

Os Dentistas e Suas Trajetórias no Campo Burocrático Estadual

Sisse Figueredo de Santana,

Sonia Cristina Lima Chaves

Resumo

Objetivo: Este estudo caracterizou as trajetórias sociais e disposições dos coordenadores, técnicos e dirigentes do campo burocrático estadual de saúde bucal em dois estados brasileiros, além de um consultor em saúde bucal do Ministério da Saúde. **Método:** Realizou-se um estudo exploratório de abordagem qualitativa, a partir das categorias agente, disposições e campo, desenvolvidas pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu. Foram conduzidas quinze entrevistas em profundidade que forneceram informações sobre as trajetórias sociais e profissionais dos entrevistados, bem como seus pontos de vista acerca da atuação da esfera estadual e das condições históricas de possibilidade de implantação da política de saúde bucal no âmbito estadual. **Resultados:** majoritariamente graduou-se em instituições públicas, com equilíbrio no grupo estudado em relação à origem social. A inserção no campo burocrático estadual foi influenciada pela disposição voltada ao campo burocrático, inquietação com o serviço público, redução do mercado privado e a expansão do campo da saúde coletiva. A trajetória dos agentes evidenciou uma interseção muito baixa do campo burocrático da saúde bucal com os campos político e científico, além da baixa disposição política dos agentes da burocracia estatal. Há um grupo predominante de mulheres com disposição sanitária movido pelo interesse universal, expressando seu “amor pela clínica e pela saúde pública”. **Conclusão:** a ambivalência de identidade dentista/sanitarista decorrente da influência exercida pelo campo de origem da odontologia pode dificultar as disposições de luta dos dentistas no interior do campo burocrático estadual.

Palavras-Chave: Saúde bucal. Política de saúde. Política pública. Gestão em Saúde.

Dentists and their trajectories in the state bureaucratic field

Summary

This study characterized the social trajectories and dispositions of the coordinators, technicians and leaders of the state bureaucratic field of oral health in two Brazilian states, as well as a consultant in oral health of the Ministry of Health. An exploratory study of a qualitative approach was carried out. of categories agent, dispositions and field, developed by the French sociologist Pierre Bourdieu. Fifteen in - depth interviews were conducted, which provided information on the social and professional trajectories of the interviewees, as well as their views on the state sphere and the historical conditions for the implementation of oral health policy at the state level. The majority graduated in public institutions, with balance in the studied group in relation to social origin. The insertion in the state bureaucratic field was influenced by the disposition directed to the bureaucratic field, restlessness with the public service, reduction of the private market and the expansion of the field of collective health. The trajectory of the agents evidenced a very low intersection of the bureaucratic field of oral health with the political and scientific fields, besides the low political disposition of the agents of the state bureaucracy. There is a predominant group of women with a sanitary disposition driven by universal interest, expressing their "love for the clinic and public health". In this

sense, the ambivalence of sanitary dentist identity due to the influence exercised by the field of dentistry origin can make it difficult for dentists to fight within the state bureaucratic field.

Key words: Oral health. Health policy. Public policy. Health manager.

Los dentistas y sus trayectorias en el campo burocrático estatal

Resumen

Este estudio caracterizó las trayectorias y disposiciones sociales de coordinadores, técnicos y directores del campo burocrático estatal de salud oral en dos estados brasileños, además de un consultor del Ministerio de Salud. Método: Se realizó un estudio exploratorio cualitativo, basado en las categorías agente, disposiciones y campo, desarrollado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu. Se realizaron quince entrevistas que proporcionaron información sobre las trayectorias sociales y profesionales de los entrevistados, así como sus opiniones sobre el desempeño estatal y las condiciones históricas para implementar políticas de salud oral a nivel estatal. Resultados: La mayoría se graduó de instituciones públicas, con equilibrio en el grupo estudiado en relación con el origen social. La inserción en el campo burocrático estatal estuvo influenciada por la disposición hacia el campo burocrático, la inquietud con el servicio público, la reducción del mercado privado y la expansión del campo de la salud pública. La trayectoria de los agentes mostró una intersección baja del campo burocrático de la salud oral con los campos político y científico, además de la baja disposición política de los agentes de la burocracia estatal. Hay un grupo predominante de mujeres con una disposición de salud impulsada por el interés universal, expresando su "amor por la clínica y la salud pública". Conclusión: la ambivalencia de la identidad dentista / sanitaria resultante de la influencia del campo de origen de la odontología puede dificultar las disposiciones de lucha de los dentistas dentro del campo burocrático estatal.

Palabras clave: salud bucal. Política de salud. Política pública. Manejo de la salud.

Introdução

O processo social que levou à formalização do ensino da odontologia no Brasil instituiu o Curso de Odontologia em 25 de outubro de 1884 pelo Decreto nº 9.311¹, dependente dos cursos de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Embora originalmente a odontologia tenha caminhado com a medicina, a profissão de Cirurgião-Dentista (CD) foi regulamentada no país pela Lei nº 5.081 de 24 de agosto de 1966² e desde então vem se constituindo historicamente³, como prática social com forte componente técnico, voltada para o mercado privado.

Nesse contexto, o espaço das políticas de saúde bucal se organizou nos anos de 1980 em dois espaços, o polo público, representado pelo Instituto de pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e o pelo Ministério da Saúde (MS), contribuindo com a atenção odontológica aos usuários e com a criação de medidas de impacto populacional como a fluoretação das águas de abastecimento público, e do outro lado

o espaço do mercado, liberal, representado pelas entidades de classe em defesa de seus interesses, além da expansão de clínicas odontológicas e da indústria de equipamentos e insumos⁴

Com a emergência do espaço da Saúde Coletiva (SC) nos anos 1970⁵ e a consequente politização de agentes do campo odontológico críticos às correntes alternativas em curso na década de 1980, especialmente a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral, iniciou-se a conformação de uma rede de relações entre agentes e instituições, elevando a crítica às práticas odontológicas de mercado. Em meados da década de 1990 surgiu o subespaço da Saúde Bucal Coletiva (SBC), cuja característica foi a forte crítica ao descompasso entre os avanços técnicos e científicos e o acesso da população aos serviços de saúde bucal⁶. A PNSB, denominada Brasil Sorridente, lançada em 2004, ainda que não seja a primeira política, mas a mais organizada, marca uma resposta social do Estado brasileiro frente aos principais problemas bucais da população, foi resultado da ocupação de dentistas da SBC que produzirão um discurso de defesa da saúde bucal como direito, de abordagem populacional e integral e para além da boca⁶. Suas principais diretrizes tem sido a ampliação da atenção primária na ESF, oferta da atenção odontológica especializada nos CEOs, manutenção da fluoretação das águas e a contínua vigilância em saúde bucal⁴.

