

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

KAMILA FERNANDA DE MELO MACHADO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE
LITERATURA.**

RECIFE

2011

KAMILA FERNANDA DE MELO MACHADO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

614.39 Machado, Kamila Fernanda de Melo.

Políticas Públicas de Saúde: uma revisão de literatura. / Kamila Fernanda de Melo Machado. – Recife. 2010.

37 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli.

1. Saúde Bucal. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde da Família. I. Martelli, Petrônio José de Lima. II. Título.

CDU M149p

KAMILA FERNANDA DE MELO MACHADO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Petrônio José de Lima Martelli
CPqAM/Fiocruz

Prof. Leógenes Maia Santiago
UFPE

Dedico este trabalho

A toda minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todos os acontecimentos maravilhosos que venho vivenciando.

A toda minha família, aos meus pais, por serem exemplos de dedicação, esforço e trabalho, por terem me dado uma boa base educacional, por terem me ensinado a ser uma pessoa com valores e princípios que me acompanharão para o resto de minha vida.

Ao meu marido pelo companheirismo, amor e paciência, a minha linda Marina morena pela ajuda de me chamar para brincar nas horas de cansaço.

Aos meus irmãos, em especial a Karin pela ajuda durante as madrugadas.

Aos meus coleguinhas de turma pelos quais aprendi a ter uma amizade e admiração pelos esforços que cada um realiza na melhoria da saúde nos seus municípios. Em especial ao meu chefinho Marlos, Hélder Breno e Ligia os quais sinto um enorme carinho.

Agradecimentos especiais ao meu orientador, amigo e como eu sempre digo “ídolo” pela paciência em repassar seus conhecimentos.

A minha chefinha Dra. Cristina Sette em ter me dado à oportunidade de realizar esta especialização, obrigado pelos conhecimentos repassado no dia-a-dia da secretaria de saúde e assim fazendo com que eu me apaixonasse cada vez mais pela saúde pública.

“Sempre que os seus esforços forem vistos com indiferença, não desanime: também o sol ao nascer, dá um espetáculo maravilhoso, e a maioria da plateia continua dormindo. Seja persistente! O amanhã trará as emoções de um novo dia!”.

(Autor desconhecido)

MACHADO, kamila Fernanda de Melo. **Políticas Públicas de Saúde: uma revisão de literatura.** 2010. Monografia (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2010.

RESUMO

Analisou-se a inserção das Políticas públicas de Saúde bucal no SUS, observando as publicações de artigos na base de dados LILACS no período de 2000 a 2010, cujos textos completos tivessem como descritor principal Políticas Públicas de Saúde. Na avaliação dos resultados percebeu-se que mesmo diante dos avanços acontecidos desde a época do Império aos dias de hoje, que com o surgimento do Brasil Sorridente uma política que abrange todas as complexidades, que está ligada aos princípios e diretrizes do SUS, fazendo com que a classe odontológica se inserisse na Estratégia de Saúde da Família, saindo de um modelo curativistas e se voltando para a promoção de saúde, ainda assim a produção acadêmica de artigos que falassem sobre saúde bucal foi pequena, apenas 3,22% do total das publicações encontradas. A classe odontológica continua com mais interesse em publicar artigos que contemplem assuntos clínicos. A enfermagem fora a classe que mais publicou sobre políticas públicas de saúde, sobre temas diversos como saúde da criança, saúde do idoso entre outros.

Palavras-chave: Saúde bucal, políticas públicas de saúde. Saúde da Família.

MACHADO, kamila Fernanda Melo. **Public Health Policies:** a literature review. 2010. Monograph (Specialization in Health Services and Systems) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz, Recife. 2010.

ABSTRACT

We analyzed the insertion of public oral health policies in the SUS, noting the publications of articles in the LILACS database for the period 2000 to 2010, had as full texts of the main descriptor of Public Health Policies. In assessing the results it was realized that even with the advances that occurred since the time of the Empire to today, that with the emergence of a Smiling Brazil policy that covers all the complexities, which is linked to the SUS principles and guidelines, making that the dental profession is part of the Family Health Strategy, emerging from a curative model and turning to health promotion, yet the production of academic articles that talk about oral health was small, only 3.22% of total publications found. The dental profession continues with more interest in publishing articles that address clinical issues. Nursing outside the class had published more about public health policies on topics as diverse as child health, health of the elderly and others.

