

em defesa da pesquisa

As mulheres no espaço social brasileiro pela saúde bucal da pessoa com deficiência

The women in the Brazilian social space for oral health of disabled persons

Carla Maria Lima Santos¹

¹Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida – Área da Saúde Coletiva, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: cmlsantos@uneb.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8620-2313>.

Sônia Cristina Lima Chaves²

²Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: schaves@ufba.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>.

Ana Maria Freire de Souza Lima³

³Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, Bahia, Brasil. E-mail: anamariafreire@ufrb.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>.

Sisse Figueredo de Santana⁴

⁴Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: sissesan@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8336-2300>.

Submetido em 21/05/2021. Aceito em 30/01/2021.

insurgência

InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais, v. 8, n. 2, 2022
ISSN 2447-6684



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons 4.0.
Este trabajo es licenciada bajo una Licencia Creative Commons 4.0.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0.

Carla Maria Lima Santos · Sônia Cristina Lima Chaves
Ana Maria Freire de Souza Lima · Sisse Figueredo de Santana

[510]

As mulheres no espaço social brasileiro pela saúde bucal da pessoa com deficiência

Resumo: Este estudo sócio-histórico, com abordagem na sociologia reflexiva de Pierre Bourdieu, buscou compreender as contribuições de mulheres no espaço social pela atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência (PcD), no Brasil, entre 1970 e 2012. Trajetórias, posições, disposições e tomadas de posição foram analisadas nas 14 entrevistadas. O estudo revelou que houve influência de mulheres na articulação com o Estado para incorporação das categorias de pensamento dos movimentos sociais. Essa atuação foi mais evidente nos espaços associativos da PcD, ainda que o campo odontológico tenha pioneirismo feminino no campo burocrático. Diante das condições sócio-históricas de possibilidades, ter maior capital burocrático, habitus político, ser de religião católica e estar no campo burocrático na época de formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) foram características das agentes no campo do poder.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Saúde bucal. Mulheres. Movimentos sociais.

Abstract: This socio-historical study, with an approach based on Pierre Bourdieu's reflective sociology, sought to understand the contributions of women in the social space for oral health care for people with disabilities (PwD), in Brazil, between 1970 and 2012. Trajectories, positions, dispositions, and taking positions were analyzed in the 14 interviewees. The study revealed that there was an influence of women in the articulation with the State to incorporate the categories of thought developed by social movements. This performance was more evident in the associative spaces of PwD, even though the dental field has pioneered women pioneering in the bureaucratic field. Given the social-historical conditions de possibilities, having greater bureaucratic capital, political habitus, being of Catholic religion and being in the bureaucratic field at the time of formulating the National Oral Health Policy were characteristics of the agents in the field of power.

Keywords: Disabled persons. Oral health. Women. Social movements.

Introdução

O exercício do poder ocorre em diferentes campos do espaço social, mas é no Estado que se configura o “campo do poder”, enquanto um “metacampo”, detentor de um “metacapital”, capaz de exercer poder sobre outras espécies de capital, particularmente, sobre os valores de troca entre eles. É um espaço disputado pelos dominantes de todos os campos. Nessa perspectiva, o campo burocrático estatal é, portanto, espaço onde a formulação das políticas públicas expressa os consensos admitidos pelos agentes sociais que ocupam o campo do poder, num momento historicamente datado (BOURDIEU, 2001; 2014).

Enquanto política pública, a Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB pode ser considerada a primeira a propor organização de serviços odontológicos públicos para a pessoa com deficiência (PcD) no Brasil (BRASIL, 2004a; 2004b; SANTOS,

2019). Inquéritos epidemiológicos em saúde bucal e censos demográficos revelaram a magnitude de dois problemas sociais: a pessoa com deficiência (PcD) e as necessidades de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004b; IBGE, 2000; 2010).

Somados à invisibilidade da PcD, e da omissão ou pouca ação do Estado quanto à atenção à saúde bucal da população brasileira, estudos mostram uma construção social ainda hegemônica, na qual as mulheres protagonizam o cuidado nos ambientes domésticos, principalmente às PcD, mas o campo do poder, tem dominação masculina (MIGUEL, 2011; FERNANDES, 2011; VITALE; NAGAMINE, 2018). Identificar, no campo do poder, as contribuições de mulheres para reconhecimento do Estado das necessidades em saúde, possibilita visibilizar uma sócio-historicidade de silenciamento feminino em prol do discurso masculino.

A análise empírica do espaço social brasileiro desvela a falácia do discurso patriarcal ao compreender que a transversalidade dos dois problemas sociais (necessidades em saúde bucal e pessoas com deficiência) ocorreu com protagonismo de mulheres pertencentes ao campo burocrático, campo odontológico e espaços associativos da PcD. O campo, como subespaço do espaço social, tem autonomia relativa em relação aos demais campos, com leis próprias. A heterogeneidade dos grupos em prol da pessoa com deficiência não os dispõe em um campo social estruturado no sentido de Bourdieu (1996; 2001), assim eles compõem os espaços associativos (BOURDIEU, 2001; HADDAD, 2008; SANTOS, 2019).

Nos antecedentes do processo político brasileiro, a Organização das Nações Unidas (ONU) proclamou que o ano de 1981 seria o Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Como estratégia política, em 1980, entidades brasileiras organizaram a representação nacional denominada Coalizão Pró-Federação Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes. A Coalizão é considerada uma resposta social à chamada da ONU (LANNA JÚNIOR, 2010; CRESPO, 2012).

