NILVA TIYOMI KITANI

**Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em
Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal**

São Paulo

2011

NILVA TIYOMI KITANI

**Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em
Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Profa. Dra. Maria Ercília de Araujo

São Paulo
2011

Kitani NT. Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Agradeço a DEUS pela Vida e a Oportunidade.

Ao meu querido pai Toshimitsu, “in memoriam”, de quem herdei o gosto pelo estudo e a leitura.

À minha querida mãe e amiga Kuniko, zelosa e companheira de todas as horas.

À minha querida irmã e amiga Nilcee, pelo apoio e incentivo de sempre.

Ao meu querido irmão Cláudio, “in memoriam”, pelo exemplo de coragem e superação.

Ao meu cunhado Gary, pelo apoio e amizade.

Aos queridos Josh e Kyllie pela alegria e esperança na renovação.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Doutora Maria Ercília Araujo, minha querida orientadora, pela confiança e exemplo de dedicação e atenção com tudo e com todos.

Ao Prof.Doutor Antonio Carlos Frias, pelo incentivo, apoio e amizade.

À minha amiga irmã Maristela V.Boas Fratucci pela preciosa ajuda, apoio e amizade.

Aos meus caros amigos Celso Zilbovicius e Fernanda Almeida pela valiosa ajuda, apoio e companheirismo.

Aos Prof. Doutores Carlos Botazzo, Simone R. Junqueira e Cilene Rennó, pela generosidade de sempre.

A todos os professores e às secretárias Andrea, Laura e Sonia, do Departamento de Odontologia Social, pela acolhida.

Aos funcionários e às bibliotecárias Cláudia e Glauci pela paciência e disposição.

Às queridas amigas e companheiras de luta e de ideais Jaqueline L.Sartori, Olga Maria Pires, Maria da Candelária Soares, Sonia Cardin e Suely Ferreira.

Aos queridos colegas da Escola Municipal de Saúde-SP pelo companheirismo e socialização dos saberes e, principalmente, a todos os colegas da Escola Técnica do SUS-SP por terem me ajudado nesta jornada, especialmente, à Cecília Greco , Jaqueline Sartori, Maria do Carmo Monteiro, Tânia Azevedo e Monica Peres. Agradecimento especial, à Marly “in memoriam”.

Aos CD do Embú que generosamente aceitaram dar a sua contribuição o que possibilitou este trabalho.

A todos os TSB e ASB que engrandecem a nossa odontologia sem os quais este estudo não seria possível e, em especial, a todos vocês com quem tenho trabalhado e que me motivam a prosseguir.

“A Odontologia é a ciência e a arte que exige dos que a ela se dedicam a sensibilidade de um artista, a habilidade de um cirurgião, o conhecimento de um médico e a paciência de um monge”.

Autor desconhecido

RESUMO

Kitani NT. Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011. Versão Corrigida.

A organização do processo de trabalho em Saúde Bucal (SB) tem como componente principal a equipe composta pelo Cirurgião-Dentista - CD, Técnico em Saúde Bucal - TSB e Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. O trabalho em equipe, com a delegação de tarefas para o pessoal auxiliar (ASB e TSB) busca uma maior racionalidade, aumento da qualidade, da resolutividade e cobertura da atenção em saúde. O setor público tem sido o grande responsável, atualmente, pela inserção da equipe de Saúde Bucal nos serviços. O objetivo desta pesquisa, de cunho qualitativo, foi conhecer a percepção dos dentistas quanto à inserção e trabalho do TSB na equipe. O campo de pesquisa foi o município de Embu e a técnica utilizada para a coleta de dados foi o grupo focal sendo os participantes, dentistas da rede pública deste município. Os resultados apontam, segundo os entrevistados, para a importância do TSB no trabalho em equipe, principalmente, no serviço público, onde há uma grande demanda de assistência. Os participantes, ainda, ressaltam que esta experiência não lhes foi apresentada em sua formação acadêmica, vindo a conhecê-la somente no serviço público. A importância de uma formação técnica adequada e dúvidas acerca da regulamentação profissional, também surgiram como destaques no grupo focal. A partir desses resultados, conclui-se que uma melhor ordenação do processo de trabalho em equipe de Saúde Bucal é necessária, além de um aperfeiçoamento na formação dos profissionais da equipe, vinculadas às reais necessidades do SUS. Ainda que avanços tenham ocorrido nos últimos anos com a atual política nacional de saúde bucal, incentivando o trabalho em equipe, este processo requer um maior estímulo por parte de todos os envolvidos, localmente, no planejamento das ações.

Palavras-chave: Pessoal Auxiliar. TSB. Trabalho em equipe. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Kitani NT. Dentists' perceptions about the integration of Dental therapists in the Oral Health team [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011. Versão Corrigida.

The main core of the organization of the work process in Oral Health consists in the team composition which is the Dentist, Dental Therapist (DT) and Dental Assistant (DA). Teamwork with the delegation of tasks to auxiliary personnel seeks a more rational system of assistance, an increase of quality, resolution and coverage of care. Actually, the Public Health System has been greatly responsible for the integration of DT in the oral health team. The objective of this qualitative research was to acknowledge the dentist's perception about the integration of the DT in the oral health team. The field research was at the city of Embu, State of Sao Paulo, Brazil, and the technique used for data collection was focus group with dentists working in the public health system of this city as participants. The results indicate, according to participants, the importance of the role played by the DT in the oral health team, especially in public service, where there is great demand for assistance besides lessening dentists 'stress. Respondents also emphasize that this practice based on teamwork was not discussed during their undergraduation and they experienced this only after beginning the public service assistance. The importance of an adequate technical training as well as doubts about the professional regulation also emerged in the focus groups. From the results it is concluded that training of managers for the better ordering of the process of oral health teamwork is required in addition to an improvement in training of dental therapists, linked to the real needs of the Brazilian Public Health System. Although advances have occurred in recent years with the current national policy on oral health, encouraging teamwork, this process requires a greater stimulus.

Keywords: Assistant Workers. Dental therapists. Oral Health Team. Oral Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1 - Número de profissionais segundo categoria profissional e jornada de trabalho no serviço público odontológico do Embu, 2010.....	51
Quadro 5.1 - Perfil dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados	61
Quadro 6.1 - Competências do técnico em saúde bucal previstas na lei n.º 11.889/2008	75
Quadro 6.2 - Competências do técnico em higiene dental previstas no parecer CFE n.º 460/1975	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AATO	Associação dos Auxiliares e Técnicos em Odontologia
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHD	Auxiliar de Higiene Dental
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
APATESB	Associação Paulista dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
APD	Auxiliar de Prótese Dentária
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD	Cirurgião-Dentista
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP-USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CGPRH	Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPO	Cariado, Perdido e Obturado
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DF	Distrito Federal
ECEO	Encontro Científico de Estudantes de Odontologia

ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FIO	Federação Interestadual de Odontologia
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GF	Grupo Focal
IAIA	Instituto de Assuntos Interamericanas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEB	Inovações no Ensino Básico
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
MET	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde.
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC	Procedimentos Coletivos
PIDA	Programa de Integração Docente-Assistencial
PISE	Programa Integrado de Saúde Escolar
PLE	Projeto Larga Escala
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica

RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RH	Recursos Humanos
SB	Saúde Bucal
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SILOS	Sistema Local de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Completado
THD	Técnico em Higiene Dental
TPD	Técnico em Prótese Dentária
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família
UT	Unidade de Tratamento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 O PESSOAL AUXILIAR NA ODONTOLOGIA	19
2.1.1 Os movimentos contra-hegemônicos e o pessoal auxiliar	25
2.1.2 Modelos de atenção e a inserção do pessoal auxiliar	29
2.1.2.1 O Projeto Larga Escala	31
2.1.3 As Políticas de Saúde e o pessoal auxiliar	35
2.1.3.1 A Política Nacional de Educação Permanente	42
3 PROPOSIÇÃO	46
4 MATERIAL E MÉTODOS	47
4.1 METODOLOGIA	47
4.1.1 Metodologia Qualitativa	47
4.1.1.1 Grupo Focal	49
4.1.2 Caracterização do campo de estudo	50
4.1.2.1 Os sujeitos da pesquisa	52
4.1.2.2 Coleta de dados	53
4.1.2.3 Etapas da pesquisa	55
4.1.2.4 Análise dos dados	56
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
5 RESULTADOS	61
6 DISCUSSÃO	63
6.1 IMPORTÂNCIA DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	63
6.2 SERVIÇO PÚBLICO E SERVIÇO PRIVADO	70
6.3 UNIVERSIDADE E SERVIÇOS	72
6.4 REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82
ANEXOS	92
APÊNDICES	94

1 INTRODUÇÃO

O contexto em que se insere este trabalho, parte do campo das políticas públicas, onde o setor saúde tem se destacado por propostas efetivas de mudança, especialmente, na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o processo de trabalho e os recursos humanos essenciais para a sua efetivação.

Ainda, segundo Machado (2006, p.14):

No cotidiano da prestação de serviços de saúde, dada a natureza do trabalho e a complexidade dos atos profissionais que envolvem a atividade, o binômio 'conhecimento técnico atualizado e profissional qualificado para aplicá-lo' assume dimensão estratégica. É por essa razão que, a cada nova tecnologia, a cada novo conhecimento registrado nas ciências da Saúde, são gerados inúmeros empregos, novas profissões, novas ocupações e novas especialidades. As ocupações e profissões que passam a compor as equipes de saúde são, progressivamente, ampliadas. A Saúde é um campo inesgotável de conhecimento e de prática profissional.

Na Odontologia, também, não poderia ser diferente. Várias mudanças têm se apresentado na prática profissional, com novos modelos de prestação de serviços e novas formas de organização do trabalho. Essas mudanças facilitaram a percepção da necessidade da criação de profissionais auxiliares odontológicos, com a finalidade de dinamizar a profissão e otimizar o atendimento ao paciente (Biazevic et al., 2011).

Buscamos com este estudo, retomar a temática do profissional auxiliar odontológico, especificamente, o técnico que no Brasil se estabeleceu, juntamente com o auxiliar, por meio do Conselho Federal de Educação (CFE) com a aprovação do Parecer 460/75 em 06 de fevereiro de 1975, criando diretrizes para a formação dos mesmos.

Na década de 80, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) pressionado por movimentos de grupos do campo da odontologia com propostas contra-hegemônicas, a favor desses profissionais e cumprindo deliberação da sua diretoria, após debates e entendimentos com outras entidades, tais como, a Associação Brasileira de Odontologia, a Federação Nacional dos Odontologistas, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico e o Departamento de Odontologia do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social e considerando as diretrizes

do Parecer CFE 460/75, aprovou normas para habilitação ao exercício dessas profissões auxiliares, na época, o Atendente de Consultório Dentário-ACD e o Técnico em Higiene Dental-THD por meio da Decisão nº 26/84 (CFO, 1984; Biazevic et al., 2011).

Podemos considerar que a expansão da utilização do pessoal auxiliar odontológico acompanhou o processo pelo qual, também passou o sistema de saúde brasileiro, principalmente, entre as décadas de 80 e 90, decorrentes do movimento da Reforma Sanitária, o que trouxe avanços significativos às práticas odontológicas. Dentre todas, destacam-se os sistemas de trabalho inovadores decorrentes da aplicação de princípios ergonômicos ao processo de trabalho odontológico, as novas exigências nas normas de biossegurança e a introdução de ações de promoção e prevenção das doenças bucais em espaços sociais da área de abrangência das Unidades de Saúde (Narvai, 1997).

Contextualizando, também, o surgimento deste novo processo de trabalho em odontologia, Queluz (2003) afirma que a revolução industrial criou, também no campo odontológico, as condições para a rápida transformação do processo de trabalho e do seu sujeito. Surgiram diferentes especialistas, dividindo tecnicamente o trabalho em sentido horizontal e também o pessoal auxiliar, direcionando verticalmente essa divisão.