De acordo com Soares⁶, a SBC teve sua origem a partir do subespaço burocrático, representado sobretudo por agentes que estavam ligados à implantação das Políticas de Saúde Bucal no sistema público de saúde, tornando-se posteriormente objeto de reflexão teórica e de investigação. Na mesma direção, Rossi⁴, analisando a gênese da política de saúde bucal nos anos 1950 a 2004, revelou que a influência do gestor nacional na formulação da política estava ligada ao seu grau de ajustamento ao campo burocrático e ao acúmulo de capital político, com indicação ao cargo decorrente de seu capital social acumulado.

São significativas as modificações no exercício da profissão de CD ao longo dos anos 2000, decorrentes da influência de diversos processos sociais, tecnológicos e científicos, como a progressiva incorporação de tecnologia, especialização dos profissionais, redução do exercício liberal estrito, popularização dos sistemas de odontologia de grupo, o aumento do percentual de profissionais com vínculo público e sobretudo o crescimento expressivo dos postos de trabalho na rede pública de serviços⁷.

Por outro lado, a importante expansão da PNSB requer identificar as relações estabelecidas entre os CD e o campo burocrático estadual na sua condução interfederativa. A inserção desses profissionais gestores têm sido pouco investigada, com um único estudo que versa sobre o tema, na perspectiva da construção do perfil dos gestores estaduais da área de

saúde bucal, sem considerar suas trajetórias⁸. Assim, algumas questões emergiram: Quem são os agentes que integram o campo burocrático estadual da saúde bucal? Estes agentes estão constituindo um subespaço específico da saúde bucal no interior do campo burocrático estadual? Quais são suas concepções acerca da atuação do campo burocrático na saúde bucal? O presente estudo tem como objetivo analisar as principais características dos Cirurgiões-Dentistas atuando no campo burocrático da saúde bucal pública em dois estados brasileiros, situados nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Optou-se pelo estado da Bahia devido à ausência do cargo de coordenador de saúde bucal em sua estrutura, enquanto o Paraná foi escolhido por contar com esse cargo na secretaria estadual de saúde, além de considerar suas concepções sobre a atuação da esfera estadual e as condições para a implementação da política de saúde bucal no âmbito estadual.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa, a partir das categorias analíticas de Pierre Bourdieu, sobretudo a compreensão dos conceitos de trajetória, agente e *habitus*. Entende-se que este referencial permite auxiliar a compreensão das relações entre a trajetória dos agentes e sua participação em espaços sociais na formulação e implantação de políticas públicas de saúde bucal⁴. Para Bourdieu⁹, agente é o ser que atua e luta dentro do campo de interesses, e a mudança das estruturas sociais passa pela ação social dos agentes ao interior de cada espaço social, sendo o *habitus* a mediação entre o agente e o campo.

No conceito de espaço social ou campo, aquilo que comumente se denomina sociedade constituiu-se de diversos microcosmos denominados “espaços sociais”, no interior dos quais os agentes ocupam posições distintas relacionadas aos capitais acumulados do tipo cultural, político, econômico e social, entre outros. Cabe destacar que o capital é a energia social do acúmulo histórico do agente ou instituição que garante posições distintas no espaço de luta¹⁰.

O campo é um tipo específico de espaço social com autonomia relativa em relação aos demais campos, com leis próprias e onde os agentes compartilham *habitus* comuns constituindo uma *illusio* específica. Compreende-se por *habitus* um sistema de disposições duráveis socialmente incorporadas que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações¹¹. *Illusio* significa estar no jogo social, estar envolvido, levar o jogo a sério, perceber que o que se passa é importante para os envolvidos, para os que estão nele, é reconhecer o jogo e reconhecer os alvos⁹. Além disso, o ajuste dos agentes sociais ao campo está relacionado ao encontro de

seus recursos, suas aspirações e as possibilidades que o campo oferece. Assim quando, os recursos dos agentes são inferiores às suas aspirações e ganhos no campo, há um mecanismo de transformar “necessidade em virtude”, ou seja, um ajuste inconsciente dos recursos do agente às suas reais possibilidades¹².

O Estado é entendido como um campo burocrático ou campo da alta função pública, capaz de regular os demais campos como um poder no topo do poder¹³. Dentro deste campo a política está posta em jogo e os agentes que possuem o privilégio de entrar neste jogo também adquirem o privilégio de se apropriar do recurso universal, por meio do qual os agentes tornam-se aptos a falar em nome da totalidade de um grupo, em nome de um bem público, a falar o que é bom para o público.

Entende-se por trajetória a série de posições sucessivamente ocupadas pelo agente em estados sucessivos do campo, sendo que na estrutura de um campo é que se define o sentido dessas posições sucessivas⁹.

Foram conduzidas quinze entrevistas em profundidade em dois estados brasileiros, uma com consultor de saúde bucal do Ministério da Saúde (CMS), duas com dirigentes (D1 e D2), cinco com coordenadores (CSB 1 a 5) e sete com profissionais da área técnica da saúde bucal (TSB 1 a 7). Para realização deste estudo foram selecionados agentes sociais pertencentes ao campo burocrático da saúde bucal de dois estados brasileiros, pertencente as regiões Sul e Nordeste. Este foi um estudo predominantemente qualitativo, com foco na teoria para a geração de evidências empíricas, utilizando a amostra baseada no princípio da bola de neve. Isso não exige a aplicação de análises estatísticas tradicionais, embora estas continuem sendo relevantes em estudos que envolvem muitos casos.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre novembro de 2017 e julho de 2018, sendo codificadas e analisadas conforme os recursos do software Nvivo11. As entrevistas forneceram informações sobre as trajetórias sociais e profissionais dos entrevistados, bem como suas concepções acerca da atuação da esfera estadual e o ponto de vista das condições de possibilidades de implantação da política de saúde bucal no âmbito estadual (Quadro 1).