Com o processo de redemocratização, no início da década de 1980, os movimentos sociais das PcD assumiram espaço nos debates políticos na Assembleia Constituinte de 1986 e na agenda para a Constituição Federal de 1988. Importante destacar a heterogeneidade dos espaços associativos, embora todos militem com pautas à PcD. Em 1986, foi criada a Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, responsável pela proposição de políticas públicas direcionadas à PcD. Entre a normatização e a implementação, análises dos contextos sócio-políticos mostram momentos de fluxos e refluxos das políticas públicas de saúde, incluindo aquelas que são objetos de interesse nessa pesquisa: pessoa com deficiência,

saúde bucal, movimentos sociais e mulheres no campo do poder (FAGNANI, 2011; MIGUEL, 2011; PIRES e BOTAZZO, 2015; HOCHMAN *et al*, 2017).

Assim como as entidades representativas da PcD, o campo odontológico brasileiro iniciou um subespaço para o atendimento aos pacientes com necessidades especiais, no qual a pessoa com deficiência é contemplada. Os agentes do campo odontológico não tinham aproximação com o campo burocrático, como os da PcD tinham no final da década de 1980, ainda que a Coordenação Nacional de Saúde Bucal também tenha sido criada em 1986. Além disso, o movimento da saúde bucal coletiva no Brasil só foi ocupar posições de maior poder na burocracia estatal no período de formulação da PNSB em 2003 (CHAVES, 2016; ROSSI, 2016).

No Brasil, a formulação e implementação das políticas de saúde da pessoa com deficiência pode ser considerada recente. Embora a aproximação feminina ao campo do poder tenha sido apontada em alguns estudos, desde o início da Nova República brasileira, essa participação robusta emergiu nos achados empíricos sobre necessidades de saúde bucal, pessoa com deficiência e reconhecimento do Estado para as duas problemáticas. A análise do espaço social que mapeou a formulação dessas políticas revelou o protagonismo de mulheres oriundas de diferentes campos sociais. Trata-se de um caso particular dentro do universo de possíveis históricos que ao mesmo tempo resgata essa participação, aponta caminhos de uma construção possível e contribui para o debate sobre a invisibilidade histórica das mulheres no campo do poder e nos estudos acadêmicos (FAGNANI, 2011; SANTOS *et al*, 2015; VITALE; NAGAMINE, 2018; SANTOS, 2019).

Assim, o presente estudo analisou as contribuições e trajetórias de mulheres que trouxeram visibilidade à necessidade de saúde bucal da pessoa com deficiência para reconhecimento político pelo Estado brasileiro. Entendida como problema social, a luta pela atenção à saúde bucal da PcD foi norteadora nas análises com vistas à compreensão das contribuições sócio-políticas das mulheres identificadas no espaço social.

1 Material e métodos

Este foi um estudo sócio-histórico, de enfoque qualitativo, com abordagem da sociologia reflexiva de Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1996; 2001; 2009) para compreensão das contribuições das mulheres no espaço de luta pela atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência (PcD). O período temporal definido foi da década de

1970 a 2012, por marcarem, respectivamente, o início da organização brasileira dos movimentos sociais que tinham centralidade nas necessidades da PcD e a normatização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012). Esse espaço de luta foi analisado enquanto um espaço social, através das redes de relações entre os agentes sociais, suas posições, disposições e tomadas de posição (BOURDIEU, 1996). Assumiu-se como marco para análise das trajetórias sociais, os investimentos no jogo político e contribuições das mulheres.

A escolha dessa abordagem se deu pelo reconhecimento da história como recurso metodológico para análise da realidade e ruptura com o senso comum, sendo uma das principais formas do pesquisador enfrentar os fenômenos de “ilusão nominal” e de “amnésia da gênese”, que envolvem o esquecimento ou omissão dos conflitos e ambiguidades existentes na emergência dos processos sociais (BOURDIEU, 1985; 2014).

As estratégias de pesquisa foram a análise documental de publicações governamentais com acesso livre e entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas para triangulação com os demais achados. Trata-se de um estudo resultante da tese de doutorado em Saúde Pública, Construção social da atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência no Brasil, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, número do parecer 2.235.552, CAAE 70605317.4.0000.5030, defendida na referida instituição, em 2019. Na tese foram entrevistados 30 agentes, sendo 16 homens (53,3%) e 14 mulheres (46,7%), nominados por ordem de entrevista de E1 a E30. A seleção dos agentes foi definida pelos critérios de terem ocupado cargos no campo burocrático brasileiro no período analisado ou terem participado ativamente nos espaços associativos do campo odontológico e da pessoa com deficiência, complementados pela técnica da bola de neve (*snow ball*). Aqui foram destacados os discursos das 14 mulheres. Além das entrevistadas, relatos sobre outras mulheres na luta pela visibilidade da PcD foram descritos, entretanto o anonimato das entrevistadas foi preservado. Os nomes citados emergiram da análise documental e dos discursos.

O espaço social é relacional e construído pelas posições dos agentes sociais, coexistentes e portadoras de um conjunto de disposições incorporadas, o *habitus*. As trajetórias sociais e volume de capitais das entrevistadas foram analisados. A trajetória social é definida pela comparação da origem social do agente e a posição ocupada na análise. Foram adotados três sentidos possíveis: ascendente, estável e descendente. O capital, como recurso acumulado, tem peso mutável a depender das disposições

adotadas e a soma deles estabelece o volume de capitais (BOURDIEU, 1996; 2001). A distribuição dos agentes no espaço social é produto da acumulação desigual de diversos tipos de capital, sendo fundamental para compreensão das relações de dominação, sobretudo em sua dimensão simbólica de ocupação do campo do poder (BOURDIEU, 2014).