Keywords: Oral health, public policy, public, Family Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Políticas de Saúde: final do império e a primeira república.....	14
3.2	Saúde na Era Vargas (1930 - 1945).....	16
3.3	Redemocratização e desenvolvimentalismo (1946 - 1963)	17
3.4	Nova República: do golpe militar à reforma sanitária (1964 - 1990)	19
3.5	Sistema único de saúde (Sus).....	20
3.5.1	<i>Arcabolo jurídico do SUS</i>	21
3.5.2	<i>Princípios doutrinários do SUS</i>	21
3.5.3	<i>Diretrizes do SUS</i>	21
3.6	Surgimento da política nacional de saúde bucal	22
3.6.1	<i>Odontologia sanitária e sistema incremental</i>	24
3.6.2	<i>Odontologia simplificada e odontologia integral</i>	24
3.6.3	<i>Programa inversão da atenção (PIA)</i>	24
3.7	Brasil Sorridente – política nacional de saúde bucal	25
4	METODOLOGIA	27
5	RESULTADO	28
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÃO	33
8	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (ESCOREL, 1999).

O desenvolvimento das políticas que conformaram o Sistema de Saúde no Brasil é formulado nos seguintes períodos: República Velha 1889-1930, Estado Novo 1930-1964, Regime Militar 1964-1985 e Nova República 1985-1988 que estão representados.

No período da Nova República destacam-se a ocupação de espaços de poder pelos representantes do movimento da Reforma Sanitária, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o processo constituinte e a aprovação do direito à saúde em 1988, encerrando com a legislação infraconstitucional que estabelece um novo desenho da atenção pública em saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) (ESCOREL, 1999).

A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade.

O Estado, entendido como a expressão maior da organização política de uma sociedade, surge como um aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos de uma dada organização Social (PAIM, 1987).

A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das políticas públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão às políticas de saúde.

Podemos dizer que política pública é a materialização da ação do Estado. Várias dimensões da vida social estão envolvidas quando se trata da questão das políticas de saúde, e/ou de qualquer política da área social (educação, assistência social, de combate à pobreza, etc.) (FIGUEIREDO, 2005).

De acordo com o nobre autor Schmitter, política é a resolução pacificadora dos conflitos.

O termo política possui diferentes acepções e entendimentos, mas um dos significados mais empregados refere-se ao campo da disputa pelo poder; por poder entende-se a capacidade de, em uma relação social, um indivíduo ou grupo impor

sua vontade a outros, e assim, determinar a forma de comportamento dos que se submetem a esse indivíduo/grupo (ZIONE; ALMEIDA,1990).

As *Políticas Públicas* compreendem o conjunto de decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores, envolve diversos atores sociais e mais de uma decisão que requer diversas ações estratégicas para sua implementação.

A *Decisão Política* corresponde a uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos. A construção da Política de Saúde como Política Social envolve diversos aspectos: Políticos, Sociais, Econômicos, Institucionais Estratégicos, Ideológicos, Teórico-culturais e Outros.

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas não estava cotada como preferencial no SUS. O processo de construção de uma política pública de saúde bucal deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde.

Apenas em 17 de março de 2004 foi lançado pelo governo federal o Brasil Sorridente, que é uma política do SUS que tem o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. (BRASIL, 2004).

Sendo o Brasil Sorridente uma das políticas públicas mais recentes e observando-se os esforços nos fóruns de discussão existentes para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde pública em geral. Diante do exposto, este estudo propõe-se a fazer uma revisão sistematizada da literatura a fim de descrever a inserção das políticas públicas de saúde bucal no SUS Brasileiro.

Sendo assim, pergunta-se: as políticas públicas de saúde bucal inseriram-se no SUS durante estes últimos 10 anos?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar nas publicações de artigos sobre políticas públicas de saúde na base LILACS no período de 2000 a 2010 se existe inserção das políticas públicas de saúde bucal.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.
- Descrever a Política Nacional de Saúde Bucal.
- Dimensionar a produção acadêmica na base LILACS sobre Políticas Públicas de Saúde Bucal no período de 2000 a 2010.
- Analisar a produção acadêmica na base LILACS sobre Políticas Públicas de Saúde Bucal no período de 2000 a 2010.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Os sistemas de proteção e atenção a saúde existentes no mundo são consequências de longos processos históricos. Resultam de um emaranhado de iniciativas nem sempre coerentes, incluindo a influência de outros países (LOBATO, 2000).

A saúde bucal está intimamente associada à evolução das políticas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária Brasileira. Para compreendê-la, é necessário resgatar o desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil.

3.1 Políticas de saúde: final do império e a primeira república

Durante a colônia, e mesmo no início do império, os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente ao mundo da medicina. Nesse longo período, a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação européia. A organização dos serviços de saúde permaneceu sem grandes mudanças até a última década do império.

Embora ampliasse um pouco mais a centralização, os serviços de saúde continuavam os mesmos. A maior novidade no período foi à introdução no país de uma nova técnica de vacinação contra a varíola. Trazida ao país em 1887, pelo médico Pedro Affonso Franco, da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O próprio Pedro Affonso, em pouco tempo, obteve subsídios do governo imperial para montar um serviço de vacinação na Santa Casa, onde passou a fabricar a vacina, proceder à vacinação e distribuir linfa para diversas inspetorias de higiene do país. (FERNANDES, 1999).

A vacinação contra a varíola foi alvo de forte resistência de diversos grupos sociais durante o século XIX e início do XX, mas, com o tempo, sua aceitação foi aumentando. Em 1959, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decidiu realizar um programa mundial de erradicação da doença. Em 1980 a varíola tinha sido varrida do Planeta, estabelecendo assim o primeiro caso de erradicação de uma doença pela vacinação. (FERNANDES, 1999).

As práticas sanitárias da época da República Velha visavam, fundamentalmente, ao controle do conjunto de doenças que ameaçava a

manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas no espaço da cidade e de outras áreas do campo. Seu objetivo, ao contrário de proteger a totalidade dos habitantes do país ou recuperar a saúde dos homens, foi, basicamente, utilitário, sendo definido por interesses de grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional (COSTA, 1986).

Em 1986, a saúde pública passou por uma nova reforma, com o surgimento da Diretoria Geral da Saúde (DGPS). Criada para responder aos problemas de saúde que escapavam à responsabilidade dos estados, essa diretoria vinculou-se diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (COSTA, 1985).

Em 1900, para evitar que uma epidemia de peste bubônica surgida em Santos atingisse a cidade, o governo republicano criou o Instituto Soroterápico Federal- posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz, que deveria produzir vacinas e soros contra doenças epidêmicas (TEIXEIRA, 1986).

Em meados da década de 1910, a população urbana ficou ameaçada pela carestia, pelo aumento da miséria e pelo agravamento das condições de habitação e transporte. A crise social tornou-se muito pronunciada, e a ocorrência da epidemia da gripe espanhola, em 1918, causou profunda crise sanitária em razão das penosas condições em que se realizaram a industrialização e a urbanização do país (COSTA, 1986).

Em 1919 uma reforma do setor deu origem a uma nova instituição, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que veio substituir à antiga DGPS. Tendo como primeiro diretor o médico Carlos Chagas, que também dirigia o Instituto Oswaldo Cruz, o novo órgão abrangia algumas proposições do movimento pelo saneamento rural e dilatava bastantes atribuições estatais no campo saúde. (ESCOREI, 1999).

Essa situação marca o início de um processo social de mudança no qual a economia do Brasil, antes voltada para o saneamento do espaço de circulação das mercadorias, por meio de medidas vacinais em massa, passa a caracterizar-se, a partir de 1920, como uma economia industrial, com a atenção voltada ao indivíduo, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (MENDES, 1994).

3.2 Saúde na era Vargas (1930 - 1945)

O período de 1930 a 1945, conforme comentado por Mendes constitui o início da previdência social brasileira, em que prevalece a doutrina do seguro, a orientação economizadora de gastos e a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais. A assistência médica, nessa época, passa a ser secundária e provisória.

Com a industrialização a partir de 1950, houve um deslocamento da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Dessa forma, os IAPs foram substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), visando à uniformização dos benefícios. Essa situação configurou um quadro de exclusão, de desigualdade e de poucos recursos, pois apenas os trabalhadores do comércio, da indústria e da agropecuária contribuíam e tinham direito à saúde.

Apesar do incremento da assistência médica individual determinada pela expansão do modelo previdenciário, é necessário observar que essa assistência se limitava aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e organizados nos cânones do sindicalismo atrelado aos interesses do estado, instituído pelo governo de Getúlio. Nesse sentido, todo o aparato institucional previdenciário e de assistência médica foi vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Numa concepção de cidadania regulada, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência a saúde do Estado (SANTOS, 1987).

Seguindo esta mesma diretriz, foi concedido um novo perfil para a saúde pública que definitivamente se afastava dos princípios federalistas que regeram a saúde na República Velha. Nesse momento, buscava-se centralizar a política de saúde através da intensificação do poder normativo do ministério em relação às ações estaduais. Esse processo tirava o poder das unidades municipais, muitas vezes relacionadas às oligarquias locais. Sua implantação era justificada pela demanda de agências internacional, como a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), que começava a ampliar suas atividades na América Latina (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

3.3 Redemocratização e desenvolvimentismo (1946 -1963)

Segundo o processo de redemocratização do país ocorreu após esse período de profunda crise econômica e da previdência social (MENDES, 1994).

Nos primeiros meses de 1946, ocorreram mais de sessenta greves. A liberalização política favorecera o aumento da participação popular, em especial da classe trabalhadora urbana.

No âmbito da Saúde Pública o governo Dutra, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge. A polêmica sobre o melhor modelo de atenção a saúde ganhou novos alentos, tanto com as críticas realizadas ao Sesp quanto com o debate médico-sanitarista-parlamentar sobre a criação de um ministério da saúde independente. Por trás da disputa verbal de qual seria a melhor organização institucional, existiam projetos políticos e de saúde diferenciados. Esse debate começou em 1946, com a redemocratização do país, e só foi concluído em 1953, com a criação do Ministério da Saúde.

Em julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, ao qual foi destinado apenas um terço dos recursos alocados no antigo Ministério da Educação e Saúde. No entanto, a reforma ministerial que lhe dera impulso nunca foi aprovada, atropelada pelas crises que culminaram com o suicídio de Vargas (HAMILTON; FONSECA, 2003).

Desde a sua criação, até março de 1964, o Ministério da Saúde caracterizou-se pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e freqüente barganha política.

A primeira fase do regime militar iniciado com o golpe, em abril de 1964, engloba os governos do marechal Castelo Branco (1964-1967), do general Costa e Silva (1967-1969), da Junta Militar (1969), que ocupou o comando da nação quando Costa e Silva adoeceu, e do general Médici (1969-1974).

Em termos de políticas sociais, as principais medidas implementadas no período foram: O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), criado em 1967, substituindo a Lei de Estabilidade no Emprego e que se tornou o maior fundo social do país, viabilizando a existência do BNH e do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA); O Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP), criados em 1970, que tinham como

objetivo dar participação ao empregado nos lucros da empresa e no crescimento da economia; e a reformulação do sistema previdenciário (TEIXEIRA et al,1988).

Nesse período, como assinalado, o Ministério da Saúde foi relegado a um segundo plano por ser “*disfuncional á modernização, já que sua atuação era no âmbito coletivo, e financiado pelo orçamento fiscal da União, sem a preocupação com retorno monetário*” (TEIXEIRA et al,1988).

Ainda que o decreto-lei 200, de fevereiro de 1967, atribuísse ao Ministério da Saúde a competência para formular a política nacional de saúde, além de subordinar a assistência médica previdenciária à política nacional de saúde- dispositivo revogado em 1974, essas atribuições conflitavam com o orçamento precário e decadente do Ministério da Saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA,1986).

Em setembro de 1967, foi realizada a 4ª Conferencia Nacional de Saúde (CNS), presidida pelo Ministro Leonel Miranda. Assumindo, novamente, o caráter técnico das primeiras conferencia de Saúde, a 4ª CNS abordou quatro tópicos: o profissional da saúde que o Brasil necessita, pessoal de nível médio e auxiliar, responsabilidade do ministério da saúde de na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; e responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.

Foi a partir do próprio Ministério da Saúde que surgiu a proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS) conhecido como plano Leonel Miranda, que, em 1968,era o ministro da saúde. Esse plano pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas. O estado ficaria apenas com o papel de financiar os serviços privados, que seriam, também, custeados em parte pelos próprios pacientes.

Na segunda metade da década de 1970, desenvolveram-se três grandes projetos de âmbito nacional ou regional e diversas experiências municipais. Em sua realização, participaram pessoas identificadas por um pensamento comum, com propostas transformadoras para o sistema de saúde.

Para o movimento sanitário, os “anos Figueiredo” iniciam com o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara de Deputados, em novembro de 1979, que lhe conferiu visibilidade na cena política setorial.

Em março de 1980, foi realizado a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o tema central “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”

A movimentação do setor saúde alcançou grande desenvolvimento no último semestre de vigência do regime autoritário. O movimento sanitário não só participou com os demais setores da sociedade brasileira da campanha “Diretas já!”, como também trabalhou, específica e intensivamente, um projeto para a saúde diante das perspectivas de um regime democrático e mais justo.

3.4 Nova República – do golpe militar a reforma sanitária (1964-1990)

Como solução, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deveria proporcionar elementos para debate na futura constituinte (ESCOREL, 1999). Nesta conferência, diferentemente das anteriores e pela primeira vez, além dos profissionais e dos prestadores de serviços da saúde e dos quadros técnicos e burocráticos do setor, incluíram-se os usuários do sistema de saúde.

Foi com uma ideia mais abrangente de saúde que se concretizou o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguindo a Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como um de seus princípios a universalização da saúde como forma de superar o déficit de oferta de saúde à população (WERNECK, 1998).

Com a Constituição de 1988, houve a confirmação da unificação dos serviços institucionais de saúde com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (LUZ, 1991)

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, ela está exatamente reconhecendo que todo o indivíduo brasileiro, independentemente de raça, gênero, situação econômica e credo, tem igual direito em relação a todos os demais de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde, entendida a responsabilidade da provisão desses serviços como exclusivamente do Estado (BRASIL, 1988).

Isto significa duas coisas: 1) que ao Estado cabe a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso à satisfação de suas necessidades de saúde; 2) que como o direito à saúde é de todos, todos os indivíduos são reconhecidos e legitimados pela

sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é, como portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam. Participação é um dos elementos articuladores das políticas públicas no Brasil democrático.

A Constituição de 1988 estabeleceu princípios participativos na organização do Estado brasileiro, destacando-se, entre eles, a participação da sociedade civil na deliberação sobre as políticas públicas relacionadas à saúde (ONU, 2004).

Atualmente, em 99% dos municípios e em todos os estados já estão criados os conselhos de saúde, dos quais participam usuários (50% dos integrantes dos conselhos e conferências), trabalhadores em saúde, prestadores e gestores públicos (OPAS, 2005).

Esses instrumentos definiram um conceito ampliado de saúde e apontaram para as estratégias de organização e controle das ações e dos serviços de saúde, interligando setores e buscando soluções para situações e problemas que eram considerados determinantes do estado de saúde da população. Constituíram, ainda, o arcabouço legal de sustentação do SUS, significando, em última análise, a responsabilização do Estado, sob o ponto de vista jurídico, pela atenção à saúde da população, objetivando a descentralização, a regionalização e a hierarquização (WERNECK, 1994).

3.5 Sistema único de saúde (SUS)

O sistema único de saúde (SUS) é o arranjo organizacional que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Este tem como objetivos: dar assistência à população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde para que assim sejam procurados os meios - processos, estruturas e métodos – capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torná-lo efetivo no Brasil. Esses meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada para o Sistema Único de Saúde (ALMEIDA, 2000).

3.5.1 *Arcabouço jurídico do SUS*

A Lei orgânica da Saúde -8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta foi complementada pela Lei – 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

As Normas Operacionais Básicas – NOB 91, 92, 93 e 96 serviram para avançar nas estratégias de implementação do SUS (municipalização), junta as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 2001 e 2002 que avançaram nas estratégias de implementação do SUS (Regionalização e Integralidade).

3.5.2 *Princípios doutrinários do SUS*

Universalidade é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, equidade é assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade do caso, integralidade o homem é um ser integral, biopsicossocial e será atendido em uma visão holística por um sistema também integral.

3.5.3 *Diretrizes do SUS*

- Regionalização e hierarquização: Serviços organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, disposto numa área geográfica delimitada e com uma população definida.
- Resolutividade: O serviço de saúde deve apresentar resolutividade até o nível de sua competência.
- Participação dos cidadãos: Deverá acontecer através dos Conselhos de Saúde (permanentes, deliberativos e paritários) e Conferências de Saúde (provisórios, consultivo e partidário)

3.6. Surgimento da política nacional de saúde bucal

Na saúde temos políticas públicas que se materializam na forma de Programas de Atenção à saúde. A inclusão da Saúde Bucal no SUS (Sistema Único de Saúde), com a dimensão que hoje ocorre no âmbito da Administração Federal, só foi possível devido a vários anos de luta dos profissionais desta área, incorporando, em momentos importantes, a sociedade civil organizada.

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica – PAB. É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes.

Inserido no contexto geral das políticas públicas, o subsetor da saúde bucal viveu um processo de institucionalização e um estágio de participação na arena política semelhantes àqueles pelos quais passou a medicina. Por isso, tem refletida em suas ações uma prática assistencial excludente, à qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas na arena política. Essa participação pode ser percebida quando, com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 e 1986 e para as prefeituras e as assembleias legislativas em 1988, dentistas comprometidos com a nova realidade proposta para a área da saúde conseguem se inserir nas coordenações municipais e estaduais desse novo contexto político (SERRA, 1998).

Mais que isso, a odontologia parece ter seguido uma rota enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram outra, distinta e não paralela, tendo como consequência a oferta de serviços somente a uma pequena parcela da população, mantendo a característica de um sistema de exclusão (PINTO, 1993).

Garrafa (1994) afirma que, apesar de a odontologia haver chegado ao final do século XX dominando a intimidade das doenças mais frequentes da área estomatológica (especialmente a cárie e a doença periodontal), bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las, continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela.

Para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, foi redigido documento chamado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” resultantes de

um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos.

O Brasil é frequentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. Esses indicadores são semelhantes aos da saúde de forma geral. Trata-se de um país com um quadro de, morbimortalidade típico de países com grandes desigualdades sociais e, portanto, com alta concentração de renda, em conjunto com uma atuação inexpressiva do Estado no combate a essas desigualdades (RONCALLI, 2005).

