capitalista no Brasil: ensaios sobre a crise*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983. p.38-58. v. 2.

SINGER, P. Os impasses econômicos da Nova República. In: KOUTZIL, Flório (Org.). *Nova República: um balanço*. São Paulo: L&PM Editores, 1986. p. 89-106.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981. p. 88-137.

VIANNA, S. M. *A assistência odontológica no sistema nacional de saúde*. 1977. Tese (Habilitação em Livre-Docência) – Instituto de Patologia Tropical, Universidade de Goiás, Brasília, DF. 1977. 178p.

VIANNA, S. M. *Perspectivas da assistência odontológica no Brasil*. Campinas-SP, nov. 1978. (Doc. apresentado no I Encontro Municipal de Odontologia Comunitária). Mimeo.

VIANNA, S. M.; PINTO, V. G. *Programa de fluoretação água de abastecimento público*. CNRH. Documento de trabalho nº 28. IPEA/ IPLAN. Brasília, 1983. 18p.

VIANNA, M. I. P. *Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74*. 1988. 211 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Câmara de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.