Quadro 1- Categorias e fonte de coleta de dados.

Categorias	Fonte de informação
Trajetória	Entrevistas e Currículo <i>Lattes</i> ¹⁴
Origem social	Entrevistas semiestruturadas
Condições históricas de possibilidade de implantação da política de saúde no âmbito estadual	Entrevistas semiestruturadas e documentos oficiais

Fonte: Autoria própria

A trajetória profissional dos agentes entrevistados foi complementada por meio da consulta ao currículo *Lattes*¹⁴ (Quadro 2). A origem social, determinada pela escolaridade expressa pelo volume do capital escolar e ocupação dos pais dos entrevistados, foi mapeada de acordo com a categorias do Quadro 3, com o objetivo de complementar a caracterização das trajetórias, pois o *habitus* primário adquirido no ambiente familiar é uma primeira e profunda impressão social sobre o indivíduo, que sofrerá outras sedimentações ao longo da vida¹⁵.

Quadro 2- Período de atuação, vínculos e funções exercidos pelos agentes envolvidos na gestão estadual da saúde bucal de dois estados brasileiros contemplados nas regiões Sul e Nordeste, 1996 a 2018

Período	Agente	Vínculo	Função
1996-2004	CSB1	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejado para gestão SES
2000-2009	CSB2	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejado para gestão SES
2007-2010	CSB3	Cargo comissionado	Chefe da divisão de saúde bucal SES
2003-2006	CSB4	Estatutário	Professor da Universidade Federal cedido para gestão SES
2007-Atual	CSB5	Estatutário	Sanitarista da SES
2012-Atual	TSB1	Estatutário	Sanitarista da SES
2008-Atual	TSB2	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejado para gestão SES
2009-Atual	TSB3	Apoiadora	Sanitarista cedido para SES
2005-Atual	TSB4	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejada para gestão SES
2011-Atual	TSB5	Servidor público	Cirurgião-Dentista remanejada para gestão SES
2012-Atual	TSB6	Servidor Público	Sanitarista da SES
2003-Atual	TSB7	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejada para gestão SES
2013-Atual	D1	Servidor Público	Dirigente da SES
2011- Atual	D2	Servidor Público	Dirigente da SES
2009-2017	CMS1	Prestador de Serviço	Consultor Técnico do Ministério da Saúde

Fonte: Autoria própria

O presente estudo obteve aprovação no comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), sob parecer de número 1.142.467/2015, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Alguns dados relacionados à trajetória dos entrevistados foram omitidos para preservar a identidade dos participantes.

Quadro 3- Categorias utilizadas para análise das trajetórias dos gestores de saúde bucal de dois estados brasileiros, 2018.

Categorias	Cr�terios
Capital escolar (avaliado pelo n�vel de instru�o)	Alto =Superior completo; Alto-M�dio = Especializa�o; e Alto-Alto = Mestrado/Doutorado
Origem social (classifica�o do capital escolar ¹ e da ocupa�o dos pais)	Muito baixa =pais com ocupa�es de baixa especializa�o e capital escolar baixo ou m�dio (analfabeto ou 1� grau incompleto); Baixa =pais com ocupa�es de baixa especializa�o e capital escolar baixo ou m�dio (1� grau completo ou 2� grau incompleto); M�dia =pais com ocupa�es de especializa�o intermedi�ria e capital escolar m�dio (2�grau completo ou superior incompleto); Alta =pais com ocupa�es qualificadas ou de especializa�o intermedi�ria e com capital escolar alto (superior completo). Alto-Alto = pais com ocupa�es de especializa�o avan�ada e com capital escolar alto (mestrado e ou doutorado)
Forma�o e trajet�ria profissional	Conclus�o de cursos de atualiza�o, p�s-gradua�o (<i>latu sensu</i> e <i>stricto sensu</i>) e atua�o profissional.
Inser�o e trajet�ria na gest�o do SUS (campo burocr�tico)	Entrada no campo da gest�o estadual do SUS, cargos e fun�es exercidos.

Fonte: Adaptado de Cruz¹⁶ e Caldas *et al*¹⁷

Resultados

Origem social e forma o profissional

A trajetória social do grupo estudado foi relacionada   origem social expressa na escolaridade e ocupa o dos pais e as trajetórias escolar e profissional comparadas as de seus genitores (Quadro 4). Considerou-se como detentor de trajetória ascendente o agente social que alcançou escolaridade maior que a de seus pais, trajetória estável o que manteve a escolaridade da gera o imediatamente anterior e descendente o que alcançou escolaridade inferior a de seus pais¹⁸.

Quadro 4- Caracteriza o dos gestores de saúde bucal de dois estados brasileiros de acordo com o sexo, a origem social dos pais (capital escolar e ocupa o) e sua trajetória escolar.

Agente	Sexo	Escolaridade e ocupa�o dos pais	Traj�ria escolar
CSB1	F	M�e: capital escolar alto e ocupa�o qualificada Pai: capital escolar m�dio e ocupa�o de baixa especializa�o	Est�vel
CSB2	F	M�e: capital escolar baixo e ocupa�o de baixa especializa�o Pai: capital escolar alto e ocupa�o qualificada	Est�vel
CSB3	F	M�e: capital escolar baixo e ocupa�o de baixa especializa�o Pai: capital escolar baixo e ocupa�o de baixa especializa�o	Ascendente
CSB4	M	Pai: <i>dados n�o localizados na entrevista</i> M�e: <i>dados n�o localizados na entrevista</i>	

CSB5	F	Mãe: capital escolar alto e ocupação qualificada Pai: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização	Estável
TSB1	F	Pai: <i>dados não localizados na entrevista</i> Mãe: <i>dados não localizados na entrevista</i>	
TSB2	M	Pai: ocupação de especialização intermediária e capital escolar médio	Ascendente
TSB3	F	Mãe: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar alto e ocupação qualificada	Estável
Agente	Sexo	Escolaridade e ocupação dos pais	Trajatória escolar
TSB4	F	Pai: <i>dados não localizados na entrevista</i> Mãe: <i>dados não localizados na entrevista</i>	
TSB5	F	Pai: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização Mãe: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização	Ascendente
TSB6	F	Pai: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto Mãe: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto	Estável
TSB7	F	Pai: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto. Mãe: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto	Estável
D1	M	Mãe: capital escolar muito baixo e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização	Ascendente
D2	F	Mãe: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar alto e ocupação qualificada	Ascendente
CMS1	M	Pai: com capital escolar alto e ocupação qualificada. Mãe: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização.	Estável

Fonte: Autoria própria

Dos doze entrevistados respondentes em relação ao item escolaridade e ocupação dos pais, seis foram classificados com trajetória estável e seis com trajetória ascendente, com equilíbrio no grupo estudado em relação à origem social. Além disso, dentre os entrevistados observa-se a presença majoritária do sexo feminino no campo burocrático estadual da saúde bucal.

Dos quinze entrevistados quatro cursaram a graduação em Instituição de Ensino Superior (IES) privada, nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, Sergipe e Bahia. Os demais se graduaram em IES públicas com sede em Salvador (BA), Curitiba (PR), Feira de Santana (BA), Porto Alegre (RS) e João Pessoa (PB). Em relação à formação profissional é possível identificar que a majoritariamente dos entrevistados com graduação em odontologia realizou especialização ou atualização na área clínica (Quadro 5), cabendo ressaltar que os dois dirigentes entrevistados não têm formação na área de odontologia. Dos entrevistados cujos

currículos encontram-se cadastrados na Plataforma *Lattes*, todos possuem aperfeiçoamento ou especialização na área da Saúde Coletiva.

Quadro 5- Caracterização da formação profissional dos entrevistados, 2018.

Agente	IES	Ano da graduação	Tempo de formado	Pós-graduação (especialidade e ano)
GSB1	Pública	1981	37 anos	2006-2007: Especialização em Saúde Coletiva; 1998-2000: Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva; 1983-1983: Especialização em Endodontia; 1994-1994: Aperfeiçoamento em Ortodontia;
GSB2	Pública	1987	55 anos	2010-2012: Especialização em Gestão em Saúde Pública e Saúde da Família.
GSB 3	Particular			Entrevistado não possuía currículo cadastrado no Plataforma <i>Lattes</i>
GSB 4	Pública	1992	26 anos	2002 – 2006: Doutorado em Direito; 1996 – 1998: Mestrado em Administração; 1995 – 1995: Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva.
GSB5	Particular	2003	15 anos	2007-2009: Mestrado em Saúde Coletiva; 2016-2017: Especialização em Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde; 2013-2014: Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação; 2004-2005: Especialização em Saúde Coletiva Habilitação Sanitarista; 2011-2011: Aperfeiçoamento em Qualificação de Gestores do SUS; 2004-2005: Aperfeiçoamento em Endodontia com Instrumentação Rotatória
TSB1	Pública	2005	13 anos	2008-2010: Mestrado em Saúde Coletiva; 2006-2007: Especialização em Endodontia; 2006-2007: Especialização em Especialização em Saúde da Família; 2005-2006: Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor.
TSB2	Pública	1984	34 anos	2013-2014: Curso de Especialização em Saúde Coletiva; 2003: Título conferido pelo CRO como especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares; 2003-2005: Aperfeiçoamento em Ortodontia
TSB3	Pública	1999	19 anos	2006-2008: Mestrado em Saúde Coletiva; 2004-2006: Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência; 2002-2002: Aperfeiçoamento em Curso de Atualização em Cirurgia Buco Maxilo Facial; 1998-1999: Aperfeiçoamento Endodontia.

Agente	IES	Ano da graduação	Tempo de formado	Pós-graduação (especialidade e ano)
TSB 4	Pública	1978	40 anos	1988-1988: Atualização em Odontologia Sanitária. 1984-1984: Curso de Semiologia-Diagnóstico das lesões da mucosa bucal.
TSB 5	Privada	2004	14 anos	2009-2010: Especialização em Saúde Coletiva; 2012-2012: Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor; 2006-2006: Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor.
TSB6	Pública	1982	36 anos	2006-2007: Especialização em Saúde Coletiva; 2006-2008: Especialização em Saúde da Família com Ênfase Coord. e Gerência de Processo de Trabalho.
TSB7	Pública	1985	33 anos	Entrevistado não possuía currículo cadastrado no Plataforma Lattes
D1	Pública	2001	17 anos	2002-2003: Residência Integrada em Saúde Coletiva.
D2	Privada	1991	27 anos	2014-2015: Especialização em Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde; 2003-2004: Especialização em Saúde Pública; 1992-1993: Especialização em administração de recursos humanos.
AMS	Pública	2005	13 anos	2013-2016: Doutorado em Ciências da Saúde; 2011-2013: Mestrado em Ciências da Saúde; 2007-2007: Terapia Comunitária. 2006-2007: Aperfeiçoamento Endodontia.

Fonte: Plataforma *Lattes* e Pesquisa de campo (2018).

Quanto ao volume de capital escolar onze entrevistados foram classificados em Alto-Médio, possuindo títulos de especialização e os demais classificados como Alto-Alto, possuindo título de Mestrado ou Doutorado. Dos quinze entrevistados, quatro apresentaram indicadores de capital científico, contendo produções acadêmicas, sendo dois professores atuantes em universidades públicas e dois que já atuaram em faculdades particulares. Apenas dois entrevistados, que não são os dirigentes da SES ligados à saúde bucal, têm indicações de disposições políticas, ou seja, filiação ou voto em partido político, ou participação no movimento sanitário, participação em movimentos estudantis, profissionais e sociais.

Trajetórias exemplares no espaço dos possíveis

A inserção dos profissionais no campo burocrático estadual esteve relacionada a alguns elementos comuns como a aproximação com a Saúde Coletiva, falta de identificação

com a prática clínica, entrada no serviço pública via concurso, experiência com a gestão municipal, indicação por rede de relações políticas e profissionais e como uma alternativa de trabalho para profissionais que se afastaram da clínica em decorrência de problemas de saúde.

“No percorrer da trajetória do exercício da profissão eu fui me aproximando da Saúde Coletiva por sentir a necessidade como profissional que faltava alguma coisa para que você executasse junto ao paciente. Então foi assim meio que visceral... fui me aproximando da SC.” (CSB1)

“A gestão foi basicamente porque eu era dentista da SES no interior e eu comecei a ficar doente e consegui uma transferência para cá. Eu sempre quis trabalhar com a população, mas achava difícil, não tinha nada de saúde pública no sentido de graduação. (TSB2)”

Da disposição política inicial e ocupação de cargos no campo burocrático e o desgosto pela política

Um caso-exemplar no espaço dos possíveis é o agente social que se forma dentista mas ‘não tem afinidade com a clínica’ e busca, a partir de disposições e militância política, outras formas de contribuição e posição no espaço.