Esse espaço é formado por campos sociais, considerados como subespaços com homologias, autonomias relativas e leis específicas, aos quais agentes sociais pertencem, embora possam transitar em mais de um campo. Nesse estudo, as entrevistadas foram agrupadas conforme seu pertencimento, aos campos: a) burocrático; b) odontológico e c) espaços associativos da PcD. A legitimação dos campos sociais busca superar a amnésia da gênese na constituição dos mesmos, bem como reconhecer os agentes sociais dominantes assumidos como porta-vozes. A análise empírica dos grupos da pessoa com deficiência, no espaço social brasileiro, evidenciou uma heterogeneidade e organização estrutural que não coaduna com o conceito de campo social. Diante disso, esse estudo assumiu o entendimento de que os movimentos sociais ocupam espaços associativos da PcD, sem ainda ter arquitetura de campo (BOURDIEU, 1985; 2001; 2009).

O Estado é compreendido como campo do poder e como um metacampo, com metacapital. E, ainda que a presença de um agente social, no campo do poder, possa sugerir o contínuo exercício de dominação, é possível identificar a existência de dominantes no polo dominante, descritos como fração de dominantes. A *illusio* é também uma categoria da análise de Pierre Bourdieu para identificar os investimentos dos agentes nas disputas ao interior do campo, no qual há um cenário de lutas para sobreposição das categorias de pensamento das frações de dominantes entre os dominantes e para que sejam regulamentadas pelo Estado (BOURDIEU, 2001; 2014).

Como a Política Nacional de Saúde Bucal é considerada o marco legal da entrada da saúde bucal à PcD na agenda governamental, os capitais identificados foram qualificados usando o ano de 2004 como recorte temporal. Dos capitais possíveis, foram analisados cinco capitais: a) burocrático (CB); b) científico (CC); c) militante (CM); d) político (CP) e e) odontológico (CO). O capital odontológico foi considerado apenas às profissionais graduadas em Odontologia, independente do campo social predominante que ocupa(va)m em 2004. Seu emprego foi utilizado para identificar quais eram dominantes dentre as entrevistadas graduadas em Odontologia. Cada capital foi qualificado e quantificado (valores atribuídos): a) muito alto (4); b) alto (3); c) médio (2); d) baixo (1); e) muito baixo (0), ou seja, sem valor atribuído. Para

as odontólogas o volume total variou de 0 a 20. Volumes totais entre 0 e 3 foram considerados muito baixo; de 4 e 7 baixo; entre 8 e 12 médio; entre 13 e 16 alto e acima de 17 muito alto (Quadro 5).

A análise considerou a posição das mulheres em dois polos: polo dominante e polo dominado. O volume total de capitais igual ou superior a 7 definiu o ponto de corte para delimitar às mulheres que pertenciam ao polo dominante. Pela especificidade do capital odontológico e heterogeneidade na formação acadêmica das entrevistadas, a aplicação do volume total do CO não foi considerada, intencionalmente, para definição do polo dominante. Assim, apenas os volumes totais de CB, CC, CM e CP foram contabilizados para organização do polo dominante. Militância estudantil, filiação partidária, religião, graduação, ordem de nascimento, ser pessoa com deficiência e ter familiar com deficiência, ter experiência na iniciativa privada odontológica e experiência em serviço público odontológico foram consideradas categorias analíticas. A análise dos capitais e do volume de capitais (CB, CC, CM, CP) definiu quais entrevistadas pertenciam ao polo dominante (E15, E13, E25, E28) (n=4), apontando as contribuições femininas no espaço de luta (Quadros 1; 2; 3).

2 Resultados

Na amostra, quatro mulheres foram identificadas no polo dominante (28,5%). As dominantes ocuparam cargos no primeiro escalão do campo burocrático no âmbito da gestão federal, como na Secretaria Nacional dos Direitos à Pessoa com Deficiência, Coordenação Nacional de Saúde Bucal e membros de comissões de assessoramento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

O capital burocrático revelou ser o mais fortemente associado ao campo do poder, seguido pelo capital militante e científico entre as mulheres. À exceção da agente E13, o capital político não se mostrou determinante para pertencer às dominantes. Dentre as formadas em Odontologia (n=8), a aplicação do capital odontológico oportunizou a E5, E2 e E10 volumes totais de capitais com ponto de corte superior ou igual a 7. Assim, E2, E5, E10, E13 e E25 se revelaram as dominantes entre as dentistas entrevistadas. Mesmo assumindo o critério metodológico de dispor no polo dominante apenas os volumes de capitais que poderiam ser aplicados a todas, chama atenção que, mesmo com a aplicação do capital odontológicos, não houve alteração na disposição das respondentes do polo dominante (E15, E13, E25, E28) (Quadro 1).

A faixa etária das 14 entrevistadas variou de 41 a 74 anos, com idade média de 61,2 anos. Estar no campo burocrático no período de publicação da Política Nacional de Saúde Bucal foi essencial para estar no polo dominante. Todas as mulheres do polo dominante (n=04) estavam vinculadas ao campo burocrático (100%), enquanto, entre as que estavam no polo dominado (n=10), 60% estava vinculada ao campo burocrático e 40% pertencia ao campo odontológico (Quadro 2).

A disposição ou *habitus* político foi uma categoria com forte associação ao campo do poder. Todas as mulheres do polo dominante (n=4) relataram militância estudantil e 50% tem ou tiveram filiação partidária. Das 10 mulheres do polo dominado, apenas 20% participou da militância estudantil e 1 (10%) fez parte do quadro de um partido. No polo dominante, todas as agentes eram graduadas em algum curso das Ciências da Saúde, enquanto no polo dominado, a ocorrência foi de 70% (n=07). Destaca-se que, mesmo tendo o recorte para a atenção à saúde bucal da PcD, uma médica apresentou o maior volume de capitais. O sentido da trajetória social foi ascendente entre todas as dominantes (E15, E13, E25, E28). Entre as cirurgiãs-dentistas, ter tido experiência nas redes privada e pública foi importante para as que tiveram pontuações igual ou superior a 7 (E2, E5, E10, E13 e E25) (Quadro 2).