Mesmo com essas grandes transformações na prática odontológica, concordamos com Pezzato e Cocco (2004) que o trabalho do pessoal auxiliar odontológico, ainda, não é efetivamente reconhecido e valorizado.

Pilloto¹ atribui algumas razões para a dificuldade na inserção do pessoal auxiliar como a ausência deste pessoal na formação do Cirurgião-Dentista e o baixo nível de aceitação desta categoria e sugere, como necessário, a coragem de mudar pois as queixas tais como: mais gente no consultório atrapalha; isso não passa de modismo; pagar pessoal auxiliar é um investimento sem retorno; os pacientes não aceitam, são racionalizações face ao próprio sentimento de incompetência para adotar essa nova sistemática de trabalho e pode traduzir medo de errar, de perder o controle; receio de que certas inabilidades sejam identificadas e ainda, sentimento de auto-suficiência. Para o autor, persistir neste discurso não

¹ Medeiros EPG, Bervique JÁ. Pessoal auxiliar In: Livro horário dental gaúcho, 1977-1978.

justifica a não experimentação de um modelo de atenção comprovadamente eficiente.

Além de eficiente, o trabalho em equipe deste modelo reduz sensivelmente o cansaço físico e mental do profissional, aumenta a produtividade com qualidade no atendimento (Pereira; Moreira, 1992; Queluz, 2003; Pezzato; Cocco, 2004).

De acordo com Pezzato (2001), diversos trabalhos apontam para a importância do pessoal auxiliar odontológico, pois acredita-se que para um modelo de atenção em Saúde Bucal atender à realidade da população brasileira, faz-se necessário a utilização do trabalho em equipe. Porém o fazem, frequentemente, somente na perspectiva do aumento da produtividade, racionalização do trabalho e diminuição dos custos, não agregando valor à inserção desses trabalhadores ao processo de trabalho.

Segundo Queluz et al. (2008), a reforma sanitária e o desafio da universalização da assistência odontológica têm levado pesquisadores a indicar ambientes de trabalho na atenção primária planejados para serem conduzidos por uma equipe de saúde bucal, buscando ampliação da cobertura e o aumento da qualidade, eficácia e eficiência das ações, com consequente redução dos custos.

Já observamos grandes avanços neste processo, mas conforme alerta Biazevic (2000), o atual modelo hegemônico de assistência odontológica no país pode estar incorporando o THD sem um adequado planejamento para o trabalho efetivo com pessoal auxiliar, diminuindo as possibilidades de potencializar o resultado das ações de um trabalho em equipe.

Concordamos com Pinto (2000) que não há justificativa científica para que apenas profissionais com título universitário detenham o direito da prestação de cuidados clínicos à população e que atividades básicas de reduzida complexidade são executadas com alto padrão qualitativo por pessoal de nível médio.

Mais recentemente, os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 revelaram que cerca de 11,7% da população brasileira nunca foi ao dentista (IBGE, 1998).

Este quadro de Saúde Bucal, no Brasil, veio estimular o Ministério da Saúde a lançar em outubro de 2000, o Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Esta iniciativa foi de extrema importância para a odontologia, visto que permitiu viabilizar a reorganização da

prática odontológica, historicamente pautada em um modelo de alto custo e baixo rendimento, ineficaz e ineficiente (Pereira et al., 2003).

De acordo com Capistrano (2000, p.8):

Superar esta prática significa agregar novos profissionais - o técnico em higiene dental (THD) e o atendente de consultório dentário (ACD); significa montar módulos de três, quatro ou mais cadeiras operados por um número de dentistas necessariamente inferior ao de cadeiras, pois o trabalho será compartilhado com os THDs. [...] Para podermos conquistar este modelo de prática, faz-se necessário um movimento coletivo da classe odontológica para implementar propostas transformadoras, principalmente, do modelo de formação odontológico tradicional. E que este, por sua vez, supere a predominância da racionalidade instrumental e incorpore outros paradigmas.

Em 2004, o Ministério da Saúde implantou uma estratégia, efetivada com o lançamento do Programa “Brasil Sorridente”, com vistas a ampliar e qualificar a assistência odontológica desde a atenção básica até a estruturação da oferta de atenção secundária, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e atenção terciária, reafirmando a necessidade de uma reformulação no sistema de trabalho, incluindo o modelo de trabalho em equipe de Saúde Bucal e não mais centrada somente na figura do CD (Zilbovicius, 2005).

É neste contexto de grandes transformações na Odontologia e, finalmente, com a sanção da Lei 11.889 em 24/12/2008 regulamentando as profissões de Técnico em Saúde Bucal-TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal-ASB que a classe odontológica brasileira é convidada à reflexão e a repensar sua prática, tendo oportunidade de participar desta nova era na odontologia (Brasil, 2008).

Buscando conhecer a experiência acumulada pelos Cirurgiões-Dentistas que trabalham ou já trabalharam com o Técnico em Saúde Bucal, tomou-se como referência o serviço público do município de Embu, por ser o pioneiro na formação do TSB (THD na época) no estado de São Paulo, em 1987 e que, tradicionalmente, conta com a atuação deste profissional tanto nas ações preventivas coletivas quanto nas atividades assistenciais clínicas dos seus serviços.

Inicialmente, gostaríamos de esclarecer que apesar de a regulamentação, também, estabelecer as novas denominações: Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal, neste trabalho ainda serão citados com frequência as antigas denominações, respectivamente, Técnico em Higiene Dental – THD e

Auxiliar de Consultório Dentário – ACD tanto nas falas dos entrevistados, por força do hábito, como no texto devido à bibliografia consultada ser datada, em sua maioria, anteriormente à regulamentação. Teremos citado, ainda, Atendente de Consultório Dentário, antiga denominação do ACD, alterado para Auxiliar de Consultório Dentário, em 28 de novembro de 2003 pela Decisão nº 47 do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2003).

Pretendemos, com este trabalho, contribuir para a desmistificação do trabalho do Técnico em Saúde Bucal na odontologia e a repensarmos sua atuação, ressaltando a sua importância na qualidade do processo de trabalho em Saúde Bucal e na atenção prestada à população pois conforme Biazevic et al. (2011), o rumo da Odontologia depende da coragem de toda a classe odontológica que, somente com vontade uníssona e com as entidades em consonância poderá ser capaz de proporcionar novas oportunidades para o cirurgião-dentista.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O PESSOAL AUXILIAR NA ODONTOLOGIA

O Técnico em Saúde Bucal (TSB), objeto deste estudo, integra a categoria auxiliar do setor saúde, especificamente no sub-setor de saúde bucal e, como as demais categorias auxiliares, foram criadas objetivando a racionalização do trabalho, o aumento da produtividade e da qualidade no trabalho, o desenvolvimento técnico-científico e as mudanças nas práticas e nos modelos de atenção.

Para Carvalho(1998), a incorporação desses profissionais na odontologia permitiu tanto o aumento da cobertura quanto a modificação no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde.

Viegas (1966) definiu por pessoal auxiliar em odontologia, as pessoas que trabalham sob a supervisão e direção de um profissional competente, no caso, cirurgião-dentista, ou em outros termos, as pessoas de cujas atividades e atos profissionais é responsável o cirurgião-dentista.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO), através da Resolução CFO – 185/93, os profissionais que compõem a categoria de pessoal auxiliar odontológico, obrigados ao registro no CFO e à inscrição nos Conselhos Regionais (CRO) são, além do Técnico em Higiene Dental (THD), o Técnico em Prótese Dentária (TPD), o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e o Auxiliar de Prótese Dentária (APD), alterando as denominações do THD e ACD para Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), respectivamente, por meio da Resolução CFO-085 /2009 aprovado em 30 de janeiro de 2009 e com base na Lei 11.889 de 24/12/2008 (CFO,1993; CFO, 2009).

Esta alteração nas denominações ocorreu, conforme esclarece Biazevic et al. (2011) porque, inicialmente, no projeto de lei havia a proposta de regulamentar o técnico em higiene dental como o profissional qualificado em nível médio. Todavia, seu substitutivo alterou a denominação desse profissional, estabelecendo-o como técnico em saúde bucal.

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que é o instrumento normalizador do reconhecimento,

da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro para fins classificatórios, classifica como Técnicos em Odontologia, sob o número 3224, a seguinte família (Brasil, 2002a):

3224-05 Técnico em higiene dental

3224-10 Protético dentário

É por meio da CBO que as ocupações passam a ser identificadas nos registros administrativos e nas estatísticas do MTE, nas pesquisas domiciliares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo os censos e outras estatísticas de mão-de-obra. Como a última edição é, ainda, do ano de 2002, não possui em sua base as profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal (Biazevic et al., 2011).

Para Nozoe et al. (2003), essa família ocupacional está relacionada às ocupações emergentes. De acordo com a CBO - 2002, ocupações são conjuntos de saberes (saber geral, saber fazer e saber ser) que demandam vários domínios estruturados de saberes e práticas necessárias ao exercício de vários postos de trabalhos semelhantes (Brasil, 2002a).

Na Odontologia, o surgimento da categoria auxiliar é tão antigo como a própria prática profissional, mas a inclusão do auxiliar profissionalizado surgiu de um cenário internacional de expansão do capitalismo, divisão técnica do trabalho e da especialização com vistas à otimização dos meios para o aumento da produção (Carvalho, 1998).

No Brasil, a experiência com pessoal auxiliar iniciou-se com um auxiliar voltado para a prevenção individual e para uma rudimentar instrumentação clínica: a Auxiliar de Higiene Dental (AHD) do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atual Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), criado pelo programa de cooperação em saúde e saneamento entre Brasil e Estados Unidos da América (EUA) por intermédio, respectivamente, do Ministério da Educação e Saúde (MES), na época, e do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). A concepção do projeto de saúde pública do SESP surgiu durante a 2ª Guerra Mundial, em decorrência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano durante a Terceira Reunião de Consulta aos Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro, em 1942 (Oliveira, 2007).

Como estrutura, Campos (2006) afirma que haviam quatro pilares de sustentação do SESP no Brasil: capacitação de pessoal de saúde; educação

sanitária; estabelecimento de uma rede horizontal integrada de Unidades de Saúde e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde. Inicialmente, pretendia-se que fosse uma agência provisória, responsável por políticas sanitárias pontuais.

O SESP era responsável por ações sanitárias no Brasil, em regiões afastadas e de interesse estratégico para a economia. Embora sua atuação abrangesse, no período de 1942 a 1949, a região do Vale do Rio Doce e o interior do estado de Goiás, suas principais atividades foram na Amazônia, região de grande produção da borracha. Entre 1950 e 1959, houve maior expansão territorial dos serviços do SESP, estendendo sua atuação à quase todo o Brasil (Peçanha, 1976; Pontes, 2007).

Nos anos 50, o SESP promoveu uma profunda mudança na assistência odontológica no Brasil e fez emergir a saúde bucal no âmbito das políticas públicas, introduzindo os profissionais auxiliares com funções higienistas e preventivistas e, com início da aplicação da ergonomia nos serviços. Esta mudança foi concretizada, em 1952, com a incorporação da Auxiliar de Higiene Dental que tinha como atribuições a aplicação tópica de flúor, orientação de escovação, profilaxia e instrumentação, em seus programas. O SESP foi o pioneiro, em nosso país, não apenas com a utilização de auxiliares nos trabalhos preventivos, mas também com a formação, em serviço, deste pessoal (Queluz et al., 2008).

Narvai e Frazão (1999) ressaltam que com as Auxiliares de Higiene Dental (AHD) pretendia-se incorporar um tipo de recurso humano odontológico que fosse capaz de melhorar a qualidade dos serviços, desenvolver ações educativo-preventivas e ampliar a cobertura dos serviços.