“Eu não tinha muita afinidade com as atividades clínicas. Eu fiz outra graduação [...] assumi coordenação de saúde bucal do estado [...] então minha trajetória foi de seis anos [...] participei da campanha [...] até parte da minha indicação se deve a esse trabalho político anterior. [...] hoje sou professor e eu estou afastado nesse momento do SUS”. (CSB4)

Contraditoriamente outros agentes sociais inseridos no campo burocrático negaram o que intitularam como uma “política partidária”, assumindo o desgosto pela política.

“[...] Porque tem uma coisa que eu sou muito resistente é à política mesmo, política partidária, deliberadamente eu me afasto”. (CSB1)

Da angústia e inquietação com o serviço público, do amor à clínica ao campo burocrático

A entrada de mulheres no serviço público como dentista marca o início da trajetória que pode levar à posição de gestão do serviço. Esta entrada geralmente é marcada por uma “inquietação” pelas dificuldades na assistência.

“Eu vi que o serviço não era cem por cento, muito mais em função das pessoas que estavam trabalhando do que da própria estrutura, porque na época nunca me faltou material, eu tinha material inadequado, mas nunca me faltou material [...] então a gente se aproxima...foi o momento que eu fui me aproximando da coordenação estadual”. (CSB1)

Uma questão geracional: redução do mercado privado e a expansão do campo da Saúde Coletiva

A passagem da trajetória também pode ser marcada pela busca do campo público como uma alternativa de ganho estável paralela à realização de especializações ou atualizações, como forma de se adequar à alta competitividade do subespaço privado da odontologia, conforme também apontaram Chaves e Vieira-da-Silva¹⁸.

“Depois da minha graduação, atuando na estratégia de saúde da família, porque na minha época, estava bem difícil o mercado de consultório e eu fui trabalhar em uma prefeitura no interior [...] então eu fiz e paralelo a isso, eu saí da faculdade. Como eu tive um processo de desenvolvimento na Endodontia, eu fiz uma especialização em Endo e uma atualização em Cirurgia Oral Menor. Então eu fiquei nessas três áreas concomitantemente”. (TSB1)

Contraditoriamente, no caso dos agentes mais velhos, que se formaram na “era de ouro” da odontologia¹⁹, a passagem da odontologia de mercado para o campo burocrático da gestão pode ser revelada como uma necessidade tornada virtude, levando a escolhas ajustadas, sendo o indivíduo detentor do que gosta porque gosta do que tem. O ajuste ao campo burocrático também pode ser compreendido como uma “alegria” e naturalidade de como as disposições dos agentes se assemelham às exigências que determinado campo impõe aos que nele pretendem ingressar. Além da escolha como um gosto de luxo ou de liberdade, haja visto a construção de uma trajetória pregressa que garantiu a posse de um capital, distanciando o agente da necessidade¹⁵.

“Quando eu comecei a ter responsabilidades pela coordenação, eu comecei a desmarcar muitos pacientes e isso causava um transtorno. Então isso foi aos poucos... você começa a notar que está gastando muito para manter um consultório e aí você pensa o que você quer para sua vida... Então foi mais ou menos isso que aconteceu, mas eu ainda aguentei o consultório dando prejuízo por alguns anos”. (CSB2)

“Eu não podia ficar recebendo o que eu recebo hoje como sanitaria da SES... eu não teria como formar os meus dois filhos só com esse salário. Hoje eu consigo estar aqui e dedicar 40 horas da minha vida porque eu já fiz o que eu precisava e eu tenho uma situação de conforto hoje nesse sentido. Então eu posso me dar já esse luxo..., mas eu nunca pude”. (TSB6)

O campo burocrático é dotado da intuição e vontade do “interesse universal”, portanto um instrumento racional encarregado de realizar o interesse geral¹³. A “gestão por amor” pode revelar uma disposição incorporada do campo burocrático, um *habitus* do campo, um discurso do “bem comum”, o interesse pelo desinteresse econômico.

“Ninguém quer vir para a gestão porque perde insalubridade, o salário é muito baixo. Então você tem que estar na gestão por amor. Se existe alguma dúvida de quem está na gestão, em envolvimento não há”. (CSB5)

Ainda como *habitus* característico do campo burocrático estadual identificou-se uma necessidade de o agente ir em busca de respaldo técnico para o exercício da função, além de contestar determinadas práticas instituídas que prejudicam o andamento do campo.

Influência do espaço de origem do campo odontológico e a ambivalência da identidade

Em vista do campo da Saúde Coletiva ainda se tratar de um campo em construção²⁰. O presente estudo revelou que a identidade também é uma questão em jogo no espaço social da saúde bucal na interface com o campo burocrático e a Saúde Coletiva. Dessa forma, os dentistas que dele participam estão divididos entre o desejo de reconhecimento como pertencentes ao campo da Saúde Coletiva, intitulando-se como sanitaristas ligados ao campo burocrático, e o resguardo de sua identidade profissional de origem como dentistas, avaliando que a carreira de dentista agrega valor e experiência à carreira de gestor, o que caracteriza uma ambivalência de identidade, decorrente da forte influência exercida pelo campo de origem.

“Eu sou odontóloga e sanitarista, e trabalho na gestão estadual da atenção básica. Tem muitos colegas que falam: “- Ah, eu deixei de ser odontóloga”. Isso eu nunca vou deixar de ser, eu sou apaixonada, para onde eu vou, essa paixão, ela não vai sair [...] a saúde bucal, mexe muito comigo, porque eu sei que eu posso contribuir muito. Eu tenho a obrigação desse acúmulo que eu fiz de conhecimento. (TSB5)

“Se eu sou sanitarista hoje é porque antes eu sou dentista. A odontologia para mim é a minha linha guia. O pessoal diz: “- Lá vem ela com dentes... tudo coloca dente no meio”. (TSB6)

Em contrapartida, observaram-se também pontos de vista que denotaram perda da identidade profissional de origem na tomada de posição para o campo burocrático, seja pela incorporação tácita do *habitus* do novo campo ou por uma ruptura radical com a formação de origem.