A agente com maior volume de capitais é pessoa com deficiência. Entre as mulheres do polo dominante, não havia mulheres nascidas nas regiões norte e nordeste, embora tenham sido encontradas mulheres nascidas nessas regiões no polo dominado. Estudos apontam que a ascensão dos movimentos das PcD pode estar relacionada com a redefinição identitária em prol do modelo social da deficiência e integração social (SASSAKI, 2007; LANNA JÚNIOR, 2010; YEE e BRESLIN, 2010). A primogenitura é analisada empiricamente por Pierre Bourdieu, atribuindo a essa ordem de nascimento maior investimento educacional pelos progenitores. Embora a agente melhor posicionada seja primogênita, essa categoria analítica não se revelou determinante na organização do polo dominante. Em relação à religião, todas as dominantes eram católicas.

A visibilidade das necessidades de saúde da PcD, e em específico da necessidade de saúde bucal, foi considerada como constructo de ações dos movimentos sociais e espaços associativos da pessoa com deficiência pelas entrevistadas E2, E3, E13, E15, E20 e E28. As ações do campo odontológico foram destacadas apenas pelas agentes E1, E13, E25 e E26, sendo 03 cirurgiãs-dentistas (Quadro 4).

A análise documental permitiu identificar a trajetória social de mulheres nos três campos sociais estudados nesse trabalho. Na emergência dos espaços associativos,

relatos e documentos destacaram Lourdes Guarda como uma das pioneiras do movimento da PcD brasileiro na década de 1970 (SASSAKI, 2007; CRESPO, 2012). Como mulher e pessoa com deficiência, sua trajetória pessoal foi reconvertida como capital militante para a luta pelos direitos da PcD. Sua aproximação com a Igreja Católica, através da Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes - FCD, revelou intersecção entre o campo religioso e os movimentos sociais. Assim como Lourdes Guarda, outro achado marca uma possível intersecção, a ser aprofundada, entre a Igreja Católica, Direitos Humanos e a pessoa com deficiência. Na trajetória social e profissional de Maria de Lourdes Canziani, há proximidade com Flávio Arns, sobrinho de Dom Paulo Evaristo Arns, embora ambos tenham atuado na Secretaria de Educação Especial do Paraná na década de 1980.

Em 1986, no campo burocrático, foi regulamentada a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora da Deficiência (CORDE), como organização governamental nacional voltada para a pauta da PcD. Chama atenção a presença feminina na coordenação da CORDE, ainda que homens tenham ocupado o cargo: Teresa Costa d'Amaral (1986-1990); Maria de Lourdes Canziani (1990-1997); Tânia Maria Silva de Almeida (1997-2000); Ismaelita Maria Alves de Lima (2000-2002); Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior (set. 2002-2011), primeira pessoa com deficiência a assumir o cargo; Vera Lúcia Ferreira Mendes (2012-2016) e Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, também PcD (2019). A maioria das Secretárias era egressa dos espaços associativos, sugerindo ocupação do campo do poder mediante atuação na militância para a PcD (SANTOS, 2019).

No campo odontológico, professores universitários criaram o Grupo Brasileiro de Odontologia aos Excepcionais (GEOEX) até a elevação do status associativo para a atual Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais (ABOPE). Nesse início da ABOPE, duas odontólogas foram referidas como expoentes, Aida Sabbagh Haddad e Leda Mugayar.

A virada entre a década de 1980 a 1990 oportunizou a ascensão da participação popular à arena política, aproveitada por agentes sociais femininas. Por conta do Conselho Consultivo da CORDE, representantes dos espaços associativos participavam das deliberações.

Sheila foi muito importante nessa área, porque ela fez vários debates pela coordenação. Durante o mandato de Sheila, as políticas estavam sendo discutidas, então durante esse período o Ministério da Saúde convocava e a gente lá, passava dois dias tratando do tema da saúde que tivesse sido levantado. Foram diversos temas. Nessa área da deficiência, os velhos

da minha época foram um bocado, mas a questão da saúde bucal em algum momento foi levantada. E3, 54 anos, assistente social.

Além de Sheila Miranda da Silva, coordenadora de Atenção a Grupos Especiais, a elaboração do documento Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde contou com a consultoria de Ana Rita de Paula, Izabel Maria Loureiro Maior, Denise Xerez, Wilma da Silveira Pereira, Normélia Quinto dos Santos, Sônia Maria Alvarenga e Maria Luiza Ferreira da Silva, oriundas dos espaços associativos e do campo científico, ou seja, uma ocupação hegemônica de mulheres. No corpo do documento, há referência à necessidade de oferta às PcD (BRASIL, 1993).

Em 1991, o Ministério da Saúde iniciou o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria nº 827/1991, tendo como objetivos norteadores a promoção da redução da incidência no Brasil e a responsabilidade de garantir atenção integral às pessoas com deficiência na rede de serviços do SUS. O Programa estava vinculado à Coordenação de Atenção a Grupos Especiais, tendo Sheila Miranda da Silva como coordenadora (BRASIL, 1991; 1993; 2009). A liderança de Sheila Miranda foi destacada na literatura científica específica e nos discursos das entrevistadas egressas dos movimentos civis. Em 1992 foi lançada a primeira resposta política para o problema social da atenção à saúde bucal da PcD, Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial, mas não há menção desse no texto da Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no SUS (BRASIL, 1992). Esta lacuna aponta uma possível falta de interrelação entre as Áreas Técnicas de Saúde Bucal e da Pessoa com Deficiência.

"A política de Atenção à PcD no Brasil foi avançando [a partir de 1992], não tanto quanto necessário, mas o bastante para nos impulsionar na busca de ampliação do acesso a direitos fundamentais" E1, 63 anos, enfermeira.

O Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial não se consolidou como resposta de Estado à problemática, embora algumas iniciativas estaduais tenham sido pontuadas (BRASIL, 1992).

Quando foi criado o CEPRED (Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência) surgiu o primeiro atendimento odontológico público para PcD vinculado ao Estado da Bahia. Um pouco antes, por volta de 1997, a Prefeitura de Salvador criou um núcleo de atendimento voltado às pessoas com necessidades especiais. Inicialmente este atendimento era prestado por instituições filantrópicas, sem vínculo ou interferência do Estado. Em alguns,

o estado cedia algum funcionário do seu quadro para ser locado em uma dessas instituições. E1, 63 anos, enfermeira.

No campo burocrático, houve renovação no quadro de técnicos da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, assumindo como coordenadora Sônia Maria Dantas de Souza (1995-2001). A presença feminina nas duas áreas técnicas, analisadas neste estudo, evidencia ascensão de mulheres ao campo do poder (MIGUEL, 2011). A abertura, pela Coordenadora, para o cuidado odontológico à PcD foi destacada por uma das agentes entrevistadas, todavia, isso não se configurou em oferta e cobertura nos serviços odontológicos públicos.

"Eu conheci a Sônia antes de ser especialidade. Então, ela estava muito aberta sim para Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais" E5, 73 anos, dentista.

A relação entre a saúde bucal e a pessoa com deficiência voltou a ser mencionada no Conselho Nacional de Saúde, na 93ª Reunião Ordinária, de 01 e 02 de dezembro de 1999. Na ocasião foi discutida a proposta da Agenda Básica para 2000, quando a conselheira Roseli Lopes Saad propôs a entrada da saúde dos portadores de deficiência, principalmente a saúde bucal e os procedimentos cirúrgicos que envolvessem anestesia geral (BRASIL, 1999). A Conselheira foi considerada uma agente social com duplo trânsito intercâmbios, por atuar no campo odontológico e no espaço associativo da PcD. Contudo não houve definição ou proposição de como seria realizada a assistência.

Linamara Rizzo Battistella foi outra importante agente, vinda dos espaços associativos da PcD, que se aproximou do campo burocrático. Como representante da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, apresentou a Política de Saúde dos Portadores de Deficiência na 103ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, de 08 e 09 de novembro de 2000. Para apreciação da Política, foi criada uma Mesa Redonda formada por alguns conselheiros. Na 104ª Reunião do CNS, de 06 e 07 de dezembro de 2000, foi apresentada a política para apreciação da Mesa pela conselheira Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior. Por não constar referência anterior à saúde bucal, a ausência foi questionada pela conselheira Ana Maria Barbosa da ONEDEF. Por deliberação positiva do grupo, o item sobre a oferta integral de cuidado odontológico, no SUS, foi acrescentada à Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Em 2001, equipes de saúde bucal foram incorporadas à equipe mínima na Estratégia de Saúde da Família, mas sem oportunizar inclusão da demanda

reprimida de atenção odontológica à PcD. Aliado a isso, no ano de 2002 houve novas eleições presidenciais, com vitória da coligação partidária liderada pelo Partido dos Trabalhadores (BRASIL, 2000; CHAVES, 2016; ROSSI, 2016).

Em 2003, houve reestruturação do campo burocrático brasileiro. Nesse ano, a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE foi transferida, juntamente com a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, do Ministério da Justiça para a Presidência da República. Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior permaneceu como Secretária Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência até 2011 (BRASIL, 2003a; 2003b).

Na 129ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde, em 02 e 03 de abril de 2003, o Secretário de Atenção à Saúde do novo governo eleito, Jorge Solla, apresentou a Proposta de Reorganização da Atenção Básica. Com relação à saúde bucal, a conselheira Graciara Matos de Azevedo (Conselho Federal de Odontologia) enfatizou a importância de finalização do levantamento epidemiológico de saúde bucal, iniciado em 2000, e Marisa Fúria Silva (representante da Associação de Amigos do Autista) salientou a necessidade de ampliação e cobertura em saúde bucal para as pessoas com deficiência como combate ao histórico de mutilação em atenção hospitalar. Como resposta, o Secretário Jorge Solla "ressaltou a importância de discutir, no conjunto da Atenção à Saúde, a Política de Atenção aos Portadores de Deficiência, a fim de identificar como induzir a implantação de ações com oferta muito reduzida e como horizontalizar essa Atenção" (BRASIL, 2003b). Para discussão da saúde da pessoa com deficiência foi aprovada a Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência com participação política dos espaços associativos (BRASIL, 2003c; 2003d).

Em paralelo, foi formada uma Comissão de Assessoramento com a finalidade de elaborar a Política Nacional de Saúde Bucal em 2004. Dos 13 membros nomeados, 3 eram mulheres. A pessoa com deficiência foi considerada como segmento populacional prioritário pelo novo governo. Na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, por essa Comissão, foi organizada atenção especializada, na qual a PcD seria contemplada (BRASIL, 2004a; SANTOS, 2019). Em 2004, também ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, espaço para debate da política de saúde bucal, proposta pela Comissão. A representação das entidades da PcD, na Conferência, ficou por conta da eleição da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade, presidente da Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (Fenacelbra). Ainda na III CNSB, a relatora adjunta foi Gysélle Saddi Tannous, da Federação Nacional das

Associações Pestalozzi, graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru, em 1984, sinalizando uma agente, posicionada estrategicamente, com trânsito no campo odontológico e em entidade associativa da PcD. Na comissão organizadora da III CNSB, dos 8 representantes do segmento da PcD, 5 eram mulheres: Cleuza Carvalho Miguel (Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – Mopem); Maria Irene Monteiro Magalhães (Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes - Fenad); Marisa Fúria Silva (Associação de Amigos do Autista – AMA) Nildes de Oliveira Andrade (Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil - Fenacelbra); Vera Lúcia Marques Vita (Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – Fenad) (BRASIL, 2004c; 2006a).

Essa participação da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência e da sociedade civil organizada foram referidas como fundamentais em todo o processo. Ainda na gestão de Maria Izabel Maior como Secretária Nacional, Érika Pisaneschi, da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, foi a responsável pela articulação com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal para organização da atenção à saúde bucal da PcD na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012). Érika Pisaneschi é fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1991.

“Na época a coordenadora, que é uma pessoa extremamente comprometida e competente tinha essa visão. E a Érica [Pisaneschi] eu cito nominalmente, porque foi uma pessoa muito importante para de fato constituir essa demanda. Então o CEO já nasce com uma oferta para pessoas com deficiência”. E12, 56 anos, ex-coordenador nacional de saúde bucal.

Na construção da Rede Viver sem Limites já havia uma reivindicação muito forte do movimento social e, portanto, era uma ação prioritária do Ministério da Saúde organizar a atenção odontológica para as pessoas com deficiência. E como eixo da política pública houve geração de orçamento E28, 53 anos, professora universitária.

A revisão do Caderno de Atenção Básica nº 17, sobre a saúde bucal, foi mencionada como uma demanda ministerial. No grupo de trabalho, foram identificadas participações femininas, principalmente no que tange ao cuidado da PcD. Questões políticas e operacionais foram descritas como responsáveis pela publicação tardia e não simultânea à implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência dessa revisão, publicada pelo Ministério da Saúde em 2018 como, A saúde bucal no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a; 2006b; 2018).

“Houve formação de um grupo multidisciplinar para elaborar uma nova versão do Caderno 17. Trabalhamos durante quatro, pessoas de todas as especialidades, o caderno ficou maravilhoso. A parte de atenção à pessoa com deficiência está muito boa [...] ele ficou praticamente um livro. Fizemos quinhentos mil ajustes e começou a “dança das cadeiras” no Ministério da Saúde [...]. Esse livro não foi publicado, porque o recurso venceu por causa dessas trocas de gestão” E13, 65 anos, dentista.

“Fiquei no Ministério da Saúde de 2004 até 2016. Escrevi bastante coisa, como o Caderno 17[...]. Estive presente nesse momento das discussões da referência, da contrarreferência do CEO com a Malu [Maria Lucia Varellis]. Falamos um pouco da Odontologia Hospitalar. Nós escrevemos esse manual em 2008, mas ele ficou um livro. Como ficou muito grande não pôde ser um protocolo como as outras especialidades conseguiram” E10, 49 anos, dentista.

A alta prevalência de pessoas com deficiência nos censos populacionais foi compreendida como importante fato social a ser enfrentado pelo Estado brasileiro, o que pode ter oportunizado a construção de políticas públicas. Essa consideração foi enfatizada pelas entrevistadas E5, E10, E13, E14, E15, E25, E30, bem como avanços políticos catalisadores dos princípios doutrinários do SUS (E2, E3, E13, E22, E27) (Quadro 4).

A entrada da atenção à saúde bucal da PcD, na agenda governamental, sugere ter sido resultante das condições de possibilidades sócio-históricas. As agentes E1, E3, E14, E15, E20 e E29 creditaram o fortalecimento da área técnica à PcD como importante unidade analítica, cuja ação coordenada com a área técnica de saúde bucal foi considerada importante pelas entrevistadas E13, E15, E27 e E29 (Quadro 4).

As agentes E1, E5, E10, E13, E20, E2, E28 e E29 sinalizaram que a falta de continuidade nas orientações para regulação da atenção básica a atenção especializada, assim como lentidão na publicação do manual para auxiliar no fluxo assistencial da PcD na rede, constituíram problemas na implantação. A ausência de organização em nível terciário, hospitalar, para os casos indicados foi informada por algumas entrevistadas (E1, E2, E8, E10, E29), assim como permanência de baixo acesso a pacientes com deficiência na atenção básica (E1, E3, E10, E25, E28, E29) e recusa de profissionais ao atendimento (E3, E5, E15, E20, E26, E28, E29). Entretanto, análise dos aspectos proximais da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal não foi objeto de interesse nesse estudo (Quadro 4).

3 Discussão

No Estado, o exercício da violência é legitimado de forma factual, simbólica e na nomeação de cargos. O campo do poder é demarcado pela reprodução da

dominação masculina com evidente supressão do reconhecimento das mulheres. A retomada da gênese das políticas públicas possibilitou revisitar a construção sócio-histórica e constatar uma das muitas práticas de violência de gênero (BOURDIEU, 2001; 2014).

As políticas que estabelecem como questão a "luta contra" um problema social fornecem elementos de uma produção simbólica especializada construída por agentes numa rede de relações historicamente datada. Neste sentido, o recorte deste estudo sob a perspectiva da contribuição de mulheres na entrada na agenda governamental da atenção à saúde bucal à pessoa com deficiência, buscou compreender as vozes femininas na visibilidade do problema social.

Sem assumir uma discussão ampliada das pautas do movimento feminista, a análise evidenciou as contribuições de mulheres brasileiras na produção das políticas transversais à PcD e saúde bucal, como reflexões interseccionais do papel feminino na compreensão das necessidades de saúde de segmentos populacionais vulneráveis e sua luta para ação política de Estado. A militância nos espaços associativos e no subcampo odontológico para a pessoa com deficiência, as mulheres foram "tradutoras" das demandas dos movimentos sociais no processo de produção de política pública e esse é um achado presente na literatura (CARNEIRO, 2003; CAMPOS, 2017).

A participação de mulheres no campo do poder e suas contribuições para a formalização da resposta estatal para a questão da saúde bucal da PcD evidenciadas coaduna com outros estudos sobre direitos civis e movimentos sociais, nos quais as mulheres são agentes fundamentais ao debate político propositivo. A diversidade nas vertentes teóricas do feminismo vem em crescente aprofundamento conceitual. Sem estabelecer uma teoria social nesse estudo, a *práxis* de mulheres para verbalizar a vulnerabilidades de diferentes grupos sociais para reconhecimento do Estado foi evidenciada na análise do espaço social brasileiro. Ação política e produção de políticas públicas para a pessoa com deficiência teve importante participação feminina, assim como a transversalidade com as necessidades de saúde bucal (VITALE; NAGAMINE, 2018).

Embora raça/cor não tenha sido analisada entre as respondentes, é possível dizer que o campo do poder ainda é demarcado por mulheres brancas. Mesmo com ascensão feminina ao polo dominante, o espaço social analisado traz uma configuração que não expressa a realidade sociodemográfica brasileira, cuja maioria nem é masculina, nem é branca (FERNANDES, 2011; ALVAREZ, 2012) (Quadro 3). A dominação masculina e o racismo se articulam e são experienciados de forma desigual

entre as mulheres, sendo a interseccionalidade, a conjugação e o inter cruzamento dessas opressões, fundamentais para compreensão da não presença de mulheres pretas e pardas no espaço de poder (ALVAREZ, 2012; VITALE; NAGAMINE, 2018).

Alinhado com o movimento de redemocratização do país, os espaços associativos lutaram, no campo político, para que suas pautas se tornassem políticas de Estado (SANTOS e SANTOS; 2018). Foram encontradas interseções entre as trajetórias de mulheres atuantes no espaço de luta pela PcD e a Igreja Católica. Essa dimensão religiosa pode mostrar um Estado brasileiro ainda alinhado com a ocupação católica em paralelo ao Brasil do século XXI, intensamente disputado pela pauta evangélica. A relação do pentecostalismo brasileiro, na agenda política para a pessoa com deficiência ainda é um *gap* a ser compreendido, haja visto a existência de rechaços pontuais aos organismos internacionais, a exemplo da própria ONU, dentre outras críticas aos direitos civis para contemplação governamental (PY; REIS, 2015; SANTOS, BARROS, 2018).

Chama atenção que o corpo mantenha uma dimensão nominal na emergência dos espaços associativos, ao assumirem a condição física como atributo organizativo, a exemplo dos movimentos para cegos ou pessoas com hanseníase. Tal característica pode ser um possível atributo de reprodução do modelo biomédico em detrimento ao modelo social, mesmo num panorama em busca da integração social. Apesar de terem pautas convergentes, cada entidade representativa das pessoas com deficiência tem diferentes demandas e reivindicações e possui configuração heterogênea, sem a arquitetura de um campo social como conceitua Pierre Bourdieu (2001).

A presença de mulheres na CORDE desde a década de 1980 demonstram a liderança feminina numa Secretaria governamental, nas quais as ações interministeriais oportunizaram espaço de debate para as necessidades trazidas pelos movimentos da PcD. Alguns programas foram formulados e implantados com alinhamento à agenda proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), responsável por definir o período de 1983-1992 como a Década Internacional das Pessoas com Deficiência (SASSAKI, 2007; CRESPO, 2012).

Assim como os espaços associativos da PcD, o campo odontológico brasileiro iniciou, na década de 1970, um subcampo voltado para o cuidado a esse segmento populacional, mas sem reconhecimento da especialidade pelo Conselho Federal de Odontologia. A necessidade de saúde bucal às pessoas com deficiência intelectual foi relatada como principal reivindicação das famílias. A movimentação pela normatização da especialidade teve início desde a formação da GEOEX e prosseguiu

nas constituições da ABOPE e APOPE (atualmente extinta), ambas atuantes no início da década de 2000 (HADDAD, 2008; SANTOS, 2019). Contudo, não foram encontrados registros que revelem diálogo em prol de políticas públicas entre as entidades representativas odontológicas e dos movimentos sociais.

A reconversão dos capitais e trajetórias sociais dessas mulheres, de diferentes campos, possibilitou a convergência de pautas transversais para reconhecimento pelo Estado brasileiro, dentro do universo de possibilidades analisado, ainda que em processo de implementação na política em curso.

Considerações finais

Ainda que o presente estudo não dialogue exhaustivamente com a literatura do campo dos estudos feministas e de gênero, considera-se que sua abordagem sobre o lugar das mulheres no campo do poder pode repercutir positivamente na temática feminina e feminista. O protagonismo das mulheres, no campo do poder, necessita de análise para enfrentamento da permanência do discurso masculino e silenciamento das contribuições femininas.

A análise das contribuições de mulheres para entrada na agenda governamental, da atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência foi considerada evidente, principalmente se essa mulher fosse oriunda do espaço associativo e movimentos sociais.

Na disposição das agentes sociais foi considerado um polo dominante e um polo dominado. Entre as mulheres do polo dominante, o capital burocrático foi o mais fortemente associado ao campo do poder, seguido pelo capital militante e científico. O capital político não se mostrou determinante para pertencimento ao polo dominante, embora o ativismo político, manifestado na militância estudantil e/ou filiação partidária estivesse presente em todas as integrantes do polo dominante. Todas as mulheres do polo dominante eram católicas e graduanda em alguma área das Ciências da Saúde. Dentre elas, não houve nascidas nas regiões norte e nordeste. Estar no campo burocrático no período de publicação da Política Nacional de Saúde Bucal essencial para estar no polo dominante.

O estudo revelou que houve influência de mulheres na articulação com o Estado, para interlocução das categorias de pensamento dos movimentos sociais. Essa atuação foi mais evidente quando se observa os espaços associativos da PcD, ainda que o campo odontológico tenha pioneirismo feminino no campo burocrático. A

Carla Maria Lima Santos · Sônia Cristina Lima Chaves
Ana Maria Freire de Souza Lima · Sisse Figueredo de Santana

[526]

predominância das mulheres na coordenação da Secretaria Nacional dos Direitos à Pessoa com Deficiência, Área Técnica da Pessoa com Deficiência, entidades representativas da PcD no Conselho Nacional de Saúde e a presença de uma Coordenadora Nacional de Saúde Bucal evidenciam ricamente esse encontro de trajetórias femininas.

Referências

- ALVAREZ, Sônia. "Feminismos e antirracismo: entraves e intersecções: Entrevista com Luiza Bairros, ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir)". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 833-850, set-dez. 2012.
- ASSIS, Cíntia de. "Dentistas para lá de especiais". *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 58-61, jan/jun. 2014.
- BOURDIEU, Pierre. O espaço social e a gênese dos grupos. *Theor Soc*, v. 14, p 723-744, 1985.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 9 ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1996.
- BOURDIEU, Pierre. *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BOURDIEU, Pierre. *O Senso Prático*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
- BOURDIEU, Pierre. *Sobre o Estado*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 827/1991*. Estabelece o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Diário Oficial da União, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial*. Brasília, DF, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. *Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da 93ª. Reunião Ordinária*, de 01 e 02 de dezembro de 1999. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da 104ª. Reunião Ordinária*, de 06 e 07 de dezembro de 2000. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. *Medida Provisória nº 103, de 1º de janeiro de 2003*. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. [acesso em 2019 mar 02]. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2003/medidaprovisoria-103-1-janeiro-2003-492624-publicacaooriginal-1-pe.html>, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da 129ª. Reunião Ordinária*, de 02 e 03 de abril de 2003. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da 24ª. Reunião Extraordinária*, de 24 e 25 de abril de 2003. Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Resolução Nº 321*, de 25 de abril de 2003. Brasília, DF, 2003d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais*. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da 140ª. Reunião Ordinária* de 10 e 11 de março de 2004. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da 163ª. Reunião Ordinária* de 08 e 09 de março de 2006. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde*. Brasília: DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012*. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS, 2018.

CAMPOS, Mariana de Lima. Feminismo e movimentos de mulheres no contexto brasileiro: a constituição de identidades coletivas e a busca de incidência nas políticas públicas. *Revista Sociais e Humanas*, vol. 30/ed. 2, Dossiê Temático, 2017.

Carla Maria Lima Santos · Sônia Cristina Lima Chaves
Ana Maria Freire de Souza Lima · Sisse Figueredo de Santana

[528]

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. *Mulher, mulheres*, Estud. av., vol. 17, n. 49, dez 2003.

CHAVES, Sônia Cristina Lima. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA; 2016.

CRESPO, Ana Maria. "Movimento Social e político das pessoas com deficiência: da invisibilidade à construção da própria cidadania". *Oralidades*, São Paulo, SP, v. 6, n. 11, jan-jul. 2012.

FAGNANI, Eduardo. "A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica". *Ser Social*, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, nov. 2011.

FERNANDES, Maria Angélica. O papel das mulheres no novo ciclo do Brasil. In: *Autonomia econômica e empoderamento da mulher: textos acadêmicos*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. p.177-186.

HADDAD, Aida Sabbagh. *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais*. 1. ed. Santos Editora; 2008.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Características gerais Religião Deficiência 2000*. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/Caracteristicas_Gerais_Religi_ao_Deficiencia/tab1_3.pdf. Acesso em 18 dez 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Características gerais Religião Deficiência 2010*. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religi_ao_Deficiencia/tab1_3.pdf. Acesso em 18 dez 2019.

LANNA JÚNIOR, Mário Cleber. *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2010.

MIGUEL, Luiz Felipe. Mulheres e espaço de poder no Brasil. In: *Autonomia econômica e empoderamento da mulher: textos acadêmicos*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. p.139-156.

PINELL, Patrice *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PIRES, Fabiana Schneider; BOTAZZO, Carlos. "Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal". *Saúde Sociedade* [online]. São Paulo, SP, v. 24, n. 1, p. 273-284, mar. 2015.

- PY, Fábio; REIS, Marcos Vinícius de Freitas. Católicos e evangélicos na política brasileira. *Estudos de Religião*, v. 29, n. 2, p. 135-161, jul-dez, 2015.
- ROSSI, Thaís Régis Aranha. *Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil*. 2016. Doutorado (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- SANTOS, Carla Maria Lima. *Construção social da atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência no Brasil*. 2019. Doutorado (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- SANTOS, Thaís Teixeira; BARROS, Antonio Teixeira. "Representação política das pessoas com deficiência na Câmara dos Deputados: a percepção dos representados". *Revista Brasileira de Ciências Políticas*, Brasília, v. 26, p. 223-271, maio-ago. 2018.
- SASSAKI, Romeu Kasumi. "Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão" - Parte 1. *Revista Nacional de Reabilitação*, v. 10, n. 57, p. 8- 16, jul-ago. 2007.
- VITALE, Denise; NAGAMINE, Renata (orgs). *Gênero, direito e relações internacionais: debates de um campo em construção* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, 351 p.
- YEE Sílvia; BRESLIN, Mary Lou. "Achieving accessible health care for people with disabilities: Whe the ADA is only part of the solution". *Disability Health Journal*, New York, USA, v. 3, n. 4, p. 253-261, out. 2010.

Carla Maria Lima Santos · Sônia Cristina Lima Chaves
Ana Maria Freire de Souza Lima · Sisse Figueredo de Santana

[530]

Carla Maria Lima Santos | Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Especialista em Odontologia Para Pacientes com Necessidades Especiais, graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Sônia Cristina Lima Chaves | Pós-doutorado em Sociologia pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal da Bahia, Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia.

Ana Maria Freire de Souza Lima | Professora da área da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia e Fonoaudiologia pela Universidade do Estado da Bahia.

Sisse Figueredo de Santana | Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia.