

Rosangela Simonelli Gavi¹
Maria Jose Gomes²
Elizabete Regina Araujo de Oliveira³
Eduardo Hebling⁴

Evolution of public oral health policies: from 1930 to 2010

| Evolução das políticas públicas de saúde bucal: de 1930 a 2010

ABSTRACT | *Objective: The aim of this work is to present the evolution of public policies in oral health and analyze relevant aspects of this evolution. Methods: The research was conducted at BIREME, using the following keywords: Health Public Policy, Oral Health, and History of Dentistry. It was also used three text books and some legal documents.*

Results: After reading of documents, it is emphasized the unification of the Retirement and Pension Institutes (LAP), the creation of the National Social Security Institute (INPS), its decline and SUS (Single Health) pioneer, the attempts to solve accumulating demands, such as LOPS, CONASP Plan (PRAOD) and National Conferences on Health.

Conclusions: It was possible to identify events that occurred in past decades that influenced public policies in oral health. It emphasizes that the comprehension of historical knowledge, its achievements and failures, gives support to the decisions taken, promoting an increase/improvement in the quality of the services rendered in health today.

Keywords | *Keywords: Health public policy; Oral health; History of dentistry.*

RESUMO | *Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar a evolução das políticas públicas de saúde bucal e analisar aspectos relevantes dessa evolução. Metodologia: A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme), empregando os descritores: Políticas Públicas de Saúde, Saúde Bucal e História da Odontologia. Foram utilizados, ainda, três livros-texto e alguns documentos legais. Revisão de Literatura: Após a leitura dinâmica dos documentos, ressalta a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sua decadência e precursoria do SUS, as tentativas de solucionar demandas acumuladas, como LOPS, Plano Conasp (Proad) e Conferências Nacionais de Saúde. Conclusão: Foi possível identificar fatos ocorridos nas décadas passadas que influenciaram as políticas públicas de saúde bucal. Destaca que o conhecimento do saber histórico, suas conquistas e derrotas subsidiam tomadas de decisões mais acertadas para uma melhor qualidade do serviço em saúde nos dias atuais.*

Palavras-chave | *Políticas públicas de saúde; Saúde bucal; História da odontologia.*

¹Mestre em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo.

²Professora do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo.

³Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

⁴Professor livre-docente da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp).

INTRODUÇÃO |

As Políticas Públicas (PP) são de difícil definição, pois seus vários aspectos mostram a dificuldade de pormenorizar, por intermédio de um conceito, o objeto deste estudo. Para compreender essa extensão, analisam-se as palavras de Souza²⁰, ao resumir PP como: “[...] campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo e/ou analisar essa ação” (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). Nesse aspecto, este estudo pretende examinar fatos históricos ocorridos de 1930 até os dias atuais, os quais interferiram nas Políticas Públicas de Saúde (PPS). Além dessa perspectiva referencial do conceito de PP, Souza²⁰ ainda a define como campo holístico: “[...] uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas”. Isso traz duas implicações. “A primeira é que [...] a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos [...]. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários ‘olhares’”. A partir desse aspecto, a realização deste estudo é fundamentalmente importante para apresentar fatos relacionados com as PPS e proporcionar mecanismos de referência para estudos intervencionistas associados a elas, mais especificamente, as de saúde bucal.

Este trabalho pretende expor aspectos históricos que, direta ou indiretamente, interferiram na evolução das políticas públicas de saúde bucal, por se entender que essa é parte indissociável da saúde geral do indivíduo. Pretende-se contribuir para que mais profissionais comunguem dessa filosofia da integralidade em saúde.

METODOLOGIA |

Empregou-se uma busca bibliográfica ativa na Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme) com os seguintes descritores: Políticas Públicas de Saúde, Saúde Bucal e História da Odontologia. Inicialmente, foram cruzados os três termos no método de busca integrado e foram encontrados três artigos. Realizou-se o mesmo procedimento com dois termos, ou seja, foram cruzadas “Políticas Públicas de Saúde” e “Saúde Bucal” e foram obtidos 60 artigos. Em seguida, Políticas Públicas de Saúde e História da Odontologia. Foram encontrados três artigos. Por fim, Saúde Bucal e História da Odontologia com 43 artigos. A amostra inicial foi constituída por 109 artigos. Após a primeira leitura, foram descartados 14 artigos em repetição, restando 95. Desses, foram selecionados seis, por serem

aqueles que relatavam aspectos históricos relacionados com as Políticas Públicas de Saúde de 1930 até os dias atuais. Além dessa fonte de dados, três livros-textos e alguns documentos legais foram utilizados.

Panorama histórico de fatos marcantes relacionados com as Políticas Públicas de Saúde

Consideram-se fatos marcantes todos os acontecimentos que, de alguma forma, relacionaram-se com as PPS. Sob essa perspectiva, Groisman *et al.*¹¹ relataram a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Governo de Vargas. Contudo, pode-se compreender a origem dos IAPs pelas palavras de Quércia¹⁷, declaradas em 1976:

Antes da Revolução de 1930, o seguro social caracterizava-se pelo sistema de caixas, as quais abrangiam pequena parcela de assalariados e se organizavam no âmbito de empresas isoladas. [...] as antigas caixas evoluíram para institutos, que posteriormente foram unificados, para finalmente serem subordinados a um ministério específico¹⁷.

Ao analisar essas falas, observa-se o surgimento de um mecanismo, mesmo que incipiente e restrito a poucos, de amparo à saúde, em que o Estado se posiciona como mero “condutor” do processo e não executa atividades que de fato categorizem ganhos significativos à maior parte da sociedade.

Bertolli Filho³ menciona, como conquistas da Era Vargas, as políticas de saúde, dentre elas: a instalação de um Ministério junto ao da Educação, criado em 14 de novembro de 1930, pelo Decreto nº 19.402. Esse Ministério (Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública) confirmava, na época, a política de centralização do poder relacionada com o controle dos serviços de saúde. Porém, foi a partir de 1934, com a promulgação da Constituição Federal, que caminhos para a garantia de saúde foram desbravados e reiterados em 1943, com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que, apesar de se relacionar com trabalhadores regulares, concederam importantes benefícios médicos a essa classe e seus dependentes, tais como: indenização aos acidentados e tratamento médico aos doentes. Em acréscimo, esse mesmo autor descreve a impossibilidade de participação ativa nas decisões de profissionais que continham o conhecimento técnico científico: “Os médicos foram praticamente excluídos das decisões sanitárias, que passaram a ser tomadas por políticos e burocratas [...]”. Qualquer crítica ou oposição era mal recebida pelas autoridades, que acusavam de “tendência comunista”.

Tal medida parece predizer o fracasso das políticas decorrentes desse momento histórico, porque se afastou o corpo técnico de processos relevantes, por exemplo, o planejamento de PPS. Pode-se, ainda, fazer analogia desse fato, resguardadas as devidas particularidades, ao afastamento político da classe odontológica na maior parte das PPS bucal estabelecidas até hoje. Na saúde bucal, Virmond²¹ reproduz o panorama dos anos 50 a 80, descrevendo características de um modelo estanque de saúde voltado para o assistencialismo:

[...] o modelo assistencial e restritivo introduzido nos anos 50, de forte cunho intervencionista e curativo [...] teve algum impacto, mas mostrou-se restritivo. [...] esta abordagem dura até os anos 80 quando as primeiras experimentações gestacionais do SUS não deixam de fora as questões da saúde bucal, ainda que o componente médico tivesse maior apelo e prioridade.

Todavia, ressalta-se que, desse modelo assistencial nascem os primeiros contatos com o que posteriormente se constituiu a nascente da vigilância epidemiológica. Não cabe apenas criticar o modelo curativo, e sim destacar o quanto aspectos preventivos interferem na sobrevivência de efetivas PPS.

Desastrosas consequências para os IAPs, por ingerências e reclamações de usuários, colocavam esses institutos em dificuldade. Na tentativa de reverter esse quadro, o Governo Federal sancionou, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que teve como principal medida a “[...] uniformização das contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para o instituto a que estivessem filiados”²¹. Mesmo assim, nada mudou e os IAPs iniciaram sua trajetória de decadência.

Iniciou-se um período de profundos déficits financeiros dos Institutos de Aposentadorias e Pensões durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960), o que se estendeu em parte do governo de Castelo Branco (1964-1967) quando, então, em 1966, pelo Decreto-Lei nº 72, foi constituído o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Tal órgão, contudo, ficou marcado por inúmeras denúncias a partir de 1967, o que culminaria na formação de Comissão Parlamentar de Inquérito. Após medidas de contenção de despesas, o INPS experimenta, a partir de 1971, superávits¹⁹.

A criação do INPS consolidou o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos. Esse modelo (Médico-Assistencial-Privatista) revelava o Estado como o ente financiador do sistema por meio da Previdência Social e o setor privado como o maior prestador de serviços, o que determinou o início do processo de privatização da saúde e reduziu os investimentos do Estado na própria rede da assistência à saúde^{2,12}.

Mello¹⁴ reflete sobre as efetivas contribuições da Lei n.º 6.229 de 1975. Inicialmente, descreve partes da lei na íntegra, em capítulo concernente às atribuições de Ministérios, dentre outros, o da Saúde e o da Previdência Social. Analisa, nesse contexto, a possibilidade legal com relação às interferências ministeriais, que se dão de modo desequilibrado.

Nesse sentido, duas questões são levantadas com relação à Lei n.º 6.229, de 1975. A primeira deriva das atribuições dos Ministérios que determinam a dicotomia entre ações coletivas e individuais, já que direciona o Ministério da Saúde às Ações coletivas, enquanto o Ministério da Previdência Social a atividades assistenciais individuais. Mello¹⁴, porém, sugere:

A perspectiva otimista que se pode vislumbrar para o êxito da implantação do Sistema Nacional de Saúde, instituída pela Lei 6229, poderia ser encontrada na improvável criação do Ministério da Saúde e Assistência Social, reunindo, sob comando único, todas as atividades relacionadas, diretamente com a proteção e recuperação da saúde.

A segunda questão diz respeito ao repasse na prestação de serviços de saúde para o setor privado, custeado pelo público, ressaltando que se constitui causa de um possível desmantelamento do sistema que, por sugestões e recomendações técnicas pactuadas na “V Convenção Nacional de Administradores”, poderia minimizar esse processo. Fazem parte dessas sugestões: convergência na elaboração e execução dos programas nacionais de saúde pelas Unidades Federadas, redução de pagamentos na prestação de serviços de saúde e atribuição de prioridades ao subsistema de prestação de serviços de saúde¹⁴.

Wilson Fadul²², em entrevista concedida à revista *Saúde em Debate* no ano de 1978, expõe sua angústia quanto ao processo de privatização da saúde quando analisa a associação do lucro à saúde do indivíduo. Anos depois, essa preocupação permanece e o que podemos notar é um enorme desenvolvimento de um mercado privado na prestação de serviços de saúde que culmina com a exclusão de muitos que não podem custear tais serviços. Para nós, isso representa a segregação da prestação dos serviços de saúde.

Esse mesmo entrevistado mostra a tendência de pensar em saúde não somente como um processo biológico, e sim como consequência de condições sociais que se relacionavam com cada realidade. Parece-nos que as tentativas de buscar alternativas como o processo de descentralização dos serviços de saúde tornavam-se cada vez mais fortes nas falas de atores da época.

[...] o que foi sugerido na Conferência Nacional de 63 era uma lei municipal para todos os municípios criarem seus serviços de saúde [...] a idéia fundamental era criar uma rede flexível, que a nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa, à medida em que o próprio município se desenvolvesse²².

Observa-se que o processo de descentralização das ações e serviços inicia-se de maneira ríspida, o que era de se esperar, já que o mesmo paradoxo socioeconômico das décadas passadas é vislumbrado hoje, em que grandes diferenças socioeconômicas coexistem nos Estados e municípios de nosso país. Então, também naquela época, esse processo não representava fato igualmente atraente a todos os Estados e municípios, principalmente com a apática gestão do Estado.

A prestação de serviços em saúde, na época, pela previdência, era desastrosa, marcada por longas filas nas portas dos hospitais, consultas rápidas, dificuldade de internação e mortes de trabalhadores por falta de atendimento de emergência. Com esse panorama, o setor público foi pressionado a contribuir com o crescimento do setor privado que prestaria serviços à população, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões e ao governo¹.

Em 1986, foi publicada, na revista *Saúde em Debate*¹⁶, uma forte crítica à postura política da classe odontológica da época por se manter conservadora em frente aos acontecimentos relacionados com a saúde. Esse mesmo texto convoca os profissionais a “[...] sair do invólucro de profissional liberal” e a se colocarem, pela soma de esforços participativos com relação às “[...] mudanças socialmente necessárias, no âmbito da atenção odontológica e no amplo contexto social”¹⁶.

O Plano Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) apresentou, como um de seus componentes, as Ações Integradas de Saúde (AIS), que representaram, na ocasião, a ideia de maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde por meio de convênios a serem firmados entre Ministérios da Assistência Social, Saúde, Educação, Secretarias Estaduais de Saúde bem como a gradativa incorporação municipal. Tais convênios foram de fato firmados em meados de 1983, com a criação de comissões interinstitucionais com vistas à gerência dos serviços públicos decorrentes dessa integração interministerial e municipal.

Na saúde bucal, especificamente, uma iniciativa interessante foi o Programa de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD), aprovado em 1982, que, juntamente com as AIS, deu origem a inúmeros programas

de saúde bucal em âmbito estadual e municipal²². As AIS de 1983 caracterizaram a “[...] primeira das experiências empíricas que antecederam o Sistema Único de Saúde”²². Isso porque seu objetivo era a integração entre o Ministério da Saúde, Inamps e as Secretarias Estaduais de Saúde. Posteriormente (1985-1987), foi instituído o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como objetivo a complementação da proposta estabelecida pelas AIS e a universalização do acesso aos serviços de saúde por intermédio do fortalecimento do setor público⁸.

Groisman *et al.*¹¹ mencionam a VIII Conferência Nacional de Saúde como um marco conceitual que iniciou a Reforma Sanitária e determinante de conquistas que culminaram em acréscimo das políticas públicas de saúde dois anos depois expressas na Constituição Federal, em 1988.

As conferências complementam o princípio da participação popular por permitirem a formulação das diretrizes da política de saúde nas três esferas de governo. Do mesmo modo, as conferências nacionais de saúde bucal, pelo mesmo propósito, realizaram importantes apontamentos que mostraram as necessidades da população e conduziram as políticas a transformar o panorama da saúde bucal no País⁵.

A Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal fez parte do amplo processo que marcou a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ocorrendo, nesse mesmo ano, com mais de 1.000 participantes e 286 delegados com direito à voz e voto. Aspectos, como o direito à saúde e o dever do Estado, diagnóstico em saúde bucal no Brasil, reforma sanitária com inserção da Odontologia no SUS e financiamento do Setor de Saúde, marcaram os pontos de discussões e deram fundamento ao relatório final⁵.

A Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal realizou-se em 1993, com participação 792 delegados. Ocorreu em consequência à deliberação da IX Conferência Nacional de Saúde. Dentre as abordagens, estiveram o direito à cidadania, o novo modelo de atenção em saúde bucal, os recursos humanos, o financiamento e controle social⁵.

A Terceira e mais atual Conferência Nacional de Saúde Bucal de caráter extraordinário ocorreu em 2003, por decisão do Governo Federal. Contou com participação de 883 delegados. As temáticas abordadas foram educação e construção da cidadania, controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal e financiamento e organização da atenção em saúde bucal⁵.

Apesar do processo de liberdade política e da democracia que caracteriza as décadas de 80 e 90, no campo da saúde, observa-se um quadro precário, marcado por projetos que

buscavam soluções de problemas herdados do período anterior – regime militar – como falta de planejamento de políticas públicas voltadas para a saúde, ausência de políticas para promoção e recuperação da saúde individual e coletiva, fraudes na prestação dos serviços e monopólio de prestadores privados de serviços de saúde. Para tanto, o processo de liberdade política foi essencial às conquistas referentes às políticas de saúde. Bertolli Filho² exemplifica tal afirmação ao mencionar a criação dos conselhos populares responsáveis por reivindicar melhores condições de saneamento básico, disponibilidade de hospitais e centros de saúde à população mais carente.

Porém, o fato mais significativo desse período, possibilitado por lutas e debates anteriores, foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que apontou soluções pertinentes ao caos experimentado pelas políticas públicas de saúde até então. Sabe-se que, como todo processo de construção, também as PPS se restauram por meio de análises e planejamentos, o que se nota por intermédio de conquistas observadas a partir da década de 90 que, gradativamente, foram sendo alcançadas para a população brasileira.

Observa-se a necessidade de normatização do processo de construção das PPS quando Levcovitz *et al.*¹³ analisaram aspectos referentes às Normas Operacionais Básicas de 91, 93 e 96 (NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96) do Sistema Único de Saúde (SUS), que constituem exemplos de muitas legislações formuladas para viabilizar o processo de gestão do SUS. Esses autores verificaram que as NOBs da década de 90 comprovam a evolução de aspectos essenciais, como o desenvolvimento de critérios e incentivos financeiros, hierarquização da gestão, autonomia das instâncias gestoras e descentralização da gestão. Tais aspectos evoluem positivamente, representando benefícios ao sistema, como: maior controle financeiro, melhor utilização de verbas e autonomia gestora de Estados e municípios.

Cotta *et al.*⁹ analisaram os obstáculos do Sistema Único de Saúde (SUS) sob perspectivas externas, relacionadas com fatores estruturais e internos, fatores microsociais. Dentre os primeiros, destacam-se o clientelismo e os fatores de ordem organizacional, como a falta de organização entre os três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. Com relação ao segundo, ressaltam aspectos referentes à “lógica da ação coletiva” do novo modelo, definido como o modo pluralista de representação dos diferentes interesses. Contudo, após a implementação do SUS, e ao contrário do que se esperava, não houve manifestações dos setores sociais interessados, o que se constitui obstáculo ao sucesso dessas políticas. Além disso, os autores defendem hipóteses

para entraves internos: citam a ineficiência de decisões administrativas fundamentais para a implementação de reformas do setor da saúde como redefinição das relações entre setor público e privado, das relações financeiras intergovernamentais e da formação, capacitação e reciclagem dos recursos humanos e o desconhecimento, por parte de executores, gestores e pacientes do Sistema Único de Saúde, associada à inexistência efetiva dos mecanismos de controle social, levando à precariedade de propostas de reformas para o setor da saúde.

As diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde⁶ apontam para o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais da Constituição Federal de 1988, mas acrescentam o termo “linhas de cuidado”. Tal conceito parece fomentar a ideia da importância de incentivar o usuário a conhecer a estrutura do Sistema Público de Saúde, o qual tem plenos direitos de utilizar, além de aumentar a efetividade das ações em saúde. É interessante notar que o controle popular surge como uma obrigação para o Estado que deve incentivar essa prática e possibilitar o controle social com esse processo.

O Ministério da Saúde⁶ chama a atenção para outros princípios, como gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, além dos já expostos na Constituição Federal de 1988, como universalidade, integralidade e equidade. Tais princípios apresentam grande relevância para analisar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde bucal, já que eles se prestam a subsidiar diretrizes traçadas nesse documento do Ministério da Saúde, em 2004, resultado de um processo de discussões entre coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentações geradas a partir de congressos, encontros de Odontologia e deliberações das conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal.

Nascimento *et al.*¹⁵ avaliaram as mudanças nas práticas de saúde bucal após implementação do PSF nas cidades de Campinas e Curitiba. O estudo, com abordagem qualitativa, e que utilizou como um dos critérios de inclusão a prestação de serviços por mais de três anos no PSF, encontrou, como resultado, nas duas cidades, a melhora nos serviços prestados com relação à humanização dos cuidados com a saúde, interação entre as equipes e territorialização. Porém, o treinamento mostrou-se problemático, com baixa integralidade das ações e inexistência de nível distrital dos serviços de emergência 24 horas. Com relação a aspectos notados em cada um dos municípios, destacaram-se neste estudo: em Campinas – melhora do acesso aos serviços, maior autonomia para planejamento local, maior demanda de

casos clínicos nos centros de saúde associada ao excesso de pessoas por equipe.

Observa-se, na atualidade, a tentativa de entender processos e buscar ferramentas para o desenvolvimento de novas possibilidades, no intuito de solidificar as PPS. Para tanto, dois exemplos são dados com o objetivo de estimular as práticas de pensamento acerca do conceito de saúde. O primeiro discorre sobre o processo relacionado com gestão das PPS. Bittar⁴ se utiliza de ferramentas administrativas para sugerir a aplicação do planejamento estratégico situacional às práticas públicas de saúde bucal, analisa as conquistas legais a partir de 1988, citando importantes instrumentos legislativos que conduziram e ainda conduzem às atuais práticas de saúde como: Constituição Federal de 1988, Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990, Emenda Constitucional n.º 29, Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) 2001 e 2002, além de Portarias, como as de n.º 283 de 2005, n.º 399 de 2006 e n.º 648 de 2006.

Fadel *et al.*¹⁰ destacam o Pacto pela Saúde como uma estratégia que busca, em 2006, viabilizar a transposição de entraves políticos pela racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Para esses autores, essa política é constituída por três componentes: o pacto pela vida, o pacto pela defesa do SUS e o pacto pela gestão, que se complementam na busca da consolidação da equidade social.

O segundo exemplo refere-se à execução qualificada das políticas públicas: Santos *et al.*¹⁸ estudaram a afetividade como estratégia para a prática de educação em saúde bucal e defenderam a ideia de que a mudança de comportamento dar-se-á a partir do momento em que o indivíduo incorporar permanentemente a ideia do autocuidado e, para isso, somente o verdadeiro interesse pelas ideias e demandas do paciente associado à verbalização mais adequada a cada indivíduo é que transformam hábitos de saúde bucal e promovem a manutenção da saúde.

A Odontologia foi inserida no PSF (hoje, Estratégia de Saúde da Família) a partir de 2000, por meio das Portarias de n.º 1.444/GM, de 2000, que estabeleceu “[...] incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família”, e a de n.º 267/GM, de 2001, que estabeleceu normas e diretrizes para essa reorganização⁷.

CONCLUSÃO |

Apresentam-se, neste trabalho, fatos históricos da

evolução das políticas públicas de saúde, que conduziram estudos ao entendimento de que conquistas foram alcançadas desde a década de 30 até os dias atuais. Essas conquistas representam um arcabouço para construção do que hoje se vivencia na saúde. A criação das caixas, IAPs, INPS, SUDS e SUS, intercaladas com tentativas de solucionar demandas de cada década, como LOPS, Plano Conasp (Praod) e Conferências Nacionais de Saúde são alguns exemplos de quanto o conhecimento do saber histórico, suas conquistas e derrotas podem subsidiar tomadas de decisão mais acertadas nos dias atuais.

As Políticas Públicas de Saúde Bucal, inseridas nesse contexto, influenciaram quando, por exemplo, organizando-se nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, apontam e estabelecem diretrizes quanto às necessidades da população e são influenciadas, por exemplo, quando necessitam de enquadrar-se e articular-se ativamente nas Políticas Públicas de Saúde, como na Estratégia de Saúde da Família.

Observa-se que, além de fatos relacionados com as realidades econômicas e políticas, outros fatores podem, de maneira determinante, influenciar diretamente as políticas públicas de saúde em processos como o de planejamento, execução, estado de permanência e qualidade. Dentre eles, fatores, como recursos humanos e interferência das Conferências Nacionais, identificados por este trabalho, constituem uma possibilidade de estudos futuros.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Bertolli FC. A Democratização e a Saúde (1945-1964). In: Bertolli FC (Org.). História da saúde pública no Brasil. 4 ed. São Paulo: Ática; 2008b. p. 39-48.
- 2 - Bertolli FC. A Saúde nos anos 80 e 90. In: _____. História da saúde pública no Brasil. 4 ed. São Paulo: Ática; 2008c. p. 60-66.
- 3 - Bertolli FC. A saúde pública na era Vargas (1930-1945). In: _____. História da saúde pública no Brasil. 4 ed. São Paulo: Ática; 2008a. p. 30-38.
- 4 - Bittar TO, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC, Fornazari DH. O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. RFO 2009; (1):71-6.
- 5 - Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [citado 2011 jul 8]. Disponível em: URL: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf.

- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [citado 2010 dez 22]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
- 7 - Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. A política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. [citado 2011 ago 10]. Disponível em: URL:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.
- 8 - Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. A gênese da política de saúde no Brasil. In: Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN (Org.). Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. 20 ed. Viçosa: UVG; 1998a. p.17-23.
- 9 - Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. Os princípios do Sistema Único de Saúde e as hipóteses de trabalho que nortearam o estudo. In: _____. Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. 20 ed. Viçosa: UVG; 1998b. p. 25-32.
- 10 - Fadel CB *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Rev Administração Pública 2009; 43(2):445-56.
- 11 - Groisman S, Moraes NM, Chagas LD. Evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Cadernos da ABOPREV II 2005.
- 12 - Lamas AE, Blank VLG, Calvo MCM. Saúde do trabalhador e a atenção odontológica: entre um novo modelo de atenção e a superespecialização. Saúde Soc 2008; 17(4):103-10.
- 13 - Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Colet 2001; 6(2):269-91.
- 14 - Mello CG. O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas. Saúde em Debate 1976;1:24-6.
- 15 - Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moyses SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. Rev Saúde Pública 2009; 43(3):455-62.
- 16 - Política de saúde bucal no Brasil. Saúde em Debate 1986; 18:16-20.
- 17 - Quércia O. As deficiências da Previdência Social e a responsabilidade do Governo. Saúde em Debate 1976; 1:67-73.
- 18 - Santos SF, Campinas LLSL, Sartori JAL. A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na Saúde da Família. O Mundo da Saúde 2010; 34(1):109-19.
- 19 - Soares LE. Vendendo saúde: O INPS e a seguridade social no Brasil. Saúde em Debate 1976; 1:59-66.
- 20 - Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias 2006; 16:20-45.
- 21 - Virmond MCL. Saúde bucal e SUS. Salusvita 2006; 25(3):5-7.
- 22 - Wilson Fadul: Minha política nacional de saúde. Saúde em Debate 1978. 7/8:66-76.

Correspondência para/Reprint request to:

Rosângela Simonelli Gavi

Rua Ângela Rosa Simonelli, nº 60

Tabuazeiro - Vitória - ES

CEP: 29043-615

e-mail: rsodonto@hotmail.com

Recebido em: 4-7-2011

Aceito em:15-3-2012