Podemos considerar que a assistência aos escolares desenvolvida, inicialmente, nos EUA e introduzida no Brasil pelo SESP, no início da década de 1950, ampliou o atendimento à demanda espontânea, estabelecido de forma segmentada entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica. Dentre os diversos modelos adotados, o que se estabeleceu como hegemônico foi o Sistema Incremental, geralmente, vinculado aos programas de Saúde Escolar. Este sistema visava o completo atendimento dental de uma dada população, inicialmente, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente, mantendo-a sob controle. Tratou-se de uma experiência, em menor nível de atribuições das Higienistas Dentais americanas, aplicada no Brasil antes dos Estados Unidos. Esses

novos padrões de divisão do trabalho em equipes, ressaltando suas atribuições de instrumentação, ainda que não uma instrumentação plena, já configurava a odontologia a quatro mãos (Pinto, 1993; Oliveira et al., 1999).

Com relação à formação profissional, o SESP realizou em 1955, no Rio de Janeiro, um curso de Higienista Dental, com duração de 17 semanas, compreendendo 674 horas e participando 10 alunas. Entretanto, foi a experiência do SESP, em Aimorés, que inseriu na mentalidade de saúde pública, no país, a importância da formação e utilização das auxiliares de odontologia, o que se evidenciou no VII Congresso Odontológico Brasileiro, realizado em 1959. Este, recomendou ampla utilização de pessoal auxiliar quer nas aplicações tópicas de flúor, quer na assistência direta (Bastos, 1996; Carvalho, 1998).

Até 1960, o SESP atuava com autonomia em relação ao Ministério da Saúde, o que gerava grandes polêmicas. Nesse ano, cessou o último contrato com os Estados Unidos e o Serviço foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). Em 1969, esta Fundação passa a chamar-se Fundação Serviços de Saúde Pública. Em 16 de abril de 1991, a fundação é extinta e instituída a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (Peçanha, 1976).

Malvárez et al. (2005) ressaltam que a formação de pessoal técnico e auxiliar em saúde, como processo institucionalizado, teve um grande impulso entre as décadas de 50 e 70, com a criação de um importante número de centros educativos com ofertas diversificadas de carreiras técnicas. Tiveram como eixo central os processos de especialização do conhecimento tecnológico e da divisão do trabalho nos serviços de saúde, decorrente da crescente incorporação tecnológica, além da ênfase na atenção primária na maioria dos países, especialmente, nos países africanos e latino-americanos.

Neste cenário, pode-se compreender a origem do Atendente de Consultório Dentário e do processo embrionário do próprio Técnico em Higiene Dental, que emergiram nos anos 70, no Brasil.

Na década de 70, dois cursos de formação de pessoal auxiliar odontológico tiveram destaque: o do Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) da Secretaria de Educação, do Distrito Federal (DF) e o da Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), ambos dirigidos a programas do setor público dentro da proposta, na época, da Odontologia Simplificada e, que demandava a utilização de técnicos operadores. Os programas buscavam, além da formação e incorporação do técnico

e do auxiliar, contrapor-se ao modelo de prática e ensino hegemônicos, propondo a reorganização dos serviços de saúde bucal. Este modelo originou-se, mais especificamente, no Distrito Federal e buscava simplificar a tecnologia utilizada na odontologia, visando atender às classes sociais menos favorecidas (Pezzato, 2001).

O cirurgião-dentista Sergio Pereira, professor e idealizador do PISE no DF, contribuiu efetivamente para dar o diferencial ao projeto, simplificando os equipamentos utilizados e criando novas tecnologias, organizando espaços de trabalho inovadores com clínicas desmontáveis e transportáveis. Neste projeto, o trabalho era coletivo e dinâmico. A equipe, capacitada no próprio serviço, trabalhava de forma integrada, dando uma grande cobertura populacional num espaço menor de tempo.

E quanto ao profissional técnico na equipe, Oliveira (2007) considera o Parecer 460/75 que criou a ocupação do THD no Brasil como o marco divisor para a profissão. Em 1971, em conformidade à Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 5.692, foi promulgada a Reforma do Ensino de 1º e 2º graus que instituiu um novo ensino de 2º grau, universal e profissional com a fusão dos ramos profissionais do 2º ciclo do ensino médio e o secundário pedagógico. “O Brasil precisa de técnicos” era o lema da política educacional da época. É nesse contexto que, em 1975, o Conselho Federal de Educação (CFE) através do Parecer nº 460/75, aprovado em 06/02/75 pelo Ministério da Educação (MEC) aprova a criação dos cursos de THD e ACD, definindo o perfil profissional e seu currículo mínimo (Brasil, 1975).

Para Narvai (1997), a mobilização da população para conseguir acesso aos serviços odontológicos, principalmente, a partir dos anos 70, pressionou os diversos níveis de governo a ampliar os serviços odontológicos públicos e esta ampliação, somando-se ao contingente de trabalhadores odontológicos que já vinham exercendo funções auxiliares em consultórios e clínicas privadas, criou condições favoráveis à aprovação deste Parecer 460/75.

Historicamente, segundo Kovaescki et al. (2005), no Brasil, a temática de pessoal auxiliar em odontologia foi levantada como bandeira de luta pelos movimentos que discutiam a prática odontológica no Brasil. Esta temática esteve presente na I Conferencia Nacional de Saúde Bucal - ICNSB, realizada no mesmo ano da VIII Conferencia Nacional de Saúde – VIII CNS, em 1986, onde pela primeira vez, segmentos sociais da população participaram da discussão de propostas para

tornar de fato a saúde bucal um direito de todos e dever do estado, conforme a Constituição federal.

Uma das deliberações da I CNSB foi a necessidade de:

Formação urgente e a incorporação imediata de pessoal de nível elementar e médio- Atendente de Consultório Dentário – ACD e Técnico em Higiene Dental – THD, como forma de viabilizar a extensão da cobertura e aumento da produtividade, requeridos no atual momento (BRASIL, 1986, p.9).

Em outro parágrafo:

O poder público deverá patrocinar e estimular a formação desse pessoal, em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas, reformulando a legislação que regulamenta o exercício profissional do THD, de modo a facilitar sua formação (BRASIL, 1986, p.9).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), considerando as recomendações do relatório final da ICNSB, nomeou uma Comissão Especial para avaliar as questões sobre:

- pessoal exercendo funções de ACD e THD sem habilitação legal;
- as exigências do sistema de ensino para a formação e qualificação do ACD e THD;
- a ausência de regulamentação destas profissões no Ministério do Trabalho;
- a necessidade de reformulação das atribuições destas profissões face às exigências das atividades públicas e privadas.

Com isso, o CFO cria a Resolução 157/87 atendendo ao relatório final da ICNSB, ampliando as funções do ACD em relação à prevenção e controle da cárie dental e aos cuidados com a manutenção do equipamento odontológico. Tal Resolução, também, foi a primeira a exigir a certificação para o THD e o ACD se inscreverem nos Conselhos Regionais, estabelecendo que a partir de dezembro de 1987, o THD necessitaria do diploma para se inscrever e exercer a profissão. Até então, bastava uma carta do cirurgião-dentista, comprovando a experiência de um ano na função (CFO, 1987; Pezzato, 2001).

Chaves (1986) afirma que as primeiras proposições para a formação profissional de 2º grau, para o setor odontológico, foram apresentadas em maio de

1973, na Universidade do Trabalho de Minas Gerais, por ocasião da 7ª reunião da Comissão de Laboratório de Currículos, designada pelo Ministério da Educação e Cultura. Nessa ocasião, foram criados os cursos de Atendente de Consultório Dentário e de Técnico em Prótese Dentária. Esse processo decorreu de uma proposta para se desenvolver um novo currículo para o Curso de Odontologia, na PUC-MG, onde o grupo propôs uma formação multiprofissional, ou seja, estabelecendo-se uma integração horizontal e vertical entre a graduação, o nível médio e a especialização, desde o 1º período até o final do curso.

Com a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9634/96, surge uma nova configuração para a Educação Profissional com o Decreto nº 2.208/97 que criou critérios e traçou diretrizes específicas para cada modalidade de ensino, propondo três níveis de educação profissional: o básico, o técnico e o tecnológico. A formação técnica passa a ser complemento da educação geral e tem como objetivo, a articulação da educação com o mundo do trabalho (Brasil, 1997).

2.1.1 Os Movimentos contra-hegemônicos e o pessoal auxiliar

Em um contexto de grandes transformações no país, no final da década de 70 e início dos anos 80, movimentos contra-hegemônicos da Odontologia, também, entraram em cena no campo das políticas públicas contando, principalmente, com articulações de estudantes e profissionais dos serviços públicos de saúde. Dentre os movimentos, destacaram-se os Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia (ECEO), o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), a constituição de Fóruns de Saúde Bucal Coletiva em alguns estados, os Congressos Brasileiros de Saúde Bucal Coletiva (CBSBC) e as Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB) (Serra, 1998; Pezzato, 2001; Oliveira, 2007).

Desses movimentos, Serra (1998) ressalta que os ECEO, oficializados em 1979, foram os responsáveis pela formação crítica dos Cirurgiões-Dentistas que, interessados em mudanças sociais radicais tanto na sociedade como nas práticas odontológicas, comprometeram-se com a luta pela democratização do país, assim

como se uniram a outros segmentos da categoria para criarem o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO).

Após algumas outras tentativas, o MBRO organizou em São Paulo, em 1989, o I Encontro Nacional sobre Legislação de Pessoal Auxiliar Odontológico. O objetivo era ampliar os debates sobre essa questão, o que resultou na elaboração de um documento de acordo com a realidade dos serviços e com as aspirações dos setores democráticos da Odontologia, sendo esse documento anexado ao projeto de Lei nº 2.244/89, apresentado pelo deputado Robson Marinho, para regulamentar as profissões de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário que não foi aprovado. Mas, por outro lado, esta mobilização incentivou a criação de associações de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, em alguns estados (Barbosa, 1991).

No estado de São Paulo, a luta pela fundação de uma Associação foi uma constante. A primeira tentativa de organização foi em 1998, com a AATO – SP Associação dos Auxiliares e Técnicos em Odontologia do Estado de São Paulo que não conseguiu avançar. Em 2008, com ampla divulgação, realizou-se uma assembléia em São Paulo e fundou-se a Associação Paulista de Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal ²(APATESB) com uma importante atuação da TSB, Celina Lopes. Especialmente destinada ao pessoal auxiliar odontológico, realizou-se em São Paulo, a 1ª Jornada Nacional para Técnicos e Auxiliares em Odontologia, em outubro de 2008. A importância deste evento para a classe foi confirmada na realização da 2ª Jornada, em 2009.

Com relação à regulamentação profissional dos auxiliares e técnicos, em 1993, foi retomada a luta pela regulamentação das profissões com a apresentação do projeto de Lei nº 53, mas que foi vetado pelo então presidente da República, Itamar Franco.

Decorridos anos de luta pela regulamentação do pessoal auxiliar odontológico, finalmente, em 24 de dezembro de 2008, foi sancionada a Lei nº 11.889 que regulamenta o exercício das profissões de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e de Técnico em Saúde Bucal (TSB), em todo território nacional. Até então, a única legislação existente era a Lei nº 5.081 de 24 de agosto de 1966 que regula o exercício da odontologia, no entanto, se restringindo exclusivamente, ao exercício

² Disponível em <http://www.apatesb.com.br/> acesso em 11 /04/11.

profissional do Cirurgião-Dentista. Ainda, para selar esta importante conquista para a odontologia, a regulamentação das profissões de TSB e ASB, foi instituído pelo CFO, em 24 de dezembro de 2010, o dia Nacional do Pessoal Auxiliar Odontológico.

Retomando a trajetória do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), Zanetti (1993) lembra que o mesmo foi constituído como um movimento social de caráter civil e não institucionalizado. Nele, agregaram-se professores e estudantes universitários e, alguns raros Cirurgiões-Dentistas, profissionais liberais, não inseridos nos serviços públicos. Esse movimento foi responsável por uma série de disputas pela representação da odontologia e ainda, serviu de base para a organização do primeiro Encontro Nacional de Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), articulado e organizado por um grupo de Cirurgiões-Dentistas do campo da Saúde Bucal Coletiva.

Segundo Serra (1998), a contribuição histórica do MBRO foi a disseminação de uma concepção político sanitária através de boletins, conferências, atuando e discutindo questões relativas à democratização da Saúde e do país, fazendo com que a Odontologia tivesse suas proposições em consonância com os demais segmentos da área da saúde, envolvidos e reunidos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Todos esses Encontros se diferenciam dos demais por serem organizados por instituições públicas, constituindo-se em fóruns importantes onde são discutidas teoria e prática de ações e serviços odontológicos, em Saúde Pública. Eles são abertos à participação de todo profissional vinculado ao serviço público, inclusive, os de ensino, pesquisa e estudantes (Zanetti, 1993).

O tema Recursos Humanos foi e tem sido uma constante preocupação destes Encontros. Dentre estes, Serra (1998) recuperou os ENATESPO da década de 80 em sua dissertação de mestrado, conforme veremos a seguir.

O I ENATESPO ocorreu em dezembro de 1984, em Goiânia/GO e reuniu representantes de órgãos governamentais da odontologia, instituições de ensino e entidades representativas da odontologia e da sociedade para discutirem o tema: “Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático”. Este tema já sinalizava para a readequação dos recursos humanos, em todos os níveis (dentistas, ACD e THD), à realidade nacional e para a formação de equipes odontológicas. O II ENATESPO foi, em Curitiba/PR, no ano seguinte e também reiterou a necessidade de ser incentivada pelo Conselho Federal de Odontologia

(CFO), a formação de pessoal auxiliar em Odontologia (THD e ACD). No III ENATESPO realizado em Belém/PA, em 1986, discutiram-se cinco grandes temas, além do debate sobre a I Conferência Nacional de Saúde Bucal marcada para o mês seguinte, outubro, em Brasília. Entre os temas, foram debatidas as questões de isonomia salarial e criação de cargos e cursos para Técnico em Higiene Dental (THD), Técnico em Prótese Dentária (TPD) e Agentes de Saúde (Oliveira, 2007).

O IV ENATESPO foi realizado em Uberaba/MG, em 1987, no momento em que as diretrizes da reforma sanitária eram incorporadas ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado pelo decreto nº 94.657 de 20/07/87. A discussão, no Encontro, apontava para a necessidade de mudanças urgentes, tanto no campo social como no então, modelo de prática odontológica em função dos alarmantes indicadores epidemiológicos (Narvai, 1994).

Referente à capacitação de recursos humanos na odontologia, Narvai (1994) destacou trecho do seu relatório final no V ENATESPO realizado em 1988, em Recife/PE, recomendando que as instituições invistam na educação continuada e na formação do pessoal odontológico.

Em 1988, um importante acontecimento ocorreu no país. A coexistência de uma crise econômica e a luta pela redemocratização do Brasil, nos anos 80, estimulou debates políticos entre profissionais de saúde e intelectuais. Tais debates resultaram na elaboração da Constituição Federal de 1988. Esta, assegurou a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde com cobertura integral dos serviços e ações de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, criado constitucionalmente, passou a representar um processo social em permanente construção. No artigo 200 da Constituição Federal de 1988, consta entre as atribuições do SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Brasil, 1988).

A municipalização das ações e serviços de saúde, em curso no Brasil, decorrentes da implantação do SUS; os novos modelos da atenção em Saúde Bucal e a questão de recursos humanos foram os temas discutidos em 1989, em Goiânia/GO, no VI ENATESPO. No relatório final deste Encontro, foi ressaltada a política de Recursos Humanos como condição indispensável para instrumentalização de novos modelos de atenção em saúde bucal.

Entre os grandes temas da Saúde e da Saúde Bucal, o VII ENATESPO realizado em 1990, na cidade de Porto Alegre/RS, apresentou o eixo “Formação e

Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde Bucal” e, pela primeira vez, divulgou-se inúmeras experiências de implementação de políticas públicas de Saúde Bucal, no país, após a promulgação do SUS.

O tema “Construindo a Saúde Bucal Coletiva no Brasil” foi discutido em São Paulo, no VIII ENATESPO, em outubro de 1991. Em suas deliberações finais, exigia-se que o Ministério da Saúde cumprisse o art.27 da Lei 8080/90 que trata da organização de um sistema de formação de recursos humanos em saúde, em todos os níveis de ensino.

A partir do I ENATESPO até hoje, este Encontro vem se realizando a cada um ou dois anos e atualmente, constitui-se em um dos fóruns mais importantes no país para discussão, análise e encaminhamento das práticas odontológicas de acordo com o modelo de atenção.

2.1.2 Modelos de atenção e a inserção do pessoal auxiliar

Para Paim (2002), modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas.

Ao longo dos anos 80 e 90, surgiu a Odontologia Integral que herdou da Odontologia Simplificada da década anterior, a idéia de equipe formada pelo Cirurgião-Dentista (CD), Técnicos em Higiene Dental (THD) e de Atendentes de Consultório Dentário (ACD).

Segundo Zanetti (1993), a diferença entre os dois modelos é que na Odontologia Integral, a equipe, especialmente com o THD, passou a ocupar novos espaços fora das clínicas para desenvolver atividades preventivas.

Concomitantemente às mudanças programáticas que ocorriam de acordo com os modelos de atenção vigentes, na época, e que valorizavam a inserção do pessoal auxiliar, um importante programa federal conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), também colaborou para a inserção de THD e ACD no país, na década de 80.

Para Liñan (2000), com a criação dos cursos e das ocupações do ACD e do THD pelo Parecer MEC/CEF nº 460/75, objetivou-se consolidar um projeto de

democratização do sistema de saúde nacional e alcançar os objetivos da reforma sanitária. Desta forma, emergiu uma proposta para os trabalhadores da saúde já inseridos no mercado de trabalho: o “Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde”, sendo conhecido como “Projeto Larga Escala”. Este Programa foi elaborado pelo governo federal, em 1981, com a participação da equipe técnica de Recursos Humanos, no âmbito Interministerial (Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Sua finalidade era a de qualificar e habilitar, por via supletiva, com avaliação no processo, pessoal de nível médio e elementar já engajado ou em processo de admissão nos serviços.

Conforme Cavalcanti (2003), o “Projeto Larga Escala” também viabilizou a criação das Escolas Técnicas de Saúde e dos Centros Formadores de Recursos Humanos, entidades governamentais que têm como principal função a promoção da profissionalização dos trabalhadores do SUS. Pelo Projeto Larga Escala qualificaram-se, primeiramente, os trabalhadores da área de Enfermagem, os Auxiliares de Enfermagem e posteriormente, os de outras áreas da saúde.

O primeiro curso da Odontologia, baseado nessa proposta, foi o de Técnico em Higiene Dental no estado do Paraná, em novembro de 1984. Depois, outros municípios também foram se envolvendo neste Projeto (Pezzato, 2001).

Viegas (1966) já considerava que a auxiliar odontológica com uma formação institucional, seria mais bem aproveitada que a auxiliar treinada em serviços, comum na época e que os CD, formados em escolas onde se ministram também cursos para auxiliares, aceitariam melhor a presença destas últimas. Recomendou que as autoridades responsáveis pelo ensino da odontologia examinassem a conveniência de aumentar o número dos cursos de formação de auxiliares. Para o autor, é imprescindível que se ensine nas faculdades, os futuros profissionais a trabalharem com esse tipo de pessoal auxiliar bem como, deve-se orientar os profissionais para o aproveitamento adequado à medida que forem sendo incluídos nos serviços de odontologia.

Outro grande impulso para a inserção do pessoal auxiliar odontológico nos serviços públicos, foi a criação do Projeto Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo Ministério da Saúde com a posterior inclusão da equipe de Saúde Bucal nas equipes de saúde da família (Brasil, 2001).

O Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, apontou um CPO médio aos 12 anos de 2,78 e de 20,12 na faixa etária de 35 a 44 anos. Revelou, ainda, nesta faixa etária de 35 a 44 anos, menos de 22% de indivíduos com gengiva sadia. Com relação ao acesso a serviços odontológicos, cerca de 14% de adolescentes nunca foram ao dentista (Brasil, 2004a).

Para mudar o perfil de saúde bucal, traçado neste Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003, o Ministério da Saúde implanta uma estratégia, em 2004, efetivada com o lançamento do programa Brasil Sorridente, de forma a ampliar e qualificar a assistência odontológica desde a atenção básica até a estruturação da atenção secundária, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de atenção terciária. Reafirmando, assim, a necessidade de uma reformulação no sistema de trabalho, incluindo o modelo de trabalho em equipe de Saúde Bucal e não mais centrada somente na figura do Cirurgião-Dentista (Zilbovicius, 2005).

O Programa Brasil Sorridente tem como um dos eixos estruturantes o acesso universal à assistência odontológica, desenvolvendo ações voltadas para todas as faixas etárias, invertendo a lógica tradicionalmente centrada na atenção materno-infantil (Queluz, 2003).

2.1.2.1 O Projeto Larga Escala

No cenário político brasileiro temos, após 1964, a expansão do modelo capitalista com o crescimento desordenado do setor privado, a incorporação de novas tecnologias e a absorção de mão de obra barata e desqualificada na área de prestação de serviços (Santos et al., 1988).

Neste mesmo contexto, os serviços de saúde também têm absorvido um grande número de trabalhadores sem formação específica e frequentemente, sem escolaridade mínima. Esse pessoal, geralmente, recebe treinamentos rápidos que não oferecem e nem garantem uma prática segura.

Para contrapor este cenário, no início dos anos 80, foi concebido o “Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar

para os Serviços Básicos de Saúde”, projeto este comprometido com a transformação social, com uma proposta alternativa de qualificação profissional de trabalhadores da saúde sem formação específica que perdurou até a regulamentação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que em 1996, põe fim aos cursos supletivos e, dentre eles, o PLE (Bassinello; Bagnato, 2009b).

O Projeto Larga Escala foi um movimento fundamentado por diversos outros processos que buscavam profundas transformações no sistema de saúde brasileiro, dentre eles o processo de elaboração da Reforma Sanitária que propunha a reformulação dos serviços de saúde para a extensão de cobertura. O PLE constituiu-se em estratégia prioritária para a preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde (AIS) que buscava a integração de serviços, rumo ao Sistema Único de Saúde, definido na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (Brasil, 1985).

O PLE teve uma importância fundamental, pois representou uma estratégia de formação por meio de uma opção de educação do sistema formal do ensino nacional, na época, a via supletiva. Estabeleceu-se como uma experiência pedagógica, amparada pela Lei Federal nº 5.692/ 71 das Diretrizes e Bases da Educação Nacional e pelo parecer do Conselho Federal de Educação, CFE nº 699/72 (Bassinello; Bagnato, 2009a).

O fato de ter sido autorizado como uma experiência pedagógica possibilitou uma inovação na forma de ensino quais sejam:

- o curso se desenvolve no horário de trabalho do aluno-funcionário;
- a metodologia é problematizadora e participativa, propiciando a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações;
- o currículo é baseado na parte profissionalizante, inovando a maneira de trabalhar o conteúdo, através de períodos de concentração (teoria) e dispersão (prática);
- o currículo é integrado, ou seja, os conteúdos são organizados em unidades que guardam entre si uma relação de interdependência que se concretiza na medida em que o processo ensino-aprendizagem avança e pode ser definido como um plano pedagógico que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade;

- os conteúdos teóricos são introduzidos como fator de explicitação da prática e de melhor compreensão de suas dimensões técnicas e sociais;
- a avaliação é baseada no desempenho das atividades propostas e desenvolvidas no próprio local de trabalho, no momento da dispersão, atribuindo-se o conceito “Apto” ou “Não Apto” e não se utilizando de notas ou sistema de provas classificatórias como no ensino tradicional;
- como critério de avaliação, não se utiliza a frequência nas aulas, pois o que se valoriza é o desempenho no trabalho e como o aluno evolui e melhora segundo seus próprios parâmetros;
- os instrutores (docentes) são profissionais de nível universitário da área específica da categoria a ser formada, os quais são introduzidos na metodologia adotada, através de Capacitação Pedagógica e Capacitações Técnico-Pedagógicas. Esses docentes são igualmente responsáveis pelo processo de trabalho que se deseja qualificar (São Paulo (Estado), 1993).

Resumidamente, o Projeto Larga Escala tinha como premissas: o trabalho como princípio pedagógico, tendo o espaço de trabalho como local de aprendizagem; a formação docente na capacitação pedagógica e; a prática-reflexão-prática como eixo metodológico da construção curricular.

A fase inicial do PLE, em cada Estado, foi custeada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) mediante dotações de suporte e, uma vez implementada a proposta, a continuidade deveria ser custeada pela Secretaria de cada estado da federação. Para a sua execução foi necessária a implantação de um centro formador em cada estado, reconhecido pelo sistema de ensino e que viriam a tornarem-se as atuais Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS).

A proposta do Projeto Larga Escala foi trazida para o estado de São Paulo, em dezembro de 1985, por uma equipe composta por técnicos do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde que desenvolveram capacitações técnico-pedagógicas para os profissionais da saúde envolvidos no processo. Em 1986, com os profissionais já capacitados, foram criados os Centros Formadores junto às já existentes, na época, Escolas de Auxiliar de Enfermagem, dando continuidade ao processo de capacitação e formação de docentes (São Paulo (Estado), 1989).

O primeiro curso de Técnico em Higiene Dental – THD, do estado de SP, foi realizado no município de Embu, o qual teve seu início em 1987 e formou uma turma de 15 THD (São Paulo (Estado), 1988).

No Embu, no início dos anos 80 com o processo de redemocratização que se instalava no país, era criada a secretaria municipal de saúde e aí, se engajava de maneira concreta no movimento da Reforma Sanitária. O curso de THD fazia parte deste processo, buscando a reorganização dos serviços assistenciais e integrava um projeto maior, piloto, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde do Embu por meio do “Programa de Integração Docente-Assistencial da Universidade Federal de SP - PIDA Embu-Unifesp”³. O processo de integração ensino-serviços deste programa baseava-se nos princípios da medicina geral e comunitária e tendo como objetivo a atuação das Universidades no Sistema Local de Saúde (SILOS) e contava, ainda, com o apoio financeiro da Fundação Kellog.

No programa do Embu, tendo a equipe formada por 1 CD, 1 THD e 2 ACD, os custos das consultas odontológicas caíram em cerca de 70% para o município, mantendo-se a mesma qualidade no atendimento (Pimenta, 1994).

Retornando à esfera nacional, em 2000, após quase um ano de debates entre representantes de órgãos e instituições como OPAS e Ministério da Saúde, por meio da antiga Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde, do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), foi criado pela Portaria nº 1.298 do Ministério da Saúde, no dia 28 de novembro, a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS).

A RET-SUS é uma rede governamental composta de 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS no país, envolvendo o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para facilitar a articulação entre as ETSUS e fortalecer a Educação Profissional em Saúde.

Atualmente, das 36 instituições, 01 é federal e 07 estão no estado de SP, sendo uma municipal em São Paulo, capital. A maioria delas é vinculada diretamente à gestão do SUS e mesmo as que pertencem a outras secretarias,

³ Disponível em <http://www.unifesp.br/acesso> em 23/02/2011

como Educação e Ciência e Tecnologia, têm gestão compartilhada com a Secretaria de Saúde (Monteiro, 2009).

A portaria de criação da RET-SUS nº 1.298/00⁴, foi atualizada em 25 de novembro de 2009 pela portaria nº 2.970, reinstituindo a Rede e definindo como objetivos: compartilhamento de informação e conhecimento; busca de soluções para problemas de interesse comum; difusão de metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica; tendo em vista à implementação de políticas de recursos humanos de nível médio em saúde e promoção da articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no país, com vistas a ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.

2.1.3 As Políticas de Saúde e o pessoal auxiliar

Em 1980, na VII Conferencia Nacional de Saúde, críticas à visão tecnicista da profissão odontológica, o entendimento de que a prestação de serviços se dava em termos não realísticos, propostas de mudanças de paradigmas e a percepção de que os recursos humanos odontológicos eram inadequados para a realidade brasileira tornaram-se reconhecidas oficialmente e foi proposta, também, a incorporação do THD aos serviços (Freitas, 1993).

A questão do pessoal auxiliar foi amplamente discutida na XI Conferência Nacional de Saúde (XI CNS), em 2000, reafirmando também a necessidade de órgãos do governo incentivarem a formação de ACD e THD com vistas à composição da equipe de saúde bucal para uma prática produtiva, eficaz e eficiente e priorizarem a qualidade dos serviços e a ampliação do acesso da população ao atendimento odontológico.

Em 1986, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano. No tema Recursos Humanos destacou-se a proposta de incorporação de

⁴ Disponível em <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/> acesso em 09/02/11

peçoal auxiliar odontológico nos serviços de saúde. Na discussão referente à inserção da Odontologia no SUS, também evidenciou-se que a formação urgente e a incorporação imediata de peçoal de nível elementar e médio (ACD e THD) se fazia necessária como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade requerida naquele momento. Concluíram que o poder público deveria patrocinar e estimular a formação desse peçoal, em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas, reformulando a legislação que regulamentava o exercício profissional do THD de modo a facilitar sua formação (Pezzato et al., 2007).

Neste mesmo ano de 1986:

Viegas⁵ analisando as necessidades assistenciais no Estado de São Paulo e os recursos humanos odontológicos existentes, referiu que seriam necessários três vezes mais dentistas para que se pudesse tratar apenas os problemas básicos da população de seis a setenta anos. Isso implicaria baixar a proporção cirurgião-dentista/habitante para níveis socialmente insuportáveis (algo em torno de 1:250). Em conclusão, afirmava que os esforços para melhorar os níveis de saúde bucal deveriam perseguir dois objetivos estratégicos: incrementar, de um lado, as medidas preventivas coletivas e, de outro, incorporar peçoal auxiliar odontológico (especialmente, o técnico em higiene dental) nas equipes de trabalho, de modo a utilizar com racionalidade os profissionais de nível universitário, atribuindo-lhes funções compatíveis com a sua qualificação. Segundo ele, somente o trabalho tecnicamente dividido poderia viabilizar o potencial de cobertura de cada profissional: dos atuais 250 tratamentos completados (TCs), em média por ano (quatro horas diárias), para cerca de 1000 TCs, dependendo do tipo de serviço requerido (Frazão, 1997, p.6).

Nesta época, diversos municípios incorporaram os auxiliares, especialmente, o THD em práticas preventivas e, novos modelos assistenciais em saúde bucal, mais resolutivos e condizentes com os princípios do SUS, foram implantados como nos modelos de Santos/SP, Embu/SP, Curitiba/PR, Brasília/DF, Belo Horizonte/MG e Ipatinga/ MG (Oliveira et al., 1999).

O Ministério da Saúde, em 1988, criou a “Política Nacional de Saúde Bucal”. Esta iniciativa envolveu as áreas técnicas dos três ministérios com atuação em Saúde Bucal (Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação), as entidades

⁵ Viegas AR. Situação de saúde bucal no Estado de São Paulo. Apresentado na 1ª. Conferência Estadual de Saúde Bucal. São Paulo, setembro de 1986.

profissionais (CFO, ABO, ABENO, Federação Nacional dos Odontologistas e Academia Brasileira de Odontologia) e as Coordenadorias Macrorregionais de Odontologia (Kornis et al., 2006).

Em 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Bucal que reuniu representantes de usuários do SUS, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores. Dentre as discussões desta conferência se destacaram a formação ineficiente de recursos humanos em saúde bucal, bem como a importância de se considerar a saúde bucal como direito de cidadania (Zilbovicius, 2005).

No final deste mesmo ano, para evitar a superposição de atividades entre o THD e o CD, o Conselho Federal de Odontologia baixou a portaria nº 185/93 restringindo o exercício das funções do THD. A principal medida da portaria vetava a realização de esculturas pelos THD (Pimenta, 1994; Pezzato, 2001).

Na III Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, novamente discutiram-se os temas de formação e trabalho em saúde bucal. No relatório final foi proposta uma estratégica redefinição do modelo de formação de recursos humanos, que estimule a discussão do projeto político-pedagógico dos cursos formadores destes profissionais na área da saúde e que efetive uma aproximação entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, por exemplo, por meio de estágios supervisionados ou pela implantação dos pólos de educação permanente em saúde, em todos os estados da nação, de acordo com as realidades locais. (Junqueira et al., 2004).

Ainda, em 2004, com o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, pelo Ministério da Saúde, a Saúde Bucal passou a constituir-se uma das prioridades relacionadas ao setor saúde. Aumento significativo de investimentos passou a ser destinado ao subsetor da saúde bucal (Brasil, 2004b).

A nova Política Nacional de Saúde Bucal, também denominada Brasil Sorridente, engloba diversas ações do Ministério da Saúde e busca melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Sobre o THD, previu sua utilização em ações de educação em saúde e sua adequação no quadro de recursos humanos para a ampliação e qualificação da assistência. Tais condições voltaram a incrementar a formação de auxiliares de saúde bucal, incluindo o técnico, mas acreditamos que ainda exista um grande desafio a ser vencido com relação a compatibilizar os recursos humanos com as necessidades da população. Uma possibilidade seria incorporar equipes de Saúde Bucal com a inclusão do técnico,

em locais com estrutura física já instalada otimizando os recursos existentes, o que, certamente, reverteria em benefício da população sem custo adicional, como para a construção de salas, aquisição de novos equipamentos e instrumental odontológicos (Junqueira et al., 2006).

Esta questão sobre a importância e utilidade do técnico nos serviços de Saúde Bucal também foi evidenciada no trabalho realizado com os THD por Biazevic (2000) que apontou que 100% dos THD opinou dizendo que seu trabalho aumenta e agiliza a capacidade de atendimento nos serviços de saúde. Isso demonstra que, na opinião dos THD, a maior cobertura populacional em termos de fornecimento de serviços de saúde passa, obrigatoriamente, pelo amplo emprego de pessoal de nível técnico, reduzindo os custos da assistência à saúde.

Para Pezzato (2001), a incorporação e a formação do técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário nos serviços públicos de saúde dependem, diretamente, do investimento nas políticas sociais em diferentes momentos, dando continuidade ou não às ações que estão sendo realizadas. Em determinados momentos, são valorizados os procedimentos executados pelos THD, em outros não, influenciando diretamente na inclusão ou não deste profissional nas equipes.

Na década de 80, a introdução dos procedimentos coletivos preventivos e educativos em Saúde Bucal foi um dos principais motivos da aceitação, pelo cirurgião-dentista, do THD e do ACD na equipe porque segundo Pezzato (2001), esse movimento de utilização de pessoal auxiliar odontológico vem dos dentistas de serviço público que trabalham com Odontologia Social e Preventiva.

Ressaltamos que essa é uma situação bastante comum em todas as ações de saúde do SUS, pois um conjunto de normas, Norma Operacional Básica (NOB), do Ministério da Saúde estabelece critérios e diretrizes para o repasse de recursos do SUS aos Estados e Municípios, assim, todo o sistema de saúde que compõe o SUS deve adaptar-se a essas normas.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a NOB disciplina a operacionalização da gestão da Política de Saúde e constitui-se em um instrumento de regulação do SUS. Além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá orientação prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil (Brasil, 1988).

Dentre todas as NOB, especialmente, a de 1996 (NOB-96) destacava a reorganização do modelo assistencial através da transferência da responsabilidade da gestão da atenção básica para os municípios e o repasse de recursos de forma direta e automática, fundo a fundo, aos municípios e estados, do Piso de Atenção Básica (PAB). Essa forma de financiamento, entretanto, extinguiu a remuneração por procedimento, via tabela do SUS, que significou uma perda do incentivo financeiro para as ações de promoção da saúde bucal, tais como os Procedimentos Coletivos (PC) (Brasil, 1996a).

Consideramos que os PC significaram uma importante estratégia para a inserção de pessoal auxiliar odontológico como suporte para as ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

No período de 1994 a 1998 houve, no estado de SP, um importante projeto, Inovações no Ensino Básico (IEB) que incentivava os municípios a desenvolverem na área de Saúde Bucal, os Procedimentos Coletivos, disponibilizando consultoria e insumos odontológicos para a sua execução.

O Projeto IEB foi criado dentro de um programa de governo que tinha como objetivo melhorar a qualidade do ensino no ciclo básico e ampliar o atendimento pré-escolar em 35 municípios da região metropolitana de São Paulo, dentre eles o município de Embu, através de um contrato de empréstimo (BR 3375) firmado com o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial), tendo como tomador o Governo do Estado de São Paulo, representado pela Secretaria de Estado da Educação e pela Secretaria de Estado da Saúde (Calvo, 1995).

Este Projeto era constituído de cinco componentes, sendo um deles o componente Saúde, sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e em regime de mútua cooperação com os 35 municípios, sendo a principal meta estratégica o desenvolvimento institucional dos municípios no sentido de melhor capacitá-los para o seu papel no SUS, repassando equipamentos e insumos, além de consultoria e treinamentos específicos aos profissionais das redes municipais para o desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção em saúde.

Dentro do componente Saúde, especificamente na Saúde Bucal, estas atividades de promoção e prevenção constituíam-se nos Procedimentos Coletivos (PC), sendo que a contrapartida do município neste processo era garantir os recursos humanos para a execução desses PC (Calvo, 1995).

A Odontologia, caracterizada como uma das áreas da saúde que mais se expandiu no Brasil, nos últimos anos, tornou-se a terceira categoria de nível superior da equipe de saúde, depois da Medicina e da Enfermagem (Pontes, 2007).

No que se refere às políticas de Saúde Bucal, podemos considerar que as políticas públicas do governo federal, formuladas nos últimos anos, contribuíram de forma efetiva para o crescimento das categorias odontológicas com a implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF e, mais recentemente, com o lançamento do “Programa Brasil Sorridente” (Brasil, 2004b).

O Ministério da Saúde introduziu, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), inspirado no Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) criado em 1991, como uma estratégia para estruturar o modelo assistencial na atenção básica do SUS.

Para Roncalli (2003), a família é a unidade de ação do programa, cujo projeto tem como eixo central as ações de vigilância à saúde vinculadas à rede de serviços do SUS, com garantia de atenção integral aos indivíduos e suas famílias.

A partir do ano 2000, as ações de saúde bucal passaram a ser incluídas na estratégia do PSF. Mais precisamente, em dezembro de 2000, o Ministério da Saúde baixou a Portaria nº 1.444, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. O plano previa, também, cursos de formação e capacitação dos profissionais. A meta era formar em 2001, 1.407 ACD e 2.109 THD e seriam capacitados 5.431 CD, 2.173 THD e 5431 ACD, além de 61.200 agentes comunitários de saúde (ACS) (Brasil, 2000).

O Brasil tem atualmente, 11.715 TSB⁶ inscritos nos Conselhos de Odontologia. Regulamentada pela Portaria nº 267 de 06/03/2001, a Portaria nº 1.444/00 instituiu um incentivo financeiro para a integração de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, por meio de duas possíveis modalidades: Modalidade I - composta por CD e ACD (ambos de 40 horas semanais) ou Modalidade II - composta por CD, THD e ACD (todos de 40 horas semanais). Em 2003, a Portaria nº 673/03 do Ministério da Saúde alterou a proporção de equipes de saúde bucal no PSF para 1:1, ou seja, para cada equipe de saúde da família poderá ser integrada uma equipe de saúde bucal. Para a efetivação

⁶ Disponível em <http://www.cfo.org.br/> acesso em 20/05/11.

destas equipes foi criado um sistema de transferência de recursos especiais para os municípios habilitados em uma das 2 modalidades (Junqueira et al., 2004).

Vale lembrar que desde há alguns anos, a denominação Programa Saúde da Família (PSF) foi substituída por Estratégia Saúde da Família (ESF) visto que o termo Programa aponta para uma atividade com início, meio e fim e a Saúde da Família é, essencialmente, uma estratégia de reorganização da atenção primária e, por isso mesmo, não prevê um tempo definido para sua finalização.

Com relação à formação profissional, os cursos profissionalizantes, frequentemente, foram marcados por uma divisão social e técnica entre o pensar e o fazer e, isto ocorreu por uma forte influência das concepções dos campos da economia e da sociologia na relação Educação e Trabalho. Os profissionais que iriam desempenhar as funções intelectuais aprendiam o saber sobre o trabalho, na escola e os demais, que iriam desempenhar o trabalho na prática, aprendiam por meio de treinamentos ou cursos de curta duração, distantes da realidade dos serviços (Kuenzer, 1992).

Segundo Cunha (2000), o objetivo era que todos os alunos obtivessem, no 2º grau, uma habilitação profissional como técnico ou auxiliar técnico. Para o autor, o objetivo desta medida era conter a demanda de candidatos para o ensino superior, de modo a encaminhá-los para um mercado de trabalho supostamente desprovido de profissionais habilitados.

É necessário salientar que as transformações no campo da saúde foram acompanhadas, geralmente, por mudanças no campo da educação. As novas Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), promulgadas pela Lei Federal n.º. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, substituíram a Lei n.º. 5.692/71 que introduziu a profissionalização no ensino médio.

Oliveira (2007) conta que Zanetti(2007)⁷, referindo-se à regulamentação do THD, considera que o foco da discussão, velado ou não, tem sido por interesses dos CD e não por objetivos claros de utilidade e justiça do exercício profissional do THD. Afirma, também, que o processo de profissionalização dos THD se faz dependente do processo de profissionalização dos CD e, que complexidades inerentes à plethora dos CD, no Brasil, desdobram-se sobre as expectativas e interesses dos THD.

⁷ Zanetti CHG. Sem título. Apontamentos para um artigo que se dedica a verificar o grau de realismo nas racionalizações econômicas que ajuízam a presença de THD em ESF. 2007.

O quadro de plethora profissional, ou seja, muita oferta de serviços e diminuição da capacidade de compra pela população, iniciou-se nos anos 90 (Pontes, 2007).

2.1.3.1 A Política Nacional de Educação Permanente

Buscando atender às reais necessidades de Recursos Humanos (RH) para o SUS, o Ministério da Saúde criou uma estratégia para formação e qualificação dos trabalhadores do SUS com a Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Esta Política teve origem quanto ao método e fundamentação na década de 90, com o programa de Desenvolvimento de RH da OPAS. O momento seguinte inicia-se com a nova política, em 2003, caracterizado pelo princípio de que Saúde é um bem público e os trabalhadores que atuam, também, são um bem público. Essa mudança na política de recursos humanos vem acompanhada da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) no Ministério da Saúde que passa a tratar, especificamente, da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na Saúde. Em um trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as Instituições de Ensino, a educação permanente objetiva reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde (Brasil, 2004c).

Na educação permanente pressupõe-se que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática. Considera-se que é o encontro entre os mundos de formação e o de trabalho e que propicia melhorias como: adaptação à mudança, redução do stress, melhoria das decisões, aumento da eficiência no desempenho das funções, diminuição dos erros e ampliação potencial de mudança de comportamento (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Os gestores esperam, cada vez mais, que seus profissionais tenham um desempenho qualificado nos processos de trabalho e, conseqüentemente, colaborem na consecução dos objetivos e metas organizacionais como a qualidade

que pode vir acompanhada de outras características tais como: a alta produtividade e baixos custos (Follador; Castilho, 2007).

A educação permanente em Saúde surge no sentido de priorizar os processos de educação no trabalho, incentivando o desenvolvimento e aplicação de metodologias que permitam a qualificação dos profissionais de acordo com os princípios do SUS (Ceccim, 2005).

Conforme Queluz (2003), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o trabalho é destacado como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, tendo como principais objetivos:

- a) desenvolver um profissional crítico, capaz de aprender, trabalhar em equipe considerando a realidade social para prestar uma assistência adequada e,
- b) facilitar aos profissionais e instituições a transformação tanto das práticas educativas bem como das ações e serviços do SUS (Brasil, 2004c).

Nas Universidades, as atuais Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia, também valorizam a inserção dos alunos no Sistema Único de Saúde. Identificamos isto em seu parágrafo único: “A formação do Cirurgião–Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referencia e contra-referencia e o trabalho em equipe” (Brasil, 2002b).

Neste sentido, Morita e Kriger (2004) afirmam que para trabalhar no SUS com qualidade e atender às necessidades da população é necessário ser um profissional generalista, tecnicamente competente, com espírito crítico, que seja capaz de refletir e de atuar na sociedade em que estão inseridos.

É este perfil que se busca formar com a inclusão da Saúde Coletiva nos currículos escolares, incorporando conhecimentos advindos das Ciências Sociais e Humanas tanto dos cursos médios como universitários, buscando-se a ruptura com o tradicional reducionismo da problemática da saúde ao determinante biológico.

Sabe-se, atualmente, que o processo saúde-doença é muito mais amplo e complexo do que apenas a concepção puramente biológica (Birman, 1991).

Além disso, a Saúde Coletiva fundamenta ações transdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e transeitoriais em diferentes organizações e instituições, por diversos atores, dentro e fora do “setor saúde” (Paim; Filho, 1998).

Dessa maneira, enquanto campo de conhecimentos e no âmbito de práticas, a Saúde Coletiva disponibiliza instrumental para uma formação profissional mais ampla tanto nas Universidades como nas Escolas Técnicas.

O ensino de Saúde Bucal Coletiva na graduação contribui para que abordagens sociais teóricas e práticas possam ser assimiladas pelos futuros cirurgiões-dentistas, fornecendo subsídios para uma atenção em saúde bucal integral, resolutiva e humanizada e de acordo com o SUS e, conforme afirma Pinto (2000), quando o cirurgião-dentista limita a sua atuação, exclusivamente, ao campo biológico ou dentro do trabalho técnico em Odontologia, separando-o dos demais campos do conhecimento, ele reduz de maneira drástica as possibilidades de proporcionar saúde bucal, tanto para seus pacientes quanto para a sociedade em que está inserido.

A denominação Saúde Bucal Coletiva surgiu no final dos anos 80, contrapondo-se à mercantilização da saúde (Pontes, 2007).

Conforme esclarece Narvai (2002), o termo “coletiva” foi acrescentado à expressão “saúde bucal” nos anos 80. Para este autor, passou-se a falar em “saúde bucal coletiva” e não em “odontologia coletiva” porque esta expressão significava continuar preso à noção de odontologia e era isso mesmo que se procurava evitar.

Assim sendo, considerou-se que mesmo reconhecendo a importância da assistência odontológica, buscava-se construir uma referência teórica para as ações a serem desenvolvidas que, mantendo o vínculo com a “saúde bucal” extrapolasse os limites do puramente assistencial, ou seja, daquilo que é tido como “odontológico” (Narvai, 1994).

Para Botazzo (1994, p.58):

[...] o objeto de trabalho da saúde bucal coletiva não é o mesmo da prática odontológica, tendo esta última, como seu objeto de trabalho, a boca (corpo biológico) para o qual se organizam tecnologias que visam estabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo. Já a saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção das doenças bucais e aí buscar tecnologias que visem não a 'cura' do paciente, mas sim a diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva.

Esta questão, também, consta na Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008 que pôs fim a uma longa trajetória de esforços pelo reconhecimento legal dos dois profissionais da área odontológica: o Técnico em Saúde Bucal - TSB e o Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Esta lei regulamentou o exercício profissional dos mesmos e alterou as denominações anteriores de Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário, respectivamente. Até a publicação desta lei, eram consideradas apenas ocupações e tinham como elementos organizadores da legislação dois instrumentos normativos, o Parecer CFE nº 460/1975 e a Resolução CFO-085 /2009 advindos respectivamente do Conselho Federal de Educação e do Conselho Federal de Odontologia, devido à inexistência de regulamentação das profissões pelo governo federal (Biazevic et al., 2011; Frazão; Narvai, 2011).

Oliveira (2007) lembra que a mudança de denominação do Técnico em Higiene Dental para Técnico em Saúde Bucal já havia sido proposta, inicialmente pelo MEC, em 2000, portanto, bem anterior a essa lei nº 11.889.

Para Narvai et al. (1989), a utilização do técnico nas equipes de Saúde Bucal, comprovadamente, eleva a qualidade dos serviços.

Consideramos que a atual Lei nº 11.889/2008 abre perspectivas promissoras para a definitiva consolidação profissional do Auxiliar em Saúde Bucal e especialmente, do Técnico em Saúde Bucal, no Brasil.

3 PROPOSIÇÃO

O presente estudo tem como objetivos:

- Descrever a percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal;
- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores da inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe, de forma efetiva.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 METODOLOGIA

A abordagem de uma dada realidade pode ser realizada a partir de diferentes perspectivas ou marcos teóricos, o que vai gerar diversas possibilidades no emprego de métodos e técnicas (Chiesa ; Ciampone, 1999).

Trata-se, aqui, de um estudo descritivo de natureza qualitativa e utilizamos a técnica de Grupo Focal (GF) para a coleta de dados e posterior análise.

4.1.1 Metodologia Qualitativa

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, das opiniões e das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, como sentem e pensam. São indicados às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, das relações (Minayo, 2008).

Partindo de uma concepção crítica da realidade e considerando-se que esta só pode ser compreendida com o resgate do vivenciado que engloba sentimentos, emoções e representações, o cotidiano vivido pelos sujeitos e o sentido a ele atribuído é considerado ponto de partida para a captação e compreensão dos fenômenos do campo social (Chiesa; Ciampone, 1999).

Segundo Franco (2007, p.12):

[...] as mensagens expressam as representações sociais na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento.

Para este estudo, por tratar-se de um fenômeno de natureza social, justifica-se a nossa opção pela metodologia qualitativa.

Os aspectos qualitativos constituem-se de variáveis que incluem a possibilidade de diferentes valorações e interpretações acerca de uma mesma situação ou experiência pelos sujeitos envolvidos no processo, podendo ser expressas por meio de linguagem verbal e não verbal, a não generalização dos resultados, a concepção de que a verdade absoluta não existe e a que a verdade é sempre relativa ao contexto de onde emerge o objeto do conhecimento (Chiesa; Ciampone, 1999).

Ao contrário da pesquisa quantitativa onde os questionários, que contém roteiros de perguntas bem definidas, são os instrumentos mais utilizados, na pesquisa qualitativa segundo Minayo (2008), a entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo. É acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

Para esta pesquisa optamos pela técnica do Grupo Focal por ser a mais adequada ao propósito deste estudo, sendo indicada quando se pretende explorar um “foco” e que conforme Powell e Single (1996), o Grupo Focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal. Tal como foi realizado neste estudo.

O Grupo Focal, na visão de Chiesa e Ciampone (1999), é indicado para obter dados sobre sentimentos e opiniões de pequenos grupos sobre determinado problema, experiência, serviço ou fenômeno.

Conforme afirma Gatti (2005, p.11):

O GF permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais que compartilham de algo em comum, além de ajudar na obtenção de visões diferentes sobre uma mesma questão e compreender idéias partilhadas por esses atores no dia-a-dia e os modos como eles são influenciados.

4.1.1.1 Grupo Focal

O Grupo Focal surge, como técnica de pesquisa, na época da II Guerra Mundial para avaliação de métodos de treinamento de tropas americanas, ressurgindo na década de 80, sobretudo nas pesquisas de mercado, por exemplo, com o uso de contraceptivos e no campo da saúde, com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS (Chiesa; Ciampone, 1999; Dall’Agnol; Trench, 1999 ; Cruz Neto et al., 2002).

Esta técnica constitui-se num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos e, permite a observação de um grupo em um determinado período de tempo, com grande interação acerca de um tema específico e que, além de possibilitar trabalhar com um número maior de participantes em um espaço menor de tempo, oportuniza ao entrevistador perceber, durante as reuniões, manifestações e pareceres sobre um tema específico (Morgan, 1988; Cruz Neto et al., 2002 ; Minayo, 2008).

No Brasil, a área da saúde é a que tem utilizado com maior freqüência os Grupos Focais em trabalhos de pesquisa e avaliação, mas essa técnica vem tendo seu uso ampliado em vários outros campos, como os da psicologia, da educação, do serviço social e da sociologia. O trabalho com grupos focais oferece boa oportunidade para o desenvolvimento de teorizações em campo, a partir do ocorrido e do falado. Ele é indicado quando se deseja captar um processo vivido à partir de um enfoque coletivo (Gatti, 2005).

Para Cruz Neto et al. (2002), a principal característica da técnica de Grupos Focais está no fato de se trabalhar com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. As questões colocadas pelo pesquisador devem ser capazes de suscitar e alimentar o debate entre os participantes sem ter a preocupação de se chegar a um consenso. O importante é que todos tenham chance de colocar suas concepções e que elas sejam discutidas.

Esta técnica do Grupo Focal exige a presença de um animador ou moderador e de um relator (Gatti, 2005; Minayo, 2008).

A função do moderador inclui, entre outras, manter produtiva a discussão, garantir que todos participantes exponham as suas idéias, impedir a dispersão da questão em foco e evitar a monopolização da discussão por um dos participantes (Gatti, 2005).

Para este estudo, a pesquisadora foi a moderadora do grupo considerando o que Cruz Neto et al. (2002, p.9) defendem:

Os próprios pesquisadores devem realizar os grupos focais, uma vez que a proximidade, o estudo e o conhecimento do objeto de investigação são de fundamental importância para o bom desenvolvimento da técnica, da mesma maneira que a participação no processo de debate é vital para a interpretação das informações obtidas.

A atribuição do relator é anotar as falas, nominando-as, associando-as aos motivos que a incitaram e enfatizando as idéias nela contidas, assim como a linguagem não verbal dos participantes, como o tom de voz, expressões faciais e gestos (Cruz Neto et al., 2002; Minayo, 2008).

4.1.2 Caracterização do campo da pesquisa

No estado de São Paulo, o município de Embu foi o pioneiro na formação e incorporação do Técnico em Saúde Bucal em seus serviços odontológicos formando pelo Projeto Larga Escala, em 1987, a primeira turma, na época, de Técnico em Higiene Dental e que desde então, compõe a equipe de Saúde Bucal do município.

O Embu pertence à região metropolitana da capital paulista e ocupa uma área de 70,1 Km² e possui uma população de 223.622 habitantes (IBGE, 2010). Situado em área de manancial, localiza-se 'a oeste da Grande São Paulo onde passa uma das principais rodovias do Brasil, a Regis Bittencourt (BR 116) e tem como cidades limite: Cotia, Taboão da Serra, Itapequerica da Serra e São Paulo capital (figura 4.1).

Com relação à atenção odontológica, segundo a Coordenadoria de Saúde Bucal do Embu, este município conta com 02 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, 09 equipes de Saúde Bucal em 07 Unidades de Saúde da

Família - USF e 06 Unidades Básicas de Saúde - UBS sendo que todas as Unidades possuem clínicas modulares. Com relação aos recursos humanos, podemos observar o número de profissionais no Quadro 1. Ainda, de acordo com esta Coordenadoria, os dados do levantamento epidemiológico realizado em 2009, indicaram CPO em crianças de 12 anos = 1,38 e 50,8% de crianças de 5 anos, livres de cárie, atingindo assim, as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 que eram: CPOD em crianças de 12 anos, menor ou igual a 3,0 e 50% das crianças de 5 anos livres de cárie (Brasil, 2004a).

Fonte: www.commonswikimedia.org acesso em 05/10/10

Figura 4.1- Localização do município de Embu

Jornada de Trabalho	Categoria profissional		
	Cirurgião-Dentista	Técnico em Saúde Bucal	Auxiliar de Saúde Bucal
20 horas	15	-	-
30 horas	-	09	35
40 horas	19	-	-
Total	34	09	35

Quadro 4.1 – Número de profissionais segundo categoria profissional e jornada de trabalho no Serviço público odontológico do município de Embu/SP, 2010

4.1.2.1 Os sujeitos da pesquisa

Para o presente Grupo Focal, a sua composição foi baseada em características comuns dos participantes, ou seja, todos são CD que trabalham ou trabalharam com TSB nas Unidades de Saúde do município de Embu.

Definimos como critérios de inclusão, CD do Embu que trabalham ou tenham trabalhado com o TSB e como critérios de exclusão CD que nunca trabalharam com o TSB.

Todos foram informados sobre a pesquisa e convidados com antecedência a participarem no local, dia e horário definidos.

A seleção dos participantes do GF deve ser criteriosa e específica, deve ser intencional e considerar, obrigatoriamente, que os participantes façam parte da população-alvo estudada e que os critérios utilizados devem estar vinculados aos objetivos e aos resultados que a pesquisa deseja alcançar (Dall'agnol; Trench, 1999; Cruz Neto et al., 2002).

Quanto ao número de participantes de um grupo focal, dois fatores devem ser considerados: ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas idéias e grande o bastante para que os participantes possam fornecer uma diversidade de opiniões. Quantitativamente, podemos pensar que uma sessão de grupo focal deve ter no mínimo quatro e no máximo doze pessoas (Krueger, 1996).

Do ponto de vista operacional, a discussão nos grupos focais se faz em reuniões com um pequeno número de participantes, seis a doze e se recomenda, ainda, que o tempo de duração de uma reunião não ultrapasse uma hora e meia (Minayo, 2008).

Para este estudo, realizamos dois Grupos Focais, sendo que cada CD participou apenas de um GF. Um GF contou com 05 participantes, nomeados de A a E e outro GF com 07 participantes, nomeados de F a L.

Cada Grupo Focal foi realizado em dias diferentes, na secretaria municipal de saúde (SMS) do Embu, devido à sua localização central e familiaridade dos CD com o local.

O local onde é realizado o GF deve ser agradável e confortável, favorecendo a interação entre os participantes, recomendando-se um local tranquilo, claro, sem ruídos, afastado da interferência de terceiros e de fácil acesso para todos. Pode-se trabalhar com cadeiras dispostas de forma circular ou em volta de uma mesa. O importante é que favoreça a interação entre os participantes como: se olhar, se ver e dialogar (Chiesa; Ciampone, 1999; Dall'agnol; Trench, 1999; Cruz Neto et al, 2002; Gatti, 2005).

Para esta pesquisa, procuramos criar um ambiente agradável e de cordialidade. Nos reunimos em uma sala, especialmente, destinada para este trabalho, contribuindo assim para a espontaneidade dos participantes e facilitando a integração dos grupos, o que ocorreu após o término do atendimento, na sala de reuniões da SMS e aproveitou-se o intervalo entre os dois períodos de atendimento matutino e vespertino, horário notadamente mais tranquilo tanto para os profissionais como para os serviços.

As formas recomendadas para o registro das informações obtidas no debate do GF, para posterior análise, são as anotações e a gravação em áudio e vídeo.

Consideramos o que Morgan (1988) afirma sobre essas questões ligadas ao registro, chamando a atenção para o que se ganha e o que se perde pelas escolhas feitas. A utilização de gravação em vídeo pode deixar os participantes inibidos pela exposição da sua imagem. Daí, termos escolhido trabalhar, apenas, com gravação de áudio.

4.1.2.2 Coleta de dados

Segundo Cruz Neto et al. (2002), por se tratar de uma técnica que visa coletar dados qualitativos, o número de GF não é rigidamente determinado por fórmulas matemáticas, como na pesquisa quantitativa, mas pelo esgotamento dos temas.

Os instrumentos de trabalho de campo, na pesquisa qualitativa, são os roteiros e que visam fazer a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (Minayo, 2008).

Segundo Gatti (2005), o roteiro elaborado como forma de orientar e estimular a discussão deve ser utilizado com flexibilidade, de modo que ajustes durante o decorrer do trabalho podem ser feitos, com abordagem de tópicos não previstos, ou deixando-se de lado esta ou aquela questão dos roteiros, em função do processo interativo concretizado.

O roteiro é sempre um guia. Para a entrevista, o roteiro deve desdobrar os vários tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas, servindo de orientação e guia. Ele deve permitir, ainda, flexibilidade nas conversas e absorver novos temas e questões relevantes, na conversa com o interlocutor.

A construção do roteiro para a realização do GF tem pelo menos duas condições imprescindíveis: ser suficientemente provocador para permitir um debate entusiasmado e participativo e, promover condições de aprofundamento ao que se pretende com esta técnica (Minayo, 2008).

Segundo Chiesa e Ciampone (1999), nesta modalidade de pesquisa, o grupo trabalha sobre um tópico de estudo dado ou questões norteadoras formuladas pela coordenação, porém, enquanto desenvolvem os tópicos dados, integram-se os diferentes aspectos compreendidos na aprendizagem humana, neste caso, dos sujeitos da pesquisa.

Para o presente estudo, os dados foram coletados a partir do Grupo Focal e baseada nas questões norteadoras que mantiveram o foco na experiência de trabalho do Cirurgião-Dentista com o Técnico em Saúde Bucal, conforme segue:

- O que você, CD, pensa sobre a existência do TSB na odontologia?
- De que forma você conheceu a organização e o trabalho em equipe de Saúde Bucal com a inserção do TSB?
- Antes de trabalhar com o TSB, você já havia ouvido falar neste profissional? Como; Onde; Quando?
- A participação do TSB na equipe acarretou mudanças tanto positivas como negativas, se houver, em sua prática profissional? Quais; Como elas se operaram e Por Quê?

- Você recomendaria a inclusão / contratação do TSB, nos serviços de Saúde? Justifique.

Previamente à realização das entrevistas, testamos este instrumento com 02 Cirurgiões-Dentistas, as quais não se enquadravam nos critérios de inclusão/exclusão dos entrevistados, ou seja, ser CD do Embu que trabalha ou trabalhou com TSB. Com os apontamentos e sugestões dos CD entrevistados, efetuamos algumas alterações no roteiro e que foram de grande valia para a posterior abordagem dos entrevistados.

4.1.2.3 Etapas da pesquisa

Para o momento dos grupos, a pesquisadora contou com a participação de uma relatora que sem fazer intervenção no grupo, fez anotações cursivas do que se passou e do que se falou. Contou, também, com a ajuda de um assistente de áudio, que ficou encarregado das gravações, de ver o melhor local e posição para os gravadores, testá-los e acompanhar toda a gravação para interceder, caso fosse necessário. A pesquisadora, enquanto moderadora, também fez anotações das falas.

Para o início dos trabalhos, a pesquisadora fez uma breve apresentação e solicitou aos participantes que também o fizessem. Os objetivos do encontro foram explicitados, assim como, o porquê da escolha dos participantes. A forma de registro do trabalho, em áudio, foi explicitada e submetida à anuência dos participantes. Solicitamos aos participantes que procurassem falar um por vez, para não haver sobreposição de vozes e prejudicar a gravação e, de forma pausada e clara, bem como permissão para a gravação da sessão e posterior transcrição para análise.

Deixamos claro que todas as idéias e opiniões interessavam e que não havia certo ou errado, bom ou mau argumento e que ali era um espaço para eles colocarem suas opiniões.

Ao final da atividade do grupo, a pesquisadora deu a palavra a todos os participantes para que fizessem as considerações finais.

Ao término de cada grupo focal, a moderadora e os anotadores, sentaram-se para repassar os registros e trocar informações e impressões a fim de organizar e complementar, se necessário, as anotações.

O grupo transcorreu bem e todos ficaram bem à vontade. Houve momentos, em algumas questões, que eles se empolgavam e falavam ao mesmo tempo, mas logo retomavam a fala, individualmente, com vistas à gravação. Este clima, também, favoreceu os participantes a extrapolar em algumas questões e colocarem problemas do cotidiano laboral e a assumir uma postura crítica e autocrítica frente à sua realidade, oportunizando a reflexão.

4.1.2.4 Análise dos dados

Após serem transcritas as falas dos participantes nomeados de A a L, procedemos a leitura do material e a identificação das falas mais significativas em cada questão, o agrupamento dos trechos comuns por grupo e posteriormente, por temas e a discussão dos resultados da análise do conteúdo.

A opção metodológica foi localizar, sistematicamente, nas falas dos entrevistados, pontos de saturação que configurassem grandes categorias de significação, considerando que os conteúdos representacionais viessem a se repetir e pudessem agrupar coerentemente os dados e, assim, facilitar a análise à luz das teorias, dialogando com os achados.

A expressão mais comumente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é Análise de Conteúdo (Minayo, 2008; Richardson et al., 2008).

Esta modalidade de análise pode ser definida, segundo Bardin (1979) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção destas mensagens.

Portanto, para a interpretação dos dados obtidos, utilizamos a metodologia da Análise de Conteúdo que, conforme Franco (2007), tem como ponto de partida a mensagem, sendo ela verbal, gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada.

As mensagens expressam as representações sociais na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento. Esta relação acontece na prática social e histórica da humanidade e se generaliza via linguagem e tem reflexos na vida cotidiana, influenciando a comunicação e a expressão das mensagens e também os comportamentos (Franco, 2007, p.12).

Análise de Conteúdo surgiu nos Estados Unidos na época da I Guerra Mundial, nos trabalhos científicos do campo jornalístico da Universidade de Colúmbia (Minayo, 2008; Richardson et al., 2008).

As entrevistas foram transcritas, concomitantemente à reprodução e escuta das gravações de áudio, sendo que foram realizadas pelo mesmo pesquisador que participou da situação de entrevista. Assim, após a conclusão do trabalho de transcrição e de acordo com os tópicos do roteiro, foram selecionadas as idéias centrais que permitiram definir categorias de significação e que neste estudo, optamos por conferir destaque aos quatro temas:

- (1) Importância do Técnico em Saúde Bucal;
- (2) Serviço Público e Serviço Privado
- (3) Universidade e Serviço e;
- (4) Regulamentação da profissão.

Num segundo momento, após releitura do material, foram “recortadas”, de cada entrevista, unidades de registro referenciadas pelos quatro temas acima descritos, ou seja, as respostas e comentários acerca de cada questão específica, numa espécie de leitura transversal. Em seguida, após a leitura exaustiva dos recortes, o material foi resumido e foram reagrupadas de acordo com cada um dos quatro temas. Este procedimento de definição dos temas principais foi tomado com o intuito de organizar e classificar o material, de modo que os processos de interpretação e compreensão, bem como a posterior explanação dos resultados fossem facilitados.

O APÊNDICE A ilustra a forma como as falas selecionadas foram agrupadas em cada um dos quatro temas principais. Faz-se necessário esclarecer que neste anexo não constam todas as falas. Procurou-se apenas exemplificar a sistemática adotada.

A discussão destes temas, identificados a partir das principais falas, serão apresentados no item 6, destacando-se algumas citações, no intuito de prover evidências e ampliar a compreensão do leitor acerca do debate.

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para este estudo, foram respeitados os cuidados éticos inerentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos, cujas bases são o respeito à liberdade e à dignidade humana e o compromisso social da ciência. Em consonância com declarações e consensos internacionais e nacionais no campo dos direitos humanos e da saúde, a regulamentação da pesquisa no Brasil “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.”, conforme consta na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b).

Esta Resolução define, ainda, que todo e qualquer projeto de pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente, deve ser submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa e desta forma, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo (CEP-USP) para apreciação, tendo sido aprovado pelo Parecer nº 172/2010 – CAAE: 0029.0.017.000-10 (Anexo A).

De posse deste Parecer e após autorização da Secretária de Saúde do Município de Embu para a realização da pesquisa, contatamos a coordenadora de Saúde Bucal do município para os devidos acertos e planejamento.

No momento da realização dos grupos focais, todos os participantes receberam as informações sobre a pesquisa a fim de que pudessem ter clareza e tranquilidade para decidir se iriam ou não aceitar o convite. O desejo de participar foi formalizado através de um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice B). Depois de reiterado o propósito desta atividade, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos receberam duas vias deste Termo com a assinatura da pesquisadora e devolveram uma via devidamente preenchida com seus dados e sua assinatura. A pesquisadora tem os mesmos guardados sob sua responsabilidade, juntamente com as gravações em áudio. Além disso, todos os envolvidos foram previamente informados que mesmo tendo assinado o Termo, teriam a qualquer momento: (a) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (b) opção de solicitar que determinadas falas e/ou

declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial e; (c) desistir de participar da pesquisa.

Optamos por trabalhar com o próprio objeto desta pesquisa que é a percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal.

5 RESULTADOS

Ao chegarem para a realização da entrevista, os participantes receberam, também, um instrumento que continha um pequeno questionário (APÊNDICE C) que apoiou a construção de um breve perfil dos participantes, sem necessidade de identificação pelos mesmos e que apresentamos no Quadro 5.2.

Variável	Modalidades	n	%
Sexo	Feminino	8	66,7
	Masculino	4	33,3
Faixa etária (em anos)	25 — 45	4	33,3
	46 — 55	7	58,3
	Não Informou	1	8,3
Instituição de Ensino	Pública	4	33,3
	Privada	7	58,3
	Não Informou	1	8,3
Tempo de formado (em anos)	5 — 15	3	25,0
	16 — 30	9	75,0
Especialização ou pós-graduação	Sim	4	33,3
	Não	8	66,7
Trabalho atual	Público apenas	9	75,0
	Público e Privado	3	25,0
TOTAL		12	100,0

Quadro 5.1 – Perfil dos Cirurgiões Dentistas entrevistados segundo sexo, faixa etária, instituição de ensino, tempo de formado, especialização ou pós-graduação e trabalho atual, município de Embu /SP, 2010

Neste quadro, podemos observar que estes Cirurgiões-Dentistas que participaram do Grupo Focal são em sua maioria mulheres (66,7%); com idade superior a 45 anos (58,3%); 58,3% cursaram instituição de ensino privada; 75,0%

são formados há mais de 15 anos; 66,7% não possuem pós-graduação e, 75,0% deles trabalham apenas no serviço público.

As características apresentadas no perfil dos Cirurgiões-Dentistas pode ser comparado com alguns resultados da pesquisa realizada no período de Agosto de 2008 a Dezembro de 2009 pela Estação de Trabalho da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, que demonstram que a profissão tem maioria feminina (56,3%) fato que acompanha o ingresso progressivo das mulheres brasileiras no ensino superior, sobretudo a partir dos anos 80. Quanto à faixa etária há uma diferença pois no Brasil, 57,4% dos CD encontram-se na faixa etária de 26 a 35 anos. Quanto à pós-graduação, no Brasil, também a maioria (51,63%) dos CD não possuem pós-graduação (Morita et al., 2010).

Outro item constante no questionário foi onde os CD tiveram o primeiro contato com esta categoria profissional (TSB), se no serviço, na graduação ou em algum outro curso, unanimemente, responderam que só foram conhecer o trabalho do TSB, no serviço.

Ao apresentarmos os resultