Considerações finais

Thais Regis Aranha Rossi

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ROSSI, T.R.A. Considerações finais. In: *Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 199-204. ISBN 978-85-232-2022-8.
<https://doi.org/10.7476/9788523220228.0010>.

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/).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas de saúde bucal no Brasil foram oriundas de um longo processo de construção por agentes inseridos em diversos campos e espaços sociais com interesses distintos, ao longo de um período que vai dos anos 1950 até o ano de 2004. A pequena prioridade dada a essas políticas se revela no montante destinado ao financiamento setorial cujos valores cresceram ao longo do tempo, porém foram insuficientes para o atendimento das necessidades nos períodos estudados, principalmente nos anos 1980 e 1990.

O espaço de formulação das políticas variou ao longo das diferentes conjunturas político-sanitárias, no período compreendido entre 1989 e 2004. Em concordância com Pinell (2010), o estudo dos quatro momentos históricos de formulação das políticas mostrou que o reconhecimento do problema cárie, inicialmente, e dos problemas de saúde bucal *a posteriori*, pelo poder público, exigiu que o Estado reassumisse uma análise preexistente do problema por agentes de distintos campos sociais. A construção desta resposta variou conforme a arquitetura do espaço e, principalmente, em função das características do(a) profissional que ocupava o cargo de coordenação nacional, seu campo de domínio, seu grau de acumulação de capital burocrático, político e científico. Assim, as questões em jogo, de certa forma, expressavam inadequação das orientações políticas anteriores assim como as práticas existentes nas instituições nos distintos cenários estudados.

O papel exercido pelo diretor/coordenador da divisão/área técnica/coordenação nacional de saúde bucal foi também importante pela dinâmica de alianças estabelecidas, pelo *habitus* específico oriundo do seu campo dominante que influenciou o reconhecimento do problema social a ser respondido pelo Estado na grande persistência pela aprovação de determinadas políticas, dentre outros. Aspecto também importante relacionado à influência que o gestor nacional pode ter exercido na formulação da política diz respeito ao seu grau de ajustamento com o

campo burocrático e à acumulação de capital político. Todos foram indicados ao cargo em decorrência do capital social acumulado.

O espaço das políticas de saúde bucal se organizou, nos anos 1980, a partir de duas posições centrais: de um lado, o polo público, representado pelo IPEA, pela FSESP e pelo MS, tanto na oferta de atenção odontológica aos usuários quanto na proposição de medidas de impacto populacional como a fluoretação da água, do outro lado, o polo liberal e do mercado, representado pelas entidades de classe em defesa de seus interesses.

Ainda sobre a efemeridade persistente quanto às políticas em estudo, pode-se afirmar que se deveu também às mudanças no cenário político, como foi o caso da Política Nacional de Saúde Bucal, de 1989, e do Precad, no mesmo ano, e à inadequação à realidade brasileira, como foi o caso da fluoretação do sal de cozinha.

O problema socialmente construído foi a cárie, até meados da década de 1990, a despeito da emergência de um discurso sobre a saúde oral e saúde bucal desde os anos 1960. Até 1989, as políticas priorizaram a assistência odontológica aos trabalhadores da previdência com ênfase nas extrações. No que diz respeito à prevenção, as ações eram centradas no modelo utilizado pela FSESP, que preconizava o sistema incremental voltado, prioritariamente, aos escolares, com o objetivo de atender ao maior número de crianças baseado no tratamento recuperador, tratamento profilático-fluorterapia e tratamento radical (exodontias). A FSESP também atuou na fluoretação das águas.

A partir de 1984, começam a surgir movimentos de crítica à política nacional, com o MBRO assim como os Enatespo, como aglutinadores de tomadas de posição e desencadeadores de muitos processos de crítica às políticas, influenciados, em parte, pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Alguns dos membros do MBRO e dos Enatespo eram integrantes do Cebes e, posteriormente, da Abrasco. Alguns membros deste grupo participaram como consultores de distintas políticas.

O momento da política estudada, a Política Nacional de Saúde Bucal, publicada em 1989, apontou como ponto de vista predominante aquele da Odontologia Sanitária e Social, defendido pelo grupo da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), com exceção da fluoretação tópica através do uso de moldeiras que foi inspirado no método utilizado no Programa Integrado de Saúde do Escolar (PISE) do Distrito Federal.

No mesmo período, coexistiam outros pontos de vista, como o de crítica da prática odontológica vigente em uma perspectiva que discutia a determinação social dos problemas de saúde bucal e sua articulação ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, pelo grupo que compunha o MBRO e pelos Enatespo. Outra

posição estava representada pelas principais entidades de classe: o Conselho Federal da Odontologia e a ABO, que defendiam a Odontologia Liberal. A política foi analisada por representantes de macrorregiões do país e apoiada pelas entidades de classe, não tendo passado por processo de discussão em conferências ou por outros representantes dos movimentos citados. Mesmo defendendo claramente a Odontologia Liberal, as entidades de classe vinham manifestando amplo apoio a todas as ações que envolviam o cirurgião-dentista no nível federal.

O espaço de formulação da PNSB de 1989 e do Precad se estruturou no Ministério da Saúde, tendo contribuído para a sua constituição agentes oriundos tanto do campo científico como burocrático. No primeiro caso, oriundos da FSP/USP e no segundo, da própria DNSB e do IPEA.

Apesar da busca por responder às críticas formuladas pelos integrantes do MBRO e Enatespo, a construção social do problema elaborada por estes pouco influenciou a formulação da política, com exceção do enquadramento nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira pouco traduzidos nas ações preconizadas.

A construção do espaço de formulação das políticas no interior do Ministério da Saúde resultou em mudança do modelo praticado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social assim como na própria lógica de formulação e implementação das políticas antes protagonizadas pelo IPEA e FSESP ainda com o objeto principal restrito ao dente e à cárie dentária. A estratégia de fluoretação das águas, a formação de recursos humanos e a vigilância e controle de produtos preventivos podem ser consideradas como os possíveis mortos desta política que, devido ao seu curto tempo de vigência, teve sua maior operacionalização e é lembrada pela fluoretação tópica através do uso em moldeiras.

As políticas de procedimentos coletivos e da tentativa de fluoretação do sal de cozinha foram as principais ações propostas pelo MS no período de 1990 a 1993. Devido à mudança no governo, envolvendo a DNSB, ocorreram mudanças no espaço de formulação das políticas que foi ocupado por agentes com trajetória dominante no campo científico e que substituíram a aplicação do flúor pela escovação supervisionada. O comitê de assessoramento do setor também passou a ser composto por agentes dominantes no campo científico, mas, também, por aqueles pertencentes ao campo burocrático estadual e municipal. A Aboprev exerceu influência no curso dessas políticas, seja através da presença de seus membros na DNSB ou de congressos e publicações no campo científico.

Apesar de constar no plano quinquenal do governo Collor, mesmo que de forma restrita, os objetos câncer de boca, cárie e doença periodontal, novamente observou-se, nas ações do governo, a continuidade do processo de trabalho

voltado para o manejo da cárie como o principal problema social construído. Ainda que os procedimentos coletivos objetivassem proporcionar a prevenção de outras doenças bucais, seu foco principal também era a cárie dentária. A concepção da Odontologia Preventiva baseada na concepção ecológica e multifatorial da doença, defendida por profissionais do campo científico também pertencentes à Aboprev orientou a formulação dos procedimentos coletivos e a interrupção da PNSB de 1989 e do Precad.

A fluoretação do sal de cozinha, proposta pelo DNSB/MS, em parte influenciada pela OPAS, traduzia os interesses comerciais de empresas brasileiras produtoras de sal. Inicialmente considerada pela gestão da DNSB e consultores como estratégia alternativa de fluoretação sistêmica em regiões do Brasil que não contavam com água fluoretada, esta alternativa passou a ser condenada por eles, após a constatação da inviabilidade de sua implementação no Brasil. A estratégia obteve o apoio de membros da Rede Cedros/OPAS, do campo burocrático internacional e científico nacional, assim como de agentes do campo político, como deputados e senadores, por influência das empresas salineiras bem como do polo do mercado do espaço das políticas de saúde bucal. A oposição veio do grupo da saúde bucal coletiva, por meio dos integrantes dos Enatespo, que apresentavam disposições políticas, seja por filiação a partidos políticos ou em movimentos de luta pela saúde bucal.

A partir da segunda metade da década de 1990, novas mudanças começaram a ser realizadas no espaço de formulação das políticas de saúde bucal. A partir do capital social relacionado a gestor do Ministério da Saúde, oriundo do mesmo local de nascimento, uma dentista com especialização em saúde pública com carreira no campo burocrático assume a coordenação da Área Técnica de Saúde Bucal. Os membros do comitê técnico científico também são modificados, oriundos do campo burocrático e do campo científico. Alguns membros que participavam dos Enatespo passaram a integrar o Comitê, como Paulo Capel Narvai, Djalmo Sanzi Souza e Sylvio Palermo Gevaerd.