A partir da ideia as necessidades de tratamento odontológico seriam de tal magnitude que impediriam o êxito de quaisquer propostas odontológicas de solução em massa, considerava-se que seriam desnecessários levantamentos mais precisos, já que bastava saber que o problema era imenso. Com base nesse enfoque, o planejamento do trabalho odontológico podia prescindir de dados globais, pois supostamente não teriam validade prática. Acrescente-se a esse quadro as evidentes dificuldades de ordem operacional e financeira com as quais deparavam aqueles que intentassem conhecer os níveis de saúde bucal em um país com as dimensões brasileiras (BRASIL, 1988).

Diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, o Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema, que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Além de embasar do ponto de

vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, este estudo permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000.

As formas de organização da assistência em saúde bucal no Brasil se deram: no modelo odontologia Sanitária e Sistema Incremental, Odontologia simplificada e odontologia integral, Programa inversão da atenção e Brasil Sorridente conforme citações acima.

3.6.1 Odontologia sanitária e sistema incremental

Modelos que priorizavam a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômica com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho de quatro mãos.

3.6.2 Odontologia simplificada e odontologia integral

Mudança dos espaços de trabalho, suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica com incorporação de pessoal auxiliar.

3.6.3 Programa inversão da atenção – PIA

Buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole, em ações de caráter preventivo promocional.

No período que antecedeu a concretização da Política Nacional de Saúde Bucal, aconteceram vários movimentos mobilizados por profissionais da área,

comprometidos com a mudança do panorama até então existente, além da própria sociedade, que se tornou mais atuante e exigente de seus direitos. Resultados desse processo estão presentes em todo o território nacional, reforçando que a decisão de ampliar o acesso, a qualidade e propiciar a integralidade dos serviços de saúde bucal são o caminho correto para a redução da desigualdade no país.

Foram em ambientes como o antigo MBRO (Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica) na década de 80, em ENATESPOS (Encontros Nacionais de Técnicos do Serviço Público Odontológico), em Conferências Nacionais de Saúde Bucal, em atividades e eventos que garantiam uma articulação com outros profissionais de saúde, com acadêmicos, estudantes, parlamentares, sindicalistas e com a importante atuação das entidades odontológicas.

3.7 Brasil sorridente – política nacional de saúde bucal

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, significa um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a Política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos. (BRASIL, 2004). A Política Nacional de Saúde Bucal instituída tem como nome fantasia Brasil Sorridente, que propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação está articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as suas prioridades está a fluoretação das águas de abastecimento público e a reorganização da Atenção Básica (dentro da estratégia da Saúde da Família) e da Atenção Especializada (principalmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias). No caso da Atenção Básica uma das questões centrais é garantir o acesso à assistência em saúde bucal para todas as faixas etárias.

Conforme ressaltado no texto das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com a expansão do conceito de atenção básica e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também,

investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004).

Através de publicações de novas portarias foram instituídos critérios para implantação e credenciamento dos Centros de Especialidades odontológicas e Laboratórios de Próteses Dentárias que são serviços de média complexidade.

Observou-se que a Política Nacional de Saúde Bucal quando colocada em primeiro escalão na política de governo teve um grande avanço conseguindo avançar para prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde saindo do modelo curativistas, conseguindo espaço na atenção básica na estratégia de saúde da família.

Foi através do Brasil Sorridente que se estabeleceu pela primeira vez uma política que contempla a básica, a média e a alta complexidade. Aborda que a fluoretação, que possui financiamento próprio e que cada vez mais consegue dar acessibilidade para os cidadãos brasileiros.

3 METODOLOGIA

Para a construção desta revisão da literatura foram realizadas as seguintes etapas: definição do problema da pesquisa e objetivos específicos da revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, sendo estes essenciais para a composição da amostra; definição das variáveis abordadas nos artigos (ano de publicação, base de dados de publicação, idioma de origem e descritor); análise dos resultados e por fim a apresentação da revisão.

O problema de pesquisa que serviu de base a este estudo consistiu em verificar no atual contexto histórico se há uma real inserção das políticas públicas de saúde bucal no SUS Brasileiro.

A seleção dos artigos foi realizada através das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Na busca dos artigos utilizou-se o descritor segundo o autor em ciências da Saúde (DECS) da BIREME: Políticas Públicas de Saúde.

Foi utilizado como critério de inclusão de artigos ao estudo: artigos publicados em português e com textos completos disponíveis na base supracitada, no período de 2000 a 2010.

A princípio foram desconsiderados os artigos que apesar de aparecerem no resultado da busca não abordava como tema principal políticas públicas de saúde, ou não contemplavam algum dos critérios de inclusão. No primeiro momento foram selecionados 65 artigos, destes todos tinham textos completos e estavam em português. Estes foram catalogados através de instrumento de coleta de dados que continha: Título do artigo; autores; periódico de publicação; ano de publicação; idioma de origem e descritores. Após a leitura desses artigos, 3 foram excluídos por não terem sido publicados entre 2000 e 2010. Devido a isto será relatado abaixo o resultado contendo os 62 artigos cujo descritor era o escolhido nos critérios de inclusão.

Para análise da amostra as variáveis foram descritas em números absolutos e percentuais demonstrados. A apresentação dos resultados foi feita de forma descritiva, para facilitar a leitura.

4 RESULTADOS

Na presente revisão, analisou-se previamente 62 artigos que continham os critérios de inclusão antes estabelecidos.

Os números absolutos e relativos do DECS entre os resumos da amostra que continha os textos completos foram 62 artigos, em ordem crescente dos anos analisados obteve-se os seguintes resultados:

Em 2000 houve 3,22% (n=2) do total das publicações encontradas, sendo 1 (50%) na Interface comunicação, saúde e educação e 50% (n=1) na Revista. Esc. Enfermagem, nos dois anos seguintes (2001 e 2002) não houve publicações, retornando em 2003 com 1 publicação na revista Acta. Paulista de Enfermagem.

Em 2004 não foi encontrado nenhum artigo publicado, em 2005 foram publicados 3,22%(n=2) do total de artigos encontrados, sendo 50% (n=1) na Revista Ciência e saúde coletiva e 50% (n=1) na revista texto e contexto de Enfermagem.

Em 2006 houve um aumento nas publicações sendo 8,06% (n=5) do total de artigos publicados da amostra, 3,22% (n=2) na Revista Brasileira Materno Infantil, Psicologia estud. 1,61% (n=1), Revista Administração Publica 1,62% (n=1), e 1,61% (n=1) na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Em 2007 dobrou a quantidade de artigos publicados em relação ao ano anterior foram 20,96% (n=13) do total de artigos publicados, 9,67% (n=6) na Revista Textos e contexto de Enfermagem, 4,83% (n=3) Revista Esc. Enfermagem da USP, 1,61% (n=1) Ciência e Saúde Coletiva, 1(1,61%) Esc. Anna Nery revista de Enfermagem, 1,61% (n=1) Physis Rio de Janeiro, 1,61% (n=1) Psicologia Teoria e Pratica.

De 2000 á 2007 não houve publicação de nenhum artigo sobre políticas públicas de saúde bucal ou qualquer outro assunto relacionado à saúde bucal.

Em segundo lugar no numero de publicações foi o ano de 2008 com 25,8% (n=16), sendo 6,45% (n=4) destes artigos publicados pela Revista Anna Nery revista de Enfermagem, 3,22% (n=2) Acta. Paulista de Enfermagem, Espaço Saúde 1,61%(n=1), Revista de nutrição 1,61% (n=1), Texto e contexto enfermagem 1,61% (n=1), Revista de Psiquiatria Clinica 3,22% (n=2), Caderno de Saúde Pública 1,61% (n=1), Epidemiologia Serviços de saúde 1,61% (n=1), Psicologia Reflexão e criticas 1(1,61%) e Revista médica de Minas Gerais 1,61% n=1). Em 2008, uma publicação

abordou saúde bucal descrevendo as dificuldades de aproximação da produção de conhecimento das necessidades do SUS, Revista Espaço Saúde.

O ano que mais houve publicações foi 2009 com 22 (33,84%) artigos publicados, sendo a Revista Interface comum. Saúde e educação responsável por 6 (9,22%) das publicações, a Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem 4 (6,15%), revista de Enfermagem UERJ 3(4,61%), Comum. Ciência e Saúde 1 (1,53%), RFO UPF 1(1,53%), RGO 1(1,53%), Revista Gaúcha de Enfermagem 1(1,53%), Rev. HCPA e Faculdade Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul 1 (1,53%), Rev. Soc. Brasileira de Clínica Médica 1 (1,53%), Rev. Baiana de Saúde Pública 1(1,53%), Ver. Brasileira de Mastologia 1 (1,53%), Trabalho Educação e Saúde 1 (1,53%).

Nestas publicações foi encontrado apenas 1 artigo que o assunto estivesse relacionado a saúde bucal publicado pela revista RFO UPF, abordando o PES e a construção da Política nacional de saúde bucal no Brasil.

Em 2010 houve até a presente data da pesquisa apenas 1 artigo publicado que não tinha relação com políticas públicas de saúde bucal.

Em relação ao ano de publicação observou-se que o número de publicações foi crescente até 2009 tendo uma queda no ano de 2010, não houve publicações nos anos de 2001, 2002 e 2004, sendo os anos de 2007, 2008 e 2009 responsáveis por 82,2% do total das publicações analisadas. E que 2008 e 2009 equivalem a 100% (n=2) das publicações encontradas sobre políticas públicas de saúde bucal.

Ano de publicação	Quantidade de publicações
2010	1
2009	22
2008	16
2007	13
2006	5
2005	2
2004	0
2003	1
2002	0
2001	0

2000	2
------	---

A figura 1 representa os números absolutos de publicações de cada ano, entre 2000 a 2010.
Título: Números absoluto de publicações.

5 DISCUSSÃO

Dos artigos encontrados sobre políticas públicas de saúde no Brasil a maioria das publicações foram realizadas pelos profissionais da área de enfermagem, na área de saúde pública encontra-se publicações com diversos temas como saúde do idoso, saúde da mulher, vacinação entre outros.

Dos artigos avaliados percebe-se que as publicações acadêmicas são poucas sobre política pública de saúde bucal, sendo encontrada apenas duas equivalentes a 3,2% das publicações.

A Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2004). Mesmo diante de tantos avanços, reconhecendo que hoje temos uma política de saúde bucal integral, hierarquizada e equânime ainda estamos caminhando um pouco distante.

Alguns fatores influenciam no resultado, o fato do cirurgião-dentista na graduação receber mais informações sobre a parte clínica e assim serem mais bem preparados para se inserir no setor privado também reflete no interesse dos acadêmicos por publicações de artigos sobre saúde Pública. O Brasil Sorridente vem avançando para integrar cada vez mais o cirurgião-dentista como parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família e as academias reavaliando as suas grades curriculares.

O fato de não possuir o descritor Políticas Públicas de Saúde Bucal é outro ponto importante, tendo como descritores relacionados como exemplos: odontologia pública e saúde bucal que não estavam no critério de inclusão, interferindo assim no resultado da pesquisa e por último a questão de ser uma política considerada nova com apenas 6 anos de criação.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que essa política, desde seu nascedouro, expressasse sua construção radicalmente interligada com a conformação do sistema de saúde brasileiro.

6 CONCLUSÃO

Concluimos que as políticas públicas de saúde bucal estão avançando, se aprimorando e que nunca em toda história do Brasil existiu uma política que contemplasse de um procedimento simples na atenção básica a alta complexidade nos hospitais.

A política pública de saúde bucal vem tentando incluir a participação da saúde bucal nas atividades do ESF, tendo em vista que não é prevista nas diretrizes do Programa a participação da Odontologia, nos afastando assim cada vez mais. Então procurar alternativas para estabelecer uma maneira de resgatar a função social da odontologia seria uma das soluções.

Um dos pontos mais importantes é o desafio de tentar fazer com que os cirurgiões-dentistas e as instituições em geral rompam com as práticas antigas individualistas ou no máximo de quatro mãos que a odontologia assumiu dentro dos serviços públicos de saúde e assim conseguir integrar ações e quem sabe assim ter mais pessoas interessadas em realizar trabalhos e pesquisas para publicações. Como toda mudança, o processo acontece de forma lenta.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA E. S; Chioro A; Zioni F. Políticas públicas e organização do sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal, M. F; Almeida, E. S (org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: Cortez, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **2º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1990. 60p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 2004. 148p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB2003**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: out. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil: v.2**. 2. ed. Petropolis: Vozes, 1986. 115 p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994. 310p.

OPAS. **Brasil**: o perfil do sistema de serviços de saúde. Brasília, 2005. 38p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5515.doc>>. Acesso em: out. 2010.

PAIM, J; ALMEIDA Filho, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas?. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.4, n.32, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2010.

PAIM J. S. Direito a saúde, cidadania e estado. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8º Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

PNUD. Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento. **Painel 2**: democracia e participação social. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/_CPP2.esp.pdf>. Acesso em: out. 2010.

RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB 2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Rev.Bras.Odont. Saúde Coletiva**. v. 1, n. 2, p. 9-25, 2000.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil**: 1986-1996, set. 1998. 20p. Disponível em: <http://72.14.207.104/search?q=cache:OfHts927aLsJ:planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf+levantamento+epidemiol%C3%B3gico+saude+bucal&hl=pt-BR>. Acesso em: out. 2010.

SHEIHAM, A; JOFFE, M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: Johnson, N. (Ed). **Risk markers for oral diseases**. Cambridge, 1992.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde**: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998, 1323f. Dissertação –

Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

STARFIELD, B. Atenção **Primária**: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde: Unesco, 2004.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. Niteroi. 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**: áreas III e IV. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 247-266.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health**. Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/en/>. Acesso em: out. 2010.