“A profissão de dentista ficou perdida nesse caminho há muito tempo. Até o início do meu trabalho lá na saúde bucal, eu tinha consultório”. (CSB2)

O gosto pela clínica e a necessidade pela gestão

Foi possível identificar um deslocamento para a gestão no campo burocrático no espaço dos possíveis oferecido objetivamente no período da municipalização da saúde, que levou muitos dentistas a escolhas objetivas em relação às mudanças do contexto.

“Porque a partir do momento que acabou o Instituto de Assistência e Previdência, que foi extinto [...] Então, ela [representante da SES] chamou todas os dentistas que tinham ficado sem realocar dentro do auditório [...] e nos comunicou quais eram os locais que tínhamos para lotação e isso foi algo bem traumático.

Acho que para muita gente lá, porque não havia interesse da minha parte de ir para um plantão em um hospital, como eu sei que muitas amigas sofreram muito, mas mantiveram isso porque queriam garantir o horário do consultório. Então elas enfrentaram até plantões noturnos em hospitais, e começaram a pegar milhões de coisas que não tinham nem ideia do que fazer na hora do atendimento [...] aí eu me acomodei de ir para a diretoria regional”. (CSB2)

O espaço dos possíveis é compreendido como as probabilidades de trajetórias do agente tendo em vista as condições históricas. Assim, as “escolhas objetivas” são aqueles gostos de “necessidade”, ou seja, essa escolha está relacionada concretamente à proximidade com a necessidade econômica.

Houve ainda a passagem de diferentes posições na trajetória no campo burocrático em decorrência de problemas de saúde. Nesse caso, os agentes sociais revelaram forte apreço pela clínica, porém por uma incapacidade física decorrente de doença somada a uma necessidade de manter seu vínculo, optaram pelo campo burocrático estadual como uma “escolha objetiva legítima”.

“[...] desenvolvi problemas de saúde (grifo nosso), o que me impossibilitou de continuar trabalhando. Fiquei sem andar, e aí comecei meu tratamento de saúde... E aí descobri pelo INSS que não poderia ser mais dentista [...] já tinha esse desejo de dar aula ou trabalhar na gestão, mas o que me levou mesmo foi a incapacidade de estar na cadeira”. (CSB5)

Condições históricas de possibilidade da saúde bucal no nível estadual

Com a implantação do SUS e o conseqüente processo de descentralização e municipalização, o estado perdeu sua atuação na prestação dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, ocorrendo uma “crise” em relação à redefinição de suas funções e ainda vem se readequando e conformando sua nova identidade enquanto gestor.

“[...] depois que a gente teve a municipalização da saúde, toda descentralização que foi extremamente importante, o estado quando perde um pouquinho, o incentivo estadual é quase nada, então quando ele perde o poder de barganha, quando ele não dá mais dinheiro para o município, dá muito pouco, ele também é pouco respeitado pelos municípios, porque o papel do estado, durante muito tempo e talvez ainda esteja muito perdido com essas mudanças e com essa desvalorização, inclusive do estado dentro dessa hierarquização de distribuição de tarefas para se fazer cumprir a política. Eu vejo que a gente teve um papel de desvalorização nesse sentido. (TSB1)”.

Nesse contexto, a PNSB surgiu como uma “alavanca” na condução de uma maior atuação dos estados no fortalecimento da política, requerendo novas atribuições dos estados nos níveis secundário e terciário na atenção em saúde bucal. No entanto, nota-se uma relação

estabelecida entre a “perda de poder” do estado e sua resistência em relação a sua contrapartida financeira, ocasionando uma desvalorização desta esfera em relação às demais, dificultado o fortalecimento da atenção em saúde bucal.

“O estado tem uma função importante, mas um tanto limitada. O estado ajuda bastante o ministério com essa ponte que eles fazem em relação aos municípios, de ajudar os municípios a implementar a política. Só que aí eu percebo pela experiência lá em Brasília, que os estados que não tinham financiamento específico para a saúde bucal apresentavam maiores dificuldades em implementar essas políticas”. (CMS)

Existe um consenso em relação à ideia de três funções básicas do estado, que atua como apoiador dos municípios, planejador e executor de ações de Educação Permanente e colaborador do Ministério da Saúde, guardando coerência com as principais competências da esfera estadual definidas por lei. Como possibilidades vislumbradas de novas funções destacam-se a responsabilidade de equipar os consultórios e o papel de “guardião” da memória das ações de saúde bucal realizadas nos municípios.

“[...] Uma das formas que a gente também previu de indução é equipar os consultórios de odontologia, a gente conseguiu negociar e captar recursos de emenda parlamentar e com isso disponibilizar equipamentos para atenção básica, que é uma forma também de incentivar, induzir e qualificar a atuação desse profissional”. (D1)

Como consequência de um momento político oportuno, desencadeado principalmente pela publicação das Diretrizes da PNSB em 2004, os estados vivenciaram um momento de “efervescência” no que se refere às condições de possibilidade para fortalecer a odontologia pública nos municípios. Outro ponto de vista vincula o fortalecimento da saúde bucal na atenção básica como uma consequência do momento de expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e não como uma necessidade priorizada pelos gestores e população.

No entanto, é possível notar uma falta de sustentação desta “efervescência” ao longo do tempo pela escassa presença de representantes da saúde bucal em espaços decisórios e estratégicos, sendo a pauta da saúde bucal nestes espaços limitada às questões operacionais.

“Eu acho que ainda a saúde bucal ainda ocupa poucos espaços decisórios, e tem poucas pessoas que fazem a defesa da saúde bucal. Muitas vezes eu me sinto assim em alguns espaços tipo Câmara Técnica da Atenção Básica no CONASS, que é um espaço extremamente privilegiado, a disputa ali dentro é muito grande e é um espaço decisório, muito privilegiado e aí são poucos os diretores da Atenção Básica que fazem a defesa da saúde bucal. (D1)

Identificam-se também como os principais obstáculos da esfera estadual, a dependência financeira relacionada à política nacional, poucas perspectivas de mudanças

positivas em relação à sustentação da PNSB no atual contexto nacional, dificuldade dos municípios de realizarem consórcios de saúde para atenção secundária e terciária, resistência do estado em prover contrapartida financeira à saúde bucal e poucos avanços na atenção terciária e na fluoretação.

Foi unânime o pensamento de que as condições históricas e políticas no âmbito nacional relacionadas ao período de 2004 a 2015 possibilitaram a indicação de um representante militante para a coordenação nacional de saúde bucal, o que muito influenciou no crescimento exponencial do financiamento para a área da saúde bucal.

Além disso, a inclusão da saúde bucal no PMAQ, o aumento da cobertura das Equipes de Saúde Bucal, a institucionalização da atenção especializada por meio do CEO, as ações de educação permanente por meio do Telessaúde, a doação de equipamentos por parte do Ministério da Saúde aos municípios, as Unidades Móveis Odontológicas (UMO), o aumento dos postos de trabalho para a odontologia no setor público constituíram elementos facilitadores para o fortalecimento da saúde bucal no âmbito estadual, ou seja, a indução federal potencializou e fortaleceu a gestão estadual da saúde bucal.

Discussão

Este estudo revelou que majoritariamente os agentes se graduou em instituições públicas, com equilíbrio no grupo estudado em relação à origem social. A inserção no campo burocrático estadual foi influenciada pela disposição voltada ao campo burocrático, angústia e inquietação com o serviço público, redução do mercado privado e a expansão do campo da saúde coletiva. A trajetória dos agentes evidenciou a interseção muito baixa do campo burocrático da saúde bucal com os campos político e científico, além da baixa disposição política dos agentes da burocracia estatal.

O investimento na qualificação profissional relacionada à pós-graduação em Saúde Coletiva parece ser uma característica do “senso prático” dos gestores do campo burocrático estadual, além da passagem e da experiência adquirida no campo burocrático municipal. Também parece haver indícios de um *habitus* do campo burocrático relacionado a um discurso do “bem comum”, demonstrado no interesse pelo desinteresse econômico, a busca de respaldo técnico para o exercício da função e a contestação de práticas instituídas que prejudicam o andamento do campo. Uma das funções da noção de *habitus* é a de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes⁹.

Para Bourdieu, não é ao acaso que os indivíduos se deslocam no espaço social, porque por um lado eles estão submetidos a mecanismos objetivos de eliminação e de orientação como uma forma de “ajuste” ao espaço, e por outro porque suas propriedades sob forma de disposições ou no estado objetivo, por meio de bens, títulos, entre outros, opõem-se às forças do campo. Assim, a passagem de uma trajetória para outra, além de depender muitas vezes de acontecimentos coletivos ou individuais descritos como acasos felizes e infelizes, também depende das disposições daqueles que vivenciaram tais eventos¹⁵. Portanto, a análise das trajetórias dos agentes pode trazer evidências das relações estabelecidas entre a saúde bucal e o campo burocrático.

Dos quinze entrevistados pertencentes ao campo burocrático estadual, três não apresentavam currículos cadastrados na Plataforma Lattes. Os currículos identificados com atualização realizada em menos de 60 dias estavam relacionados aos agentes que mantêm atividade na docência, denotando a importância dada por estes agentes que também transitam no campo científico. No entanto, majoritariamente o grupo não havia realizado atualização recente do Lattes, o que pode revelar uma ausência de interseção com o campo científico por parte do grupo estudado, considerando que esta plataforma se apresenta como um instrumento relevante para o campo científico.

Cabe ressaltar que o espaço da Saúde Bucal Coletiva emergiu do esforço dos agentes na implantação das políticas de saúde bucal no âmbito dos serviços públicos odontológicos especialmente municipais. Portanto sua emergência se deu no campo burocrático para depois de se desenvolver no campo científico⁶, diferentemente do campo da Saúde Coletiva, que foi constituído sobretudo no interior do campo científico, porém com grande interseção com os campos político e burocrático⁵. Após a análise das trajetórias dos agentes estudados, evidenciou-se ausência de uma interseção do campo burocrático da saúde bucal com os campos político e científico.

A baixa disposição política do grupo estudado é expressa pelo baixo volume de capital político, sendo que apenas um entrevistado apresentava filiação ou militância em partidos políticos e movimento sociais, além do “desgosto pela política”. Esta disposição pode revelar uma dificuldade do gestor na implantação de políticas de saúde bucal²². Estudo recente revelou que a construção da resposta do Estado variou sobretudo em função das características dos agentes que coordenaram a saúde bucal no âmbito nacional, seu campo de domínio, seu grau de acumulação de capital burocrático, político e científico⁴.

Há um grupo predominante composto majoritariamente por mulheres com disposição sanitária revelada na inquietação com as limitações do serviço público odontológico,

expressando seu “amor pela clínica” e sua tomada de posição ao campo burocrático, no sentido de buscar melhorias para o serviço público de odontologia, movido pela vontade do “interesse universal”.

Outro achado relevante é evidenciado numa questão geracional, em que por um lado a geração de novos dentistas busca o campo da Saúde Coletiva como alternativa à redução da odontologia de mercado e por outro a geração de dentistas antigos que se beneficiaram do mercado privado da odontologia liberal busca a Saúde Coletiva com uma disposição de sacrifício pessoal, abdicando da clínica (distância em relação ao econômico) na busca pelo bem comum.

Para Bourdieu⁹, o campo burocrático exige com maior insistência a submissão ao universal, sendo reconhecido como legítimo no esforço da passagem do ponto de vista singular e egoísta do indivíduo ao ponto de vista do grupo, numa manifestação de reconhecimento do valor do grupo. Pode-se dizer que houve o encontro entre as condições históricas objetivas e a trajetória de dentistas da antiga geração, com a criação do SUS e a conseqüente municipalização dos serviços de saúde e redefinição das funções da esfera estadual.

Além disso, a ambivalência de identidade²¹ decorrente da forte influência exercida pelo campo de origem da odontologia pode dificultar as disposições de luta dos dentistas no interior do campo burocrático estadual. De acordo com Vieira-da-Silva^{5,21} a ambivalência de identidade profissional é uma característica do campo da Saúde Coletiva, tendo em vista que uma nova identidade profissional ainda não foi consolidada no campo, levando à manutenção da identidade da profissão de origem.

Evidenciou-se um grupo que se afastou da clínica por limitação de saúde, que se inseriu no campo burocrático da gestão como uma alternativa ao campo odontológico público e manutenção do vínculo com o estado como uma “escolha objetiva”. A passagem de trajetória desses agentes sociais se manteve possivelmente atrelada às disposições familiares, considerando a origem social dos pais e sua ascendência em relação à família. Observa-se assim o princípio das diferenças entre os gostos de luxo e os gostos de necessidade¹⁵. No caso desses agentes, a opção pelo campo burocrático se deu pelo ajuste e pela necessidade, diferentemente da opção como um gosto de luxo, onde já existia a garantia de posse de um capital que permitisse a opção pela gestão, diante dos baixos salários.

A construção do espaço burocrático estadual da saúde bucal, como todo processo de surgimento de espaços sociais, se apresenta com complexidade e não está relacionado a uma

determinação direta das estruturas sociais, tampouco a uma ação racional planejada por um conjunto de agentes sociais que orientaram suas trajetórias nesta direção. Seu entendimento necessita de uma clarificação do espaço das posições e das tomadas de posição dos agentes envolvidos com a produção de saberes e práticas sobre a saúde bucal na sociedade, bem como das condições históricas que tornaram possível a sua constituição⁵.

Considerações finais

Este estudo apontou evidências de estratégias de entrada dos dentistas no campo burocrático estadual. A busca pela formação em Saúde Coletiva destes agentes pode revelar um movimento voltado para o ajuste da profissão de origem à SC, “um senso prático”, denotando uma necessidade dos saberes e das práticas da SC na condução dos processos de gestão. Identificou-se uma tendência dos dentistas do campo burocrático estadual a se concentrar no próprio campo burocrático, com poucas interseções com os campos político e científico.

O encontro entre as trajetórias exemplares individuais e o campo burocrático no presente estudo revelou que o agente social não apresentava um “projeto em mente” quando fez a opção pelo serviço público, e sim um trajeto em busca do “sentido do jogo” e de ações condizentes com seus interesses que se construiu no encontro do agente com outros agentes no espaço social em formação. Além disso, as condições históricas de possibilidade criadas com a implantação da PNSB direcionaram ações de saúde bucal mais seguras e estabelecidas entre aquelas que já estavam socialmente constituídas.

O presente estudo não tomou como objeto a construção da estrutura do campo burocrático estadual da saúde bucal. No entanto, por meio da análise das trajetórias exemplares dos agentes envolvidos na pesquisa, identificou-se uma ausência da construção do próprio campo burocrático estadual da saúde expresso na falta de clareza da atuação da esfera estadual na implantação das políticas de saúde bucal aliado ao enraizamento da profissão de origem dos agentes.

A presente pesquisa apresenta algumas limitações, sobretudo por não ter desenhado o espaço das posições e as tomadas de posição dos agentes envolvidos no campo burocrático estadual a nível nacional. Uma melhor compreensão acerca das relações entre os dentistas e o campo burocrático estadual requer uma análise mais completa com todos os agentes que ocupam esta posição sobre a arquitetura e a dinâmica desse campo e das questões em jogo. No entanto este tudo poderá servir de linha de base para estudos subsequentes que envolvam uma

gama mais ampla de profissionais que ocupam posições no campo burocrático dos diversos estados brasileiros.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Câmara dos Deputados. Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884. Dá novos Estatutos às Faculdades de Medicina. Coleção das Leis do Império do Brasil de 1884. Rio de Janeiro: Typografia Nacional, 1885. p. 478-552.
- ² Brasil. Lei nº 5.081, de 24 de agosto 1966. Regula o exercício da Odontologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1966.
- ³ Ferrari, MAMC. História da odontologia no Brasil – o currículo e a legislação entre 1856 a 1931. 2011. 109 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ⁴ Rossi, TRA. Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2018.
- ⁵ Vieira-da-Silva, LM. Gênese sócio-histórica da saúde coletiva no Brasil. In: Lima, NT.; Santana, JP.; Paiva, CHA. (Orgs.) Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história[online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015. p. 25-48.
- ⁶ Soares, CLM. A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil. 2014. 180 f. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- ⁷ Morita, MC.; Haddad, AE; Araújo, ME. Perfil atual e tendências do CD Brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010.
- ⁸ Martin, PN. Estruturação da gestão e perfil profissional dos coordenadores de saúde bucal na Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. 2011. 88 f. Tese (Doutorado)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2011.
- ⁹ Bourdieu, P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- ¹⁰ Bourdieu, P. The forms of capital. In: Richardson, JG. (Ed.) Handbook of theory and research for the sociology of education. New York, 1986. p. 241-258.
- ¹¹ Bourdieu, P. Questões de sociologia. Lisboa: Fim de Século, 2003.

¹² Bourdieu, P. As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

¹³ Bourdieu, P. Sobre o Estado. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

¹⁴ Currículo *Lattes*, 2018. Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>. Acesso em: 08 abr. 2019

¹⁵ Bourdieu, P. A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre, RS: Zouk, 2015.

¹⁶ Cruz, DN. Desigualdades na utilização dos serviços odontológicos: posição e tomadas de posições no espaço social. 2015. 157f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

¹⁷ Caldas, AS e col. A política de saúde bucal em um município baiano: os agentes da burocracia estatal. *Saúde Debate* [online], Londrina, v.42, n.119, p.886-900, 2018.

¹⁸ Chaves, SCL.; Silva, LMV. da. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc. Saúde Colet.* [online], Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1697-1710, 2007.

¹⁹ Zantetti, CHG. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. *Anais Universitários[...]* Série Ciências Sociais e Humanas, v.1, n.6, 1999.

²⁰ Vieira-da-Silva, LM. Salud Colectiva brasilena: arquitectura y dinamica de un campo. *In: Castro, R.; Suarez, HJ. (Org.) Pierre Bourdieu en la sociologia Latinoamericana: campo y habitus.* Cuernavacas: Universidad Nacional Autonoma de México, 2018. p. 143-166.

²¹ Reis, CR.; Costa-Souza, J.; Vieira-da-Silva, LM. Análise da inserção dos nutricionistas nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: identidades, trajetórias e tomadas de posição. *Saúde Debate* [online], Londrina, v. 42, n. spe2, p.275-285, 2018.

²² Soares, CLM.; Paim, JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], [s.l], v.27, n.5, p.966-974, 2011.