Introdução

Thais Regis Aranha Rossi

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ROSSI, T.R.A. Introdução. In: *Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 21-44. ISBN 978-85-232-2022-8. <https://doi.org/10.7476/9788523220228.0002>.

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/).

INTRODUÇÃO

Este livro é um produto da tese de doutorado de Thais Regis Aranha Rossi, sob a orientação da prof^a. Lígia Vieira e coorientação do prof. Patrice Pinell, do Centre Européen de Sociologie et de Science Politique (CESSP/Paris). O trabalho faz parte do Observatório de Análise de Política do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), coordenado pelo prof. Jairnilson Paim. O presente estudo busca contribuir para a compreensão do complexo processo de formulação das políticas de saúde bucal no Brasil, com vistas a interpretar melhor cenários futuros. Os capítulos desta obra apresentam a análise realizada em cada conjuntura política.

A análise das políticas pode ser feita à semelhança de muitos estudos históricos que se restringem à descrição e comprovação dos fatos ou buscando interpretar os acontecimentos a partir da formulação de problemas. (BLOCH, 2001; BOURDIEU, 2012) A primeira alternativa foi criticada pelo historiador Bloch (2001) que considerava o fato histórico não como um fato “positivo”,¹ mas como produto de uma construção ativa decorrente da transformação da fonte em documento e deste em problema. Na mesma direção, o sociólogo Bourdieu (2012) considerou o estudo da história como fundamental para a análise do mundo social, tanto como técnica de ruptura com o senso comum, quanto como abordagem potencial para auxiliar a compreensão de problemas atuais.

O uso da abordagem histórica em estudos sobre objetos ligados à saúde tem contribuído para a desconstrução de algumas pré-noções, consideradas “naturais”, a exemplo da análise feita por Lenoir (1996) sobre a idade e a velhice. Este autor mostrou que o significado destas categorias variou segundo épocas e regiões

1 Marc Bloch (2001) critica os historiadores positivistas, sempre manifestando sua preocupação em distinguir os historiadores peculiares dos sistemáticos. O sentido do positivismo recriminado é aquele “que se tinge de utilitarismo”, quando os historiadores reduzem o trabalho histórico ao que parece capaz de “servir à ação”.

como resultado de lutas, servindo de base para a construção da realidade social. (LENOIR, 1996)

Do ponto de vista das políticas de saúde, dentre os estudos que utilizaram esta perspectiva, destacam-se aqueles desenvolvidos por Pinell (2010), em sua investigação sobre a interação dos diversos processos e espaços relacionados com a construção social de uma política, na França, entre 1982 e 2005, nos casos da luta contra o câncer, a AIDS, na invenção da escala métrica da inteligência e na especialização da medicina. O autor aponta que o Estado intervém de forma a adotar medidas a fim de organizar uma resposta social qualificada de “luta contra” doença ou flagelo que ameace a sociedade. Esta perspectiva está presente, também, em estudos brasileiros, como o de Vieira-da-Silva e Pinell (2014), sobre a gênese da saúde coletiva; de Barros (2013), sobre a política e o espaço de luta contra a AIDS; e de Souza (2013), que estudou a gênese do Programa de Incentivo Fiscal à Alimentação do Trabalhador no país.

No que diz respeito, especificamente, às políticas de saúde bucal, estas têm sido estudadas sob diversos enfoques. Algumas publicações tratam das respostas do Estado em seus países ou continentes. Apoiados em fontes bibliográficas, Wright e List (2012) descreveram as políticas de saúde bucal na Austrália, no período compreendido entre 1890 e 2012, apontando um grande componente privado no sistema de saúde com foco individualista, biológico e na clínica. Os autores concluíram que as mudanças nos serviços públicos odontológicos no país devem se basear nas necessidades e demandas de saúde bucal, considerando o contexto e os determinantes sociais de saúde da população.

Revisão da literatura sobre morbidade e mortalidade relacionadas a doenças bucais na África, no período compreendido entre 1850 e 1997, com o objetivo de examinar a origem do problema de acesso aos serviços odontológicos, demonstrou a incompatibilidade entre os serviços existentes e as doenças bucais prioritárias nos países africanos. As doenças mais prevalentes foram estomatite gangrenosa (Noma), Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda (GUNA), manifestações orais do HIV/AIDS, traumas maxilofaciais e anormalidades congênitas. Os autores concluíram que as estratégias coloniais de organização dos serviços de saúde bucal, tal como outras exportadas para a África, não vêm respondendo aos problemas daquela população. À época da publicação do artigo, 700 milhões de pessoas não tinham acesso adequado a serviços odontológicos. Aproximadamente, 80% das comunidades africanas eram consideradas materialmente desprovidas, tendo sido a pobreza considerada o maior determinante dos problemas de saúde. A formulação de políticas de saúde bucal esteve presente em apenas 30% dos países do continente

com serviços não organizados em distritos e desarticulados dos outros serviços de saúde. (HOBDELL et al., 1997)

Foram, também, localizados estudos sobre a cobertura de grupos etários específicos, como a revisão feita na Índia, que mostrou a ausência de política de saúde bucal específica para a população idosa naquele país. (SHAH, 2004) Existem ainda estudos descritivos sobre os principais serviços odontológicos, seu financiamento, as doenças bucais mais prevalentes, assim como a formação de recursos humanos em Odontologia em alguns países, como na Austrália (SCHWARZ, 2006) e na França. (AZOGUI-LÉVY; BOY-LEFÈVRE, 2005) Outro trabalho discutiu as políticas de saúde bucal e sistemas de saúde no cenário internacional e nacional a partir de revisão documental e da literatura. (MOYSÉS, 2008) O autor identificou o sistema de saúde e os serviços de saúde bucal da Alemanha, Reino Unido, países escandinavos, Canadá, Cuba, Estados Unidos, assim como descreveu políticas de saúde bucal e as principais Conferências Nacionais de Saúde Bucal ocorridas no Brasil, da década de 1980 aos anos 2000. As maiores prevalências de edentulismo em idosos foram na Islândia, Albânia, Canadá e Malásia, tendo sido relacionadas aos aspectos particulares da doença cárie e aos determinantes sociais em cada país. A política Brasil Sorridente foi apontada como recente e tendo potencial, mas não ainda operando com capilaridade e solidez política para enfrentar questões estruturais e que determinam as iniquidades em saúde bucal e de utilização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade. (MOYSÉS, 2008) Não foram encontrados estudos sócio-históricos das políticas de saúde bucal, na perspectiva referida, na literatura internacional revisada.

No Brasil, as políticas de Saúde Bucal (SB) no cenário federal vêm sendo estudadas por muitos autores, publicadas como dissertações, teses, artigos, livros e capítulos de livros. Dissertação de mestrado sobre as características do subsistema odontológico público federal verificou aporte de recursos, considerado como significativo, para a assistência odontológica no Brasil, o que correspondeu a 13,63% e 13,46% dos gastos ambulatoriais nos anos de 1976 e 1977, quando comparado aos gastos com toda a assistência médica em ambulatórios e unidades de saúde do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). A FSESP contribuía com apenas 0,4% dos recursos e 1% das horas/profissional disponíveis no âmbito central. Os órgãos previdenciários, INPS e Funrural, atendiam a maior parte da clientela por livre demanda. (PINTO, 1977) Entretanto, havia pouca repercussão sobre os níveis de saúde bucal da população, com elevada prevalência de cárie dental e doença periodontal, sinalizando geométrico crescimento

de necessidades de saúde pela população, devido à inexistência de uma política definida ou de normas que proporcionassem integração aos Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS) e de uma estrutura adequada, segundo o Pinto (1977).

O trabalho também apontou a baixa cobertura dedicada ao atendimento das classes média e alta; a impossibilidade de prestação de cuidados a toda a população, pelo volume de problemas e fatores estruturais, como o desnível entre os preços do tratamento e a capacidade de custeio individual; a maciça concentração de insumos na área curativa e na zona urbana; o não seguimento de um esquema de prioridades; largo emprego de serviços contratados sob critérios essencialmente numéricos; e a utilização quase exclusiva de recursos humanos de nível universitário e de equipamentos sofisticados e pouco adaptados ao tipo de trabalho realizado, o que proporcionava escassa cobertura efetiva quando se praticavam os tratamentos completados. Por fim, Pinto (1977) sugeriu um programa nacional voltado para o escolar de 1º grau, da zona urbana, a generalização de medidas preventivas assim como a utilização de recursos humanos e equipamentos simplificados.

Outro estudo que também utilizou como estratégia de produção dos dados a análise documental e fontes bibliográficas, tendo como período de análise 1974 a 1985, verificou a ampliação da participação do Estado no que diz respeito à atenção odontológica, atrelada à expansão da assistência médica, a partir da década de 1970, entretanto, com caráter secundário, pouco sistematizado e fragmentário na saúde pública e previdenciária. (VIANNA, 1988) Na assistência odontológica previdenciária, o estudo apontou para a compra de serviços, o beneficiamento dos produtores privados de bens e serviços e o alto custo dos serviços. Assim, o Estado passava a contribuir para a ampliação do mercado privado na Odontologia. Analisando os dados fornecidos pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev), a Vianna (1988) apontou que, em 1975, 45,4% dos odontólogos eram credenciados à previdência; já em 1976, os credenciados eram 60,8%. Na zona urbana, houve aumento do número de consultas odontológicas e ampliação do setor credenciado de 1976 a 1979. No caso da zona rural, houve redução no número de consultas. A autora também citou a promulgação da primeira Lei de Fluoretação das Águas, em 1974, mas verificou que sua implementação ficou na dependência de convênios com instituições. No período de 1980-1985, constatou-se a ampliação do setor conveniado e redução dos serviços próprios. (VIANNA, 1988)

Outro pesquisador analisou as políticas de saúde bucal, na década de 1980, através de análise documental, fontes bibliográficas e entrevistas, tendo apontado

para a ausência de resposta concreta e significativa pelo Estado até o início da década de 1990, apesar de a década anterior ter representado um período de organização institucional do Ministério da Saúde e de enfraquecimento da estrutura previdenciária. (ZANETTI, 1993)

A política de Procedimentos Coletivos (PC) lançada no início da década de 1990, na Coordenação Nacional de Saúde Bucal exercida pelo cirurgião-dentista Sergio de Carvalho Weyne, teve seu percurso analisado, desde seu surgimento até sua extinção. (CARVALHO et al., 2009) A publicação analisa os PC criados no governo Collor como elemento central da sua política de saúde bucal. Durante os anos 1990, os procedimentos ocuparam lugar de destaque nas ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionando, com apoio financeiro, as ações de promoção e prevenção em centenas de municípios. Os autores concluíram que a política foi uma tentativa para alterar o modelo de prática odontológica no setor público, redirecionando-o para ações preventivas e de promoção da saúde.

Atinente ao período de 1988 a 2004, Assis (2006) analisou as políticas de saúde bucal formuladas e implementadas no nível federal, tendo apontado a expansão dos serviços de saúde bucal através de análise documental e revisão da literatura. Segundo esta autora, no governo Sarney, não se avançou quanto à organização dos serviços e práticas de atenção à saúde bucal. No governo Collor, a autora concluiu por uma indefinição de propósitos, devido ao conteúdo limitado ao tema no plano quinquenal. No mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, ressaltou-se a inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Já no governo Lula, manteve-se o contingenciamento das verbas para saúde, contudo as implementações das políticas de saúde bucal ganharam destaque através não só da ampliação de incentivo para implantação proporcional entre Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Equipes de Saúde da Família (ESF), como também da criação de incentivos para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), assim como aumento do incentivo em saúde bucal para municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). (ASSIS, 2006) O estudo tratou das políticas formuladas e implementadas em nível nacional a partir dos componentes de um sistema de saúde e não abordou o processo de produção social.

Associando as políticas nacionais de saúde bucal do Brasil e sua interface com as iniciativas governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social, entre 1995 e 2013, Lorena Sobrinho (2014) afirmou que o ano de 2004 foi favorável à entrada da saúde bucal na agenda de prioridades, sendo fácil a tomada de decisão pela implantação após formulação ampla e participativa do seu conteúdo.

Houve aumento do escopo das ações e serviços de saúde bucal nos diversos níveis de complexidade, com foco em populações excluídas, como índios, moradores de zona rural, de áreas quilombolas, fluviais e ribeirinhas e em pacientes com necessidades especiais. Foram criados 816 Centros de Especialidades Odontológicas e 1.465 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Apesar das altas proporções de cirurgões-dentistas por habitantes, segundo dados do Conselho Federal de Odontologia, ainda há uma concentração destes profissionais no Sul e Sudeste. Desigualdades regionais se mostraram marcantes como também os vazios assistenciais no Norte. Verificou-se impactos na situação de saúde quanto à redução do número de dentes perdidos e do índice CPO-D em todas as faixas etárias.

Machado (2006), analisando as políticas de saúde nos anos 1990, abordou a centralidade do PSF na agenda do MS, identificada através da adoção de um incentivo financeiro específico, o que representou aumento de, aproximadamente, 900% dos recursos entre 1995 e 2002; crescimento da participação do PSF nos gastos com atenção básica; implementação de polos de capacitação em saúde da família; instrumentos gerenciais e estratégias diferenciadas de assistência para o PSF, a partir de 2001. Dentre tais estratégias, a inclusão da saúde bucal no programa foi relacionada à prioridade atribuída pelo governo ao próprio PSF.

Sobre a inclusão da saúde bucal no Programa e a formulação da Política Brasil Sorridente, Garcia (2006) buscou compreender o processo de construção da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no período de 2000 a 2004, mas sob a perspectiva do MS. A autora discorreu sobre a inclusão da saúde bucal no PSF, abordando que a iniciativa sobreveio através da busca da organização do espaço institucional pela coordenação do setor e de recursos financeiros, por meio de uma janela de oportunidades na atenção básica aproveitada pela gestora. (GARCIA, 2006) A coordenação nacional é apontada como a figura central presente no movimento para a construção da proposta, que lutou internamente ao Ministério, definiu determinadas questões e negociou com atores externos.

No Brasil Sorridente, foi referido que o processo partiu de um amplo debate realizado por um grupo de intelectuais e profissionais de saúde, muitos da saúde bucal, militantes do Partido dos Trabalhadores (PT) e de partidos da coalizão. (GARCIA, 2006) No governo Lula, o grupo transformou o projeto Brasil Sorridente em política que manteve conexões com o projeto da reforma sanitária. A autora não encontrou evidências da participação significativa, em ambos os momentos de formulação, de atores chamados de externos, ou seja, que não eram funcionários do Ministério da Saúde, envolvidos no processo. (GARCIA, 2006) É pertinente ressaltar que o estudo foi conduzido a partir da análise de documentos institucionais e de entrevistas com

agentes do campo burocrático; neste sentido, a autora não analisou o espaço de formulação das políticas.

Essas duas políticas também foram estudadas por Rendeiro (2011) cujo trabalho abordou a formação incremental do ciclo da PNSB. A autora identificou três ciclos de inovação: saúde bucal, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); saúde bucal, no PSF, em 2000; e a publicação das diretrizes da PNSB, em 2004. Quanto à inclusão da ESB na saúde da família, abordou que a questão não fazia parte da agenda governamental e foi alçada a agenda de decisão através do resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (1998), surgindo uma oportunidade. Citou que os atores que desempenharam protagonismo no processo foram o ministro da Saúde e servidores próximos a ele, concordando com Garcia (2006), em interação com os consultores do MS, que exerceram baixa influência no processo, sem a presença do controle social nos processos decisórios nem do empreendedor de políticas.

Quanto à política Brasil Sorridente, a autora considerou que este processo foi permeado pela militância com a correlação entre a técnica e a política, que encontrou como facilitador o amadurecimento das ideias de um grupo com militância política e setorial e das relações deste com o presidente eleito, além da participação de um dentista chamado de empreendedor da política, que exerceu uma influência cotidiana junto ao presidente e facilitou a interlocução direta com este. (RENDEIRO, 2011) Neste estudo, também se privilegiou a análise sob o ponto de vista dominante do campo burocrático, principalmente no caso do PSF, em detrimento dos outros agentes.

Outras publicações abordam os principais fatos relativos às políticas de saúde bucal ao longo dos anos. Esses trabalhos tratam do percurso histórico das políticas de saúde bucal no período anterior e/ou posterior ao SUS, no século XX e XXI (BITTAR et al., 2009; LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011; MOYSÉS, 2014; NARVAI; FRAZÃO, 2008a, 2008b; PUCCA JÚNIOR et al., 2009), da associação das políticas de saúde bucal aos movimentos ideológicos (NARVAI, 2006; SOARES, 2012), dos 20 anos das políticas de saúde bucal no SUS (FRAZÃO; NARVAI, 2009; MANFREDINI, 2009); da evolução da fluoretação das águas (ANTUNES; NARVAI, 2010); assim como do processo de construção de vigilância à saúde bucal desde 2004. (MOYSÉS et al., 2013)

Sobre a política Brasil Sorridente, Bartole (2006) analisou documentos importantes para a política e suas diretrizes, tendo afirmado que a equipe utilizou uma manobra retórica para expor suas ideias e para consolidar uma política de saúde bucal. Nas diretrizes, o Ministério da Saúde propunha uma Política Nacional de

Saúde Bucal (PNSB) e balizou como eixo central a reestruturação e a reorganização da atenção à saúde bucal, assegurando a qualidade e a resolutividade na atenção básica e em todos os níveis de atenção, incluindo todas as faixas etárias da população. Entretanto, afirmou que o Brasil Sorridente surgiu como um espaço político no governo federal, de maneira privilegiada e destacada, no SUS, tendo utilizado o *marketing* político para traduzir uma marca do governo federal a entrar na história da saúde pública brasileira.

Narvai (2011) aponta para a existência de uma longa gênese para a política Brasil Sorridente e refuta hipótese de estudos anteriores, como os de Bartole (2006) e Garcia (2006), que abordam a janela de oportunidades, colocando-se como agente e militante de um longo processo histórico que tem suas origens na luta contra a ditadura militar e ganhou expressão técnico-política no Encontro Científico de Estudantes de Odontologia (ECEO), no Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (Enatespo) e nos congressos de Saúde Coletiva, conferências de saúde e de algumas entidades odontológicas como a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (Aboprev), assim como do Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO). O autor baseou sua análise em revisão bibliográfica e documental, realizando breve descrição de processos sociais relacionados à formulação da política.

Segundo Andrade (2008) a análise das relações de poder na elaboração da política Brasil Sorridente foi descrita a partir do encadeamento factual. A autora analisou a formulação da política Brasil Sorridente, tendo dividido os participantes da formulação em dois grupos: individuais e coletivos. O primeiro deles, coeso, foi formado por indivíduos identificados com o projeto político vitorioso nas eleições presidenciais de 2002 e que possuíam um passado de luta na construção do SUS. O segundo grupo teve a função de dar consentimento à formulação do primeiro. A PNSB foi composta por um conjunto de deliberações oriundas de vários momentos de discussão, com destaque para um encontro realizado no município de São Paulo, logo após o resultado do pleito eleitoral referente à candidatura à presidência da República de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002. Foram apontados o crescimento e a degradação da PNSB, como erosões internas, em especial a gerência imprópria dos recursos financeiros e a tendência de ela ser, cada vez mais, caracterizada como provedora de serviços odontológicos especializados. O estudo apontou os chamados “atores coletivos” que participaram do processo, mas não analisou os “atores individuais” que influenciaram a formulação da política. Acerca destes últimos, foram apresentadas características gerais, todavia, a autora não

analisou quem são esses agentes, sua trajetória, assim como não tratou da evolução das políticas de SB.

Sobre a organização tecnológica na política Brasil Sorridente, assim como os modelos de atenção que alicerçaram as políticas de saúde bucal desde a década de 1950, Pires (2013) apontou como desafio para a PNSB de 2004 aquele de produzir cuidados de saúde bucal na perspectiva do coletivo, da comunidade. A erradicação da cárie dentária apareceu, ao longo dos anos, nas políticas, tendo como base a vigilância da saúde e as informações epidemiológicas. A autora não localizou no discurso da PNSB outras alternativas para abordar os problemas bucais que não fossem escovação dental, controle da dieta e correlação de hábitos deletérios. (PIRES, 2013) Concluiu que o trabalho em saúde bucal ainda se concretiza como um trabalho de Odontologia e há falta de maior elaboração teórico-prática sobre uma tecnologia para o cuidado do sujeito com suas necessidades bucais. (PIRES, 2013; PIRES; BOTAZZO, 2015)

Os estudos revisados trazem contribuições à compreensão da evolução histórica das políticas de saúde bucal. Por meio deles, é possível destacar o aumento da participação do Estado brasileiro na formulação e implementação dessas políticas, a partir de meados da década de 1970 (VIANNA, 1988), na década de 1980 (VIANNA, 1988; ZANETTI, 1993, 1994), assim como, de forma subsequente até 2004. (ANDRADE, 2008, ASSIS, 2006; BARTOLE, 2006; GARCIA, 2006) Trabalhos mais recentes, como os de Teixeira e Paim (2005), Lucena, Pucca Júnior e Sousa (2011), Machado, Baptista e Nogueira (2011) e Narvai (2011), apontam priorização da política de saúde bucal, intitulada Brasil Sorridente a partir de 2004, reconhecida como uma das marcas governamentais, nos oito anos do mandato do então presidente Luís Inácio Lula da Silva. Dois desses estudos apoiaram sua análise em dados da expansão do número de equipes implantadas e do financiamento. (MACHADO et al., 2011; TEIXEIRA; PAIM, 2005) Ademais, apesar de alguns estudos afirmarem que não houve participação significativa de atores externos ao MS em determinadas políticas, não foram entrevistados membros das associações e entidades de classe ou analisados os boletins e publicações destas instituições.

Esses estudos têm se apoiado em descrições sobre o surgimento e desenvolvimento das políticas de saúde bucal. As razões acerca da sua emergência na conjuntura específica têm sido pouco investigadas. Também tem sido secundarizada, na análise da formulação das políticas de saúde bucal, a construção social por meio do estudo dos principais agentes envolvidos, suas trajetórias, as questões em disputa no espaço bem como suas relações com as condições históricas de possibilidade no sentido proposto por Bourdieu (2012) para a análise de espaços sociais.

Diante da revisão realizada, diversas perguntas ou não foram elucidadas pelos estudos publicados ou permanecem parcialmente respondidas, conforme explanado anteriormente: como se conforma o espaço de formulação das políticas de saúde bucal nos distintos períodos? Quem foram os agentes responsáveis pela formulação dessa política? Qual a sua inserção no que diz respeito aos diversos campos do espaço social envolvidos com a atenção à saúde bucal? Ainda, qual o espaço dos possíveis históricos que estiveram relacionados ao curso das políticas e como se deu esse processo? Quais as relações e as influências exercidas pelos campos político, científico e burocrático na formulação das políticas de saúde bucal no Brasil? O objetivo geral era analisar a produção social das políticas de saúde bucal no Brasil, de 1989 a 2004.

Os objetivos específicos foram analisar como os problemas de saúde bucal se tornaram problemas sociais no Brasil, de 1989 a 2004; analisar a emergência das principais respostas do Estado brasileiro aos problemas bucais da população; analisar os processos relacionados com continuidades e/ou rupturas na história das políticas de saúde bucal no Brasil. Esse estudo almejou contribuir com respostas a essas questões, por meio de estudo sócio-histórico acerca da produção social das principais políticas de saúde bucal no Brasil.

Metodologia utilizada para construção deste trabalho

Aqui nos deteremos a apresentar brevemente a metodologia utilizada para a construção deste estudo.

Referencial Teórico

A sociologia reflexiva e genética de Pierre Bourdieu foi adotada como referencial teórico deste trabalho. A compreensão sobre o processo de produção social das políticas de saúde bucal no Brasil implicou a análise do espaço de formulação dessas políticas no nível federal. Os agentes² ou grupos de agentes que participaram ou influenciaram na formulação das políticas de saúde bucal estavam situados em

- 2 Bourdieu (1983) utiliza o conceito de agente social para escapar ao de sujeito defendido pelas chamadas “filosofias do sujeito”, na qual o objeto é o próprio sujeito, sendo alvo de crítica e refutação. Opõe-se também ao “sujeito criador”, subjetivamente autônomo e orientado, quanto ao curso da ação de forma mecânica. O ator também não traduz sua concepção de agente social, tendo em vista que considera segundo a teoria da ação racional, sendo livre de todo condicionamento social e econômico. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2016) Por sua vez, também se distancia da ideia de “indivíduo separado” pois esta relaciona-se ao materialismo espontâneo, à apreensão ingênua do corpo. O agente social está ligado a um campo, no interior do qual a proximidade não está relacionada ao espaço físico e sim às propriedades do campo. (BOURDIEU, 2007)

um lugar do espaço social definido pelas suas propriedades relativas, a saber: volume global de capital e sua composição (capital científico, burocrático e político, principalmente) e trajetória social. O espaço social também pode ser descrito como um campo de forças entre os agentes, na medida em que as propriedades consideradas para a sua constituição, como as diferentes espécies de poder ou capital, são atuantes. (BOURDIEU, 2007) Para o autor, o conceito de espaço social nunca deve ser examinado em si mesmo e por si mesmo, devendo ser utilizado e posto à prova em uma pesquisa inseparavelmente teórica e empírica.

Verifica-se que Bourdieu (2001) utilizou o conceito de campo e espaço sociais, por vezes, como sinônimos. Porém, construiu teoricamente o conceito de campo como microcosmos sociais relativamente autônomos, espaços estruturados de posições ocupadas pelos agentes sociais. Cada campo possui suas leis específicas, seus objetos de disputas, seus *habitus*³ e interesses específicos – *illusio*⁴ (BOURDIEU, 1983) – e sua estrutura é definida a partir de sua própria história. Princípio gerador e unificador do conjunto das práticas de um grupo de agentes, o *habitus* corresponde ao sistema de disposições socialmente construídas e produtos de uma aquisição histórica. (BOURDIEU, 2011) É a adesão tácita às leis do campo (BOURDIEU, 2007), o investimento ligado a interesses específicos (BOURDIEU, 2002), constituindo o campo como espaço de jogo. (BOURDIEU, 2001) Ao utilizar a figura do jogo para explicar sua teoria, o autor busca tratar de um conjunto de pessoas que participa de uma atividade que obedece a certas regularidades. (BOURDIEU, 2002)

A estrutura dos campos que influenciaram as políticas de saúde bucal foi estudada através da relação de forças entre os agentes ou instituições engajadas na luta assim como na distribuição dos capitais específicos, acumulados em lutas pregressas e que, por sua vez, determinaram as estratégias de ação. A estratégia é produto do senso prático como sentido do jogo ou um domínio prático da lógica que se adquire pela experiência e que funciona aquém da consciência e do discurso. (BOURDIEU, 2002) É na dinâmica do jogo que se constrói a definição do problema social como um produto de diferentes estratégias dos grupos de agentes. (PINELL, 2010)

3 *Habitus*, no singular, é o princípio gerador e unificador que “retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas”. (BOURDIEU, 1996)

4 Cada agente faz uma série de investimentos que o tira da indiferença e lhe confere certa importância, desta forma, pode-se introduzir o conceito de *illusio* enquanto fundamento da concorrência que opõe os agentes e que constitui o próprio jogo, sendo assim um investimento em questões específicas que estão em jogo no espaço social.

Cada posição no campo é definida a depender do acúmulo das diversas espécies de capital pelos agentes bem como pelas relações estabelecidas com outras posições que constituem a estrutura de posições do espaço social específico. (BOURDIEU, 1996) O capital cultural é herdado da família ou adquirido na escola. Ele é maior conforme for o reconhecimento das competências avaliadas pelo sistema escolar e se refere aos conhecimentos e/ou bens culturais adquiridos assim como à posse de títulos. (BOURDIEU, 2008) O capital econômico corresponde ao acúmulo de bens materiais (propriedades, rendimentos, salários), mas não apenas a este acúmulo e sim ao reconhecimento que este acúmulo confere ao agente. (BOURDIEU, 1983) Já o capital social, um capital de relações, se refere ao conjunto de recursos atuais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento e de reconhecimento mútuo. Essas ligações são baseadas em trocas materiais e simbólicas. (BOURDIEU, 1980) O capital político se refere à força de mobilização que um agente detém por título pessoal, delegação ou por ser mandatário de organização detentora do próprio capital político acumulado e pode ser acumulado através de postos ou de militância decorrentes de lutas passadas. Este capital, também simbólico, se traduz como capital pessoal de notoriedade e de popularidade, firmado pelo fato de ser conhecido e reconhecido, é composto pelo capital de delegação que, ao contrário do capital pessoal, não desaparece com o seu portador, pois é detido e controlado pela instituição e só por ela. (BOURDIEU, 2001) O capital simbólico, de reconhecimento, não é uma espécie particular de capital. (BOURDIEU, 2007) Ele é uma propriedade de qualquer tipo de capital, físico, econômico, cultural, social, percebida de acordo com as categorias de percepção, princípios de visão e de divisão, esquemas cognitivos, que são produtos da estrutura da distribuição do capital no campo considerado e reconhecida pelos agentes. (BOURDIEU, 1996)

No que se refere ao capital científico, existem duas espécies: um poder institucional ou institucionalizado, temporal ou político, ligado à ocupação de cargos importantes em instituições científicas e ao poder assegurado por estas instituições sobre os meios de produção como contratos, créditos, postos e reprodução, entendido como o poder de nomear e de fazer carreira. Outra espécie de capital científico é pessoal, simbólico, pois se trata do reconhecimento objetivado, institucionalizado e pelos pares. Essas duas espécies de capital científico apresentam diferentes formas de acumulação. O capital científico propriamente dito, chamado de puro, é adquirido por contribuições reconhecidas ao progresso da ciência como, por exemplo, as publicações. Já o capital institucionalizado, decorrente da ocupação de cargos, embora requeira algum grau de capital especificamente cien-

tífico, é adquirido principalmente por estratégias políticas que têm em comum o fato de exigirem tempo, como a participação em bancas, comissões, colóquios, reuniões. (BOURDIEU, 2004) O capital burocrático se refere aos cargos ocupados, ao poder de nomeação e delegação de funções públicas atribuídas pelo Estado, assim como à distribuição de honrarias. Esse capital é responsável por atos de consagração e por garantir as cadeias de delegação, assim legitima atos de autoridade. Está presente nos discursos oficiais, nomeações e atestados pelo Estado. (BOURDIEU, 1996, 2012)

Este estudo também se apoiou na proposta de Patrice Pinell (2010) para a análise sócio-histórica das políticas de saúde que utilizou o conceito de espaço social para alguns espaços específicos de construção⁵ de políticas onde agentes de diversos campos interagem com *habitus* diferenciados, porém partilham de um mesmo interesse na questão em jogo no espaço específico. Neste estudo, utilizou-se, nesta perspectiva, o conceito de espaço de construção da política de saúde bucal como um espaço de relações entre agentes de campos diferentes e que têm interesses em comum ligados a uma política, a de saúde bucal.

O conceito de política foi compreendido enquanto “a participação no poder ou a luta para influir na distribuição de poder, seja entre Estados ou entre grupos dentro do Estado” (WEBER, 1982, p. 56) e política de saúde, segundo Paim (2003, p. 588), como:

A resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Entretanto, o presente estudo privilegiou, em sua análise, as respostas sociais formalizadas traduzidas em ações. O conceito de espaço social é um recurso sociológico que permite estudar a estrutura e a dinâmica das relações mantidas pelos agentes envolvidos nas disputas em torno de um objetivo comum. (PINELL, 2010) O autor afirma que nenhum estudo “pode prescindir de uma análise concreta das forças que geram esse espaço social” (PINELL, 2010, p. 20), das relações, das estratégias e dos interesses envolvidos. De acordo com Bourdieu (2007), a reconstrução de um processo de emergência histórica não se reduz a um puro e simples encaideamento de acasos, ela implica a busca da elucidação de uma lógica específica.

5 Aqui, construção de políticas se refere a todo o processo que resulta na formulação da política e não apenas na sua elaboração como documento.

O autor referia que a pesquisa genética ou estudo de gênese poderia fazer lembrar que o Estado e tudo que dele decorre é uma invenção histórica, servindo de antídoto ao que ele chamou de “amnésia da gênese”. A “amnésia da gênese” é um processo inconsciente “[...] inerente a toda institucionalização exitosa, a toda instituição que conseguiu se impor implicando o esquecimento de sua gênese”. (BOURDIEU, 2012, p. 166)

Bourdieu (1996) considerava o Estado como um meta-campo com poder sobre os outros campos e que se superpunha ou mesmo correspondia ao campo burocrático. Por esta razão, analisar a formulação das políticas ou o processo social por meio do qual elas são socialmente produzidas implicou analisar o campo burocrático, embora os agentes envolvidos, muitas vezes, pertencessem a diversos outros espaços sociais envolvidos na construção do problema objeto da política como problema social. Para analisar as políticas de saúde bucal no Brasil, enquanto respostas formalizadas do Estado, este estudo perpassou o campo burocrático em cujo interior estas políticas foram formuladas bem como a relação de seus agentes com outros campos.

No presente trabalho, adotamos o conceito de Estado proposto por Bourdieu (1996), enquanto resultado de um processo de concentração de diferentes tipos de capital: capital de força física ou de instrumentos de coerção, a partir da contribuição de Weber; capital econômico; capital cultural e capital simbólico. A concentração de capital simbólico constitui o Estado como detentor de um metacapital que acumula poder sobre todos os outros tipos de capital e também sobre seus detentores. Ainda segundo Bourdieu (2012), o Estado é um metacampo,⁶ um campo do poder,⁷ um campo relativamente autônomo que exerce um poder de centralização da força física e simbólica, constituindo-se como objeto de lutas.

Este estudo buscou compreender como os problemas de saúde bucal foram objeto de construção como problemas sociais, em cada momento histórico. Os problemas sociais são o produto de uma construção que compreende seu reconhecimento e sua legitimação como tal, sendo “[...] instituídos em todos os instrumentos que participam da formação da visão corrente do mundo social” (LENOIR, 1996,

6 “A construção do Estado como metacampo com o poder de construção de todos os campos [passa pela] construção de cada um dos campos” diz Bourdieu (2012, p. 271), que explica que, na concorrência entre os campos, cria-se uma espécie de poder “metacampo” que triunfa sobre todos os outros campos e dentro dele mesmo.

7 Campo do poder é definido enquanto relações de força entre as posições sociais que garantem, aos seus ocupantes, quantidade suficiente de capital que lhes possibilita entrar nas lutas pelo monopólio do poder. (BOURDIEU, 2001) Esse campo é o espaço das relações de força entre os agentes ou instituições que têm em comum possuir o capital necessário para ocupar posições dominantes nos diferentes campos (econômico ou cultural, especialmente). (BOURDIEU, 2012) O Estado é um campo do poder.

p. 62-63), que pode ser nos organismos e regulamentações que visam encontrar uma solução ou mesmo nas “categorias de percepção e pensamento que lhe correspondem”. Os problemas sociais variam segundo as épocas e regiões e podem ser constituídos por vários motivos. Seu reconhecimento é tornar visível uma situação digna de atenção pela ação de grupos interessados em produzir nova categoria de percepção social para agirem sobre eles. Já sua legitimação envolve uma operação para inseri-lo nas preocupações sociais do momento.

Também foram utilizadas algumas das proposições elaboradas por Pinell (2010) a respeito das políticas de saúde, que, orientadas pela sociologia bourdieusiana, sugeriram questões específicas para a investigação da gênese e evolução das políticas de saúde que foram exploradas no presente estudo. A partir do estudo de quatro políticas de saúde distintas, Pinell (2010) elaborou proposições que dizem respeito a dois momentos diferentes das políticas de luta contra doenças ou práticas e comportamentos vistos como patológicos: a gênese, seguida de sua evolução. Essas propostas serviram de base para o presente estudo e nortearam a análise dos diversos momentos da história das políticas de saúde bucal, que investigou:

- em quais momentos as políticas de saúde bucal traduzidas em ação do Estado foram reconhecidas pelo poder público a partir da necessidade de medidas específicas para tratar problemas que não encontravam soluções satisfatórias já existentes;⁸
- como e se a ideia de reconhecimento pelo poder público implicou que os agentes do campo burocrático no interior do Estado reassumissem a responsabilidade de análise prévia do problema que colocasse em questão a inadequação das orientações políticas e modalidades de organização e/ou práticas institucionais existentes;
- a dinâmica entre os grupos sociais envolvidos com a constituição dos problemas de saúde bucal como problemas sociais visando identificar as posições, tomadas de posição, alianças e acordos;
- o momento da construção social do problema de saúde bucal como problema que demanda a implementação de uma política. Houve negociação e ajustes para a elaboração de uma visão comum do problema ou ocorreram fases de conflito por concorrência entre grupos que têm um mesmo interesse em constituir o problema?;

8 Essa proposição já havia sido desenvolvida em termos parecidos por Lenoir, no trabalho acima citado.

- a dinâmica do jogo social no qual se constrói a definição do problema como produto da interpenetração das estratégias dos diferentes grupos de agentes que se interessam em construir o problema como problema.

Estratégia do estudo

O presente estudo tratou do processo de construção das políticas de saúde bucal entre 1989 e 2004, período em que importantes ações a este respeito foram lançadas no cenário nacional. Para compreender o processo de construção do espaço de formulação das políticas de saúde bucal, buscou-se retratar a dinâmica do jogo social que se estabeleceu na relação entre grupos, as alianças formadas, o espaço dos possíveis inscritos no campo, os agentes envolvidos na construção dos problemas ou as doenças bucais como um problema social.

Como são muitas as respostas do Estado quanto aos problemas de saúde bucal contempladas em distintos atos deliberativos como portarias, programas, instruções normativas, decretos, leis, entre 1989 e 2004, para fins desta análise, foram considerados quatro momentos importantes que serviram como norteadores. No Quadro 1 constam estas formalizações, o período em que foram lançadas, seus objetivos, assim como quem exercia o cargo burocrático na saúde bucal, no Ministério da Saúde, e o chefe do executivo nacional, o presidente da República. As ações propostas em cada um dos documentos analisados foram expostas em suas sessões específicas. Estas políticas foram elencadas após revisão do estado da arte e por representarem as principais construções sociais no cenário nacional para as políticas de saúde bucal de 1989 a 2004.

O ponto de partida foi a Política Nacional de Saúde Bucal e o Programa Nacional de Controle da Cárie Dentária (Precad), ambos editados em 1989. A seguir, foram abordadas a política de procedimentos coletivos e a divergência entre a fluoretação da água x fluoretação do sal de cozinha, no início da década de 1990. A inclusão da saúde bucal no PSF, em 2000, e a política Brasil Sorridente, de 2004, também foram objetos desta análise.

A análise se apoiou em 33 entrevistas, sendo 32, em profundidade, com informantes-chave realizadas pela autora e uma entrevista concedida a Catharina Matos Leite Soares, no âmbito do projeto “A construção da Saúde Bucal Coletiva no Brasil”, tendo sua utilização neste trabalho sido autorizada pelo entrevistado. A técnica da bola de neve foi utilizada a fim de compor a amostra com informantes representativos.

Quadro 1 - Políticas de saúde bucal segundo período (anos), objetivos, coordenador, Ministro da Saúde e Presidente da República (1989-2004)

Ano	Política	Objetivos/Diretrizes	Coord. de Saúde Bucal	Ministro da Saúde	Presidente
1989	Política Nacional de Saúde Bucal	Proporcionar melhores níveis de saúde bucal à população brasileira e ampliar o acesso aos serviços odontológicos disponíveis.	Vitor Gomes Pinto	Seigo Tsuki	José Sarney
	Programa Nacional de Controle da Cárie Dentária	Reduzir no período de dez anos, 50% dos níveis de cárie dental no Brasil em crianças e adolescentes.			
1990 1991*	Procedimentos Coletivos	Modificar o modelo de atenção odontológica com vistas a reversão da situação de Saúde Bucal no Brasil; Compatibilizar o financiamento das ações com o novo modelo proposto.	Sérgio Weyne	Alcénir Guerra	Fernando Collor de Melo
2000	Inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF)	Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família (PSF); Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal; Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.	Sônia Dantas	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
2004	Brasil Sorridente	Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento. Deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde; Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.	Gilberto Pucca Jr.	Humberto Costa	Luís Inácio Lula da Silva

* Neste período, também foi analisada a divergência entre a fluoretação das águas de abastecimento e do sal de cozinha.

Fonte: Elaboração própria.

Buscou-se entrevistar agentes situados em posições diferenciadas em relação ao processo de formulação da política, na sua maioria, profissionais envolvidos com a construção social do problema e em posições dominantes nos campos, nos diversos períodos das políticas, mas, também, alguns em posições que podem ser consideradas como intermediárias em relação ao processo de formulação das políticas, dominantes-dominados ou dominados. Das 32 entrevistas, 31 foram conduzidas presencialmente nas seguintes cidades: Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ), Recife (PE), São Paulo (SP), Porto Alegre (RS), Brasília (DF), Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG), Fortaleza (CE). Apenas uma foi realizada por telefone, gravada com consentimento verbal do entrevistado. Além das entrevistas em profundidade, os entrevistados foram contatados outras vezes, por telefone ou *e-mail*, quando houve necessidade de qualquer esclarecimento. As 32 entrevistas realizadas pela autora totalizaram 48 horas, 12 minutos e 37 segundos de gravações que foram transcritas e revisadas.

Foram consultados e analisados documentos institucionais do Ministério da Saúde, tais como discursos presidenciais, publicações do Diário Oficial da União, processos legislativos da Câmara e do Senado Federal, relatórios de conferências (Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Bucal), encontros/congressos – Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (Enatespo), congressos da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (Aboprev), atas da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco), dentre outros, boletins e jornais de entidades de classe como o Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e outras associações, como a Rede Cedros e Aboprev, assim como de sindicatos, como a FIO, boletins do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), memorandos, ofícios e abaixo assinados e matérias de jornais de grande circulação como o *Correio Brasiliense*, *Folha de São Paulo* e *Estado de São Paulo*.

Esses documentos foram coletados em bibliotecas, sites oficiais do governo federal, sites de jornais, entretanto, a grande maioria dos 593 documentos analisados foi cedida pelos agentes entrevistados neste trabalho. Os documentos que não sofreram objeção quanto à sua disponibilização foram digitalizados e serão tornados de amplo acesso através do Centro de Documentação Virtual do Observatório de Análise de Políticas do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Os agentes que participaram ou influenciaram na formulação das políticas de saúde bucal foram analisados no que diz respeito às diversas posições ocupadas em diferentes espaços e campos sociais ao longo da sua trajetória. A posição

ocupada foi caracterizada por meio do volume e da composição dos seus diferentes tipos de capital: escolar, científico, político e burocrático. Por meio da análise das posições ocupadas e das proximidades no espaço foram identificadas as propriedades em comum aos diversos agentes do espaço das políticas de saúde bucal. O ponto de vista analisado foi relacionado com a posição ocupada em determinado momento histórico.

Esses agentes foram analisados a partir dos seguintes indicadores (posições e tomadas de posição, indicativas das disposições):

- Posição no espaço social: aferida origem social a partir da profissão e escolaridade dos pais e avós, formação acadêmica, trajetória profissional, prêmios;
- Indicadores de disposições políticas: filiação ou voto em partido político, participação no movimento sanitário, participação em movimentos estudantis, profissionais e sociais, militância e participação em partidos;
- Indicadores de disposições sobre a organização do sistema de saúde: concepção do SUS⁹ e concepções/opiniões sobre as políticas de saúde bucal.

A produção social das políticas de saúde bucal se deu por agentes dos campos burocrático, científico, político. Os agentes desses campos também foram analisados segundo critérios para aferição dos capitais:

- Indicadores de capital burocrático: cargos ocupados;
- Indicadores de capital burocrático universitário: participação na direção de instituições, comissões e órgãos colegiados;
- Indicadores de capital científico: produção acadêmica, pós-graduações, orientações;
- Indicadores de capital político: filiação em partido político, cargos dentro do partido eletivos ou burocráticos que resultem de articulações políticas, cargos ocupados em entidades de classe, movimentos ou associações.

9 Foram utilizadas as diferentes concepções do SUS propostas por Paim (2009): SUS para pobres: reflete a ideia de que a saúde pública é coisa para pobre, concepção de um sistema de proteção social residual, na assistência daqueles que não podem resolver seus problemas no mercado; SUS real: até reconhecem o direito à saúde, mas resignam-se com a situação favorecendo o mercado do setor privado e interesse privado; SUS formal: estabelecido pela Constituição Federal, leis orgânicas, decretos, portarias, resoluções pactos e regulamentos; SUS democrático: desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira para assegurar o direito à saúde de todos os brasileiros, capaz de influir na saúde e na doença das populações e articulando a saúde de uma reforma social mais ampla.

Analisaram-se os volumes de capital científico, burocrático e político nos períodos distintos, referentes às quatro políticas analisadas (Quadros 2, 3 e 4). Os capitais burocrático e político se mantiveram com os mesmos critérios nos períodos analisados, entretanto, o capital científico foi modificado no intuito da aproximação das mudanças pelas quais passou o campo científico ao longo dos anos. Os critérios utilizados para a mudança dos critérios na década de 1990 se basearam nas instruções de serviço IS-002/1995 e IS 005/1995 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Já para os anos 2000, foram utilizados os estudos de Barata e Goldbaum (2003), para a Saúde Coletiva, para a produção científica no triênio 2000-2002, e de Santos e colaboradores (2009) sobre o triênio 2004-2006. Para a área de Odontologia, utilizou-se o estudo de Cavalcante e colaboradores (2008) que analisou a produção científica odontológica no triênio 2003-2005 (Quadro 2).

A trajetória profissional dos agentes foi complementada através da consulta ao currículo lattes daqueles entrevistados que possuíam cadastro na plataforma. As entrevistas foram editadas assim como todos os dados foram codificados e analisados conforme os recursos do *software* NVivo 10.

Foi construída uma linha do tempo com os principais eventos que representam os antecedentes da Política Nacional de Saúde Bucal de 1989, assim como realizou-se uma síntese dos principais fatos analisados no presente trabalho relacionados às políticas de saúde bucal ocorridas em cada período, nos campos burocrático, legislativo, científico, de mídia, movimentos sociais e organizações, nos seus respectivos cenários políticos, adaptada de Barros (2013).

Quanto ao financiamento, analisou-se a Lei de Orçamento Anual (LOA) em cada um dos anos, no período de 1985 a 2010. A análise destas leis expressa o grau de priorização das políticas de saúde bucal no nível federal, assim como o grau de formalização destas no orçamento federal. No intuito de viabilizar a comparabilidade, realizou-se a correção dos valores, eliminando-se o efeito da inflação, através do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Todos os valores foram deflacionados para janeiro de 2010, período da última LOA analisada, assim como a conversão das moedas antigas para Real foi realizada através do instrumento de amplo acesso disponibilizado pelo Banco Central do Brasil, a Calculadora do Cidadão.¹⁰

Este projeto obteve auxílio para a sua realização, através da emissão de passagens aéreas, da compra de equipamentos para coleta de dados, da licença do *software* de análise de dados, da emissão de passagens aéreas e custeio de hospeda-

10 Ver em: <<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAO>>.

gem na primeira viagem, a partir do termo de outorga JCB 0040/2013 coordenado pela prof^a. Sandra Garrido de Barros, assim como pela concessão de hospedagem e alimentação nas demais viagens e transcrições das entrevistas pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (PPGSC/UFBA) pelo Projeto do Observatório de Análise de Políticas com coordenação geral do prof. Jairnilson Silva Paim e do Núcleo de Saúde Bucal da prof^a. Sônia Cristina Lima Chaves.

O projeto foi submetido ao Conselho de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA, tendo sido aprovado sob o nº 18153513.0.0000.5030. Foram observadas as recomendações e normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) a respeito de pesquisas que envolvem seres humanos. Obteve-se o consentimento escrito e informado dos entrevistados em profundidade e o consentimento verbal do entrevistado por telefone.

Quadro 2 - Critérios para análise da composição das diferentes espécies de capital na década de 1980

Tipo de capital	Muito alto (++++)	Alto (++++)		Médio (++)		Baixo (+)	Muito baixo ()
		Reconhecimento nacional	Reconhecimento internacional	Reconhecimento Local	Especialização		
Científico	Prêmios internacionais	Doutorado		Mestrado			
	Doutorado	Professor titular		01 artigo publicado em periódicos indexados/ano			
		02 artigos publicados em periódicos indexados/ ano					
Burocrático	Cargos de direção em órgãos internacionais (OPS, OMS), Ministério da Saúde	Cargos de direção intermediários em diversos níveis e em SES	Cargos Técnicos e de assessoria em organismos internacionais, no MS e de direção na SMS	Cargos de direção intermediários em diversos níveis em SMS			
Político	Ministro da Saúde, Presidente de Agências, Dirigente nacional de partidos, Dirigente de Sindicatos.	Dirigente Nacional do Cebes, do MBRO, Secretário no Ministério da Saúde, Secretário Estadual de Saúde, Participante de comissões nacionais de associações.	Secretário Municipal de Saúde, Militante de comissões estaduais ou municipais de associações, militante do Cebes, do MBRO, de partido.	Filiado a partidos e/ ou a entidades			Sem participação política

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Vieira-da-Silva et al. (2010); Barros (2013); Soares (2014).

Quadro 3 - Critérios para análise da composição das diferentes espécies de capital na década de 90

Tipo de capital	Muito alto (++++)	Alto (++++)	Médio (++)	Baixo (+)	Muito baixo ()
Capital científico*	Doutorado; Dedicção integral às atividades de ensino e/ou pesquisa; Produção compatível com o perfil de bolsista CNPq 1 A pela IS-005/1995 CAPES pesquisador doutor titulado há, no mínimo, cinco anos, com produção científica/tecnológica regular há, pelo menos, sete anos e que tenha comprovada independência e liderança em sua área de atuação, demonstrada pela publicação de trabalhos em periódicos de reconhecida importância e pela participação na formação de novos doutores e nucleação de grupos de pesquisa.	Doutorado; Dedicção integral às atividades de ensino e/ou pesquisa; Produção compatível com o perfil de bolsista CNPq 1B e 1C pela IS-005/1995 CAPES; Doutor titulado há, no mínimo, cinco anos, que apresente produção científica/tecnológica regular há, pelo menos, sete anos e tenha comprovada independência científica/tecnológica.	Doutorado; Produção compatível com o perfil de bolsista CNPq 2A, 2B e 2C pela IS-005/1995 CAPES; Produção científica regular há, pelo menos, dois anos.	Mestrado; Integrar equipe de projeto de pesquisa.	Especialização.
Burocrático	Cargos de direção em órgãos internacionais (OPS,OMS), Ministério da Saúde.	Cargos de direção intermediários em diversos níveis e em SES.	Cargos Técnicos e de assessoria em organismos internacionais, no MS e de direção na SMS.	Cargos de direção intermediários em diversos níveis em SMS.	Cargos técnicos.
Político	Ministro da Saúde, Presidente de Agências, Dirigente nacional de partidos, Dirigente de Sindicatos.	Dirigente Nacional do Cebes, Secretário no Ministério da Saúde, Secretário Estadual de Saúde, Participante de comissões nacionais de associações.	Secretário Municipal de Saúde, Militante de comissões estaduais ou municipais de associações, militante do Cebes, do MBRO, de partido.	Filiado a partidos e/ou a entidades.	Sem participação política.

* Para classificação do capital científico utilizou-se a IS-002/1995 e IS-005/1995 no CNPq.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 4 - Critérios de análise da composição das diferentes espécies de capital na década de 2000*

Tipo de capital	Muito alto (++++)	Alto (++++)	Médio (++)	Baixo (+)	Muito baixo ()
Capital científico*	Doutorado Produção compatível com o perfil de bolsista CNPq 1 A Área Saúde Coletiva - 13 artigos em (6 artigos em revista A) nos últimos 3 anos Área Odontologia - 28 artigos publicados nos últimos 3 anos (3 em revistas A)	Doutorado Produção compatível com o perfil de bolsista CNPq 1B e 1C Área Saúde Coletiva - 10 artigos nos últimos 3 anos (3 em revista A) Área de Odontologia - 18 artigos publicados nos últimos 3 anos (2 em revistas A)	Doutorado Produção compatível com o perfil de bolsista CNPq 2 Área Saúde Coletiva - 8 artigos publicados nos últimos 3 anos (3 em revista A) Área odontologia - 17 artigos publicados nos últimos 3 anos (sem exigência quanto ao qualis das revistas)	Doutorado Integrar equipe de projeto de pesquisa	Mestrado
Burocrático	Cargos de direção em órgãos internacionais (OPS,OMS), Ministério da Saúde	Cargos de direção intermediários em diversos níveis e em SES	Cargos Técnicos e de assessoria em organismos internacionais, no MS e de direção na SMS	Cargos de direção intermediários em diversos níveis em SMS	Cargos técnicos
Político	Ministro da Saúde, Presidente de Agências, Dirigente nacional de partidos, Dirigente de Sindicatos.	Dirigente Nacional do CEBES, Secretário no Ministério da Saúde, Secretário Estadual de Saúde, Participante de comissões nacionais de associações.	Secretário Municipal de Saúde, Militante de comissões estaduais ou municipais de associações, militante do CEBES, de partido.	Filiado a partidos e/ ou a entidades	Sem participação política

* O cálculo do número de artigos para a área de Odontologia baseou-se em Cavalcante et al., 2008 que analisou a produção científica odontológica em no triênio 2003-2005. O número de artigos para a Saúde Coletiva baseou-se em Barata e Goldbaum (2003) que analisaram a produção científica no triênio 2000-2002 e também em Santos e colaboradores (2009) que analisaram o triênio 2004-2006.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Barros, 2013; Soares, 2014.