Depois, a partir de um grupo de agentes com inserções distintas nos campos burocrático, político e científico, devido à forte articulação das entidades odontológicas no campo político e ao longo processo de pactuação no interior do campo burocrático, concretizou-se a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF.

Destaca-se o papel exercido pela FIO na articulação política com as entidades odontológicas e no interior do campo político com deputados e senadores que apoiaram a inclusão da pauta junto ao Ministro da Saúde, mas com cargos chave ocupados por agentes com militância na Reforma Sanitária Brasileira que acolheram

as propostas de criação das ESB. Um destes profissionais com inserção nos campos burocrático e político representou a mediação entre as propostas elaboradas pelo CTC apresentadas pela coordenadora e o alto escalão do Ministério da Saúde. Aqui se observa a ruptura com os modelos preconizados anteriormente pelo Ministério da Saúde para resposta aos problemas de saúde bucal, tendo em vista que se baseavam na integralidade da atenção, caráter substitutivo das práticas desempenhadas nas unidades básicas de saúde, sistema de referência e contra referência, centralidade na família e no território, atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar e formalização da equipe de saúde bucal.

A última política analisada no presente estudo foi publicada em 2004, pelo Ministério da Saúde, tendo como título “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, conhecida como política “Brasil sorridente”. Uma nova mudança ocorreu no espaço de formulação das políticas: o novo grupo de agentes que compôs este espaço apresentava disposições e capital político vinculados à militância no PT e à base aliada na eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003.

Nesse período, a indicação do coordenador e do próprio conteúdo da política bem como da comissão de assessoramento sofreram influência do núcleo saúde do PT e das forças políticas que apoiaram a eleição de Lula. O coordenador foi fundamental na articulação política e no interior do campo burocrático para o curso da política. A comissão de assessoramento foi composta por cirurgiões-dentistas do campo científico e do campo burocrático. Esta comissão incorporou membros que haviam militado no MBRO, no Cebes, na Abrasco e nos Enatespo que puderam trazer detalhamento das estratégias para uma política nacional de saúde bucal, a partir de diretrizes gerais defendidas nesses movimentos e na Reforma Sanitária Brasileira.

Outro profissional de importância nesse espaço era membro da comissão de transição de governo. Ficou evidente o apoio fundamental do presidente Lula ao objeto saúde bucal, segundo entrevistado, devido a experiências de dor em sua trajetória com ponto de partida popular. Devido a este apoio, a Política Nacional de Saúde Bucal foi considerada como uma das prioridades deste governo.

De forma distinta dos outros documentos existentes das políticas de saúde bucal e representando uma nova ruptura, a política “Brasil Sorridente” expressa um conjunto de diretrizes e ações de articulação da saúde bucal com o SUS. Distingue-se das outras políticas por sua concepção ampliada de saúde, pela fundamentação nos determinantes sociais da saúde e no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, pela articulação com as outras políticas de saúde no SUS e pelas propostas de conformação da rede, qualificação e ampliação da atenção primária e

especializada. Entretanto, ela também formaliza políticas anteriores, como a fluoretação das águas de abastecimento, as estratégias de educação em saúde bucal e a incorporação do pessoal auxiliar e da equipe de saúde bucal na atenção básica.

Dessa forma, pode-se caracterizar o desenvolvimento das políticas de saúde bucal no país como um processo de continuidades e rupturas resultante das proposições oriundas do espaço da saúde bucal coletiva que se constituiu em disputa com a saúde pública tradicional, com a odontologia liberal e com os interesses de mercado. O aperfeiçoamento das políticas de saúde bucal e a incorporação de ações voltadas para a mudança do modelo assistencial se relacionaram com o desenvolvimento e a consolidação do espaço da saúde bucal coletiva, da saúde coletiva e do processo da Reforma Sanitária Brasileira que se constituíram em condições históricas de possibilidade para a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004.

O estudo do financiamento representou o limite do presente estudo, na medida em que não avaliou os recursos executados nem utilizou cálculos econômicos relacionados com as necessidades da população, apontando para a possibilidade de estudos futuros sobre os termos “saúde oral” e “saúde bucal”, assim como sobre o espaço odontológico.

A análise sóciohistórica desenvolvida auxilia na compreensão do complexo processo da formulação das políticas de saúde bucal, sendo possível apreender a lógica de continuidades e rupturas, as estruturas e a dinâmica do jogo social para interpretar melhor cenários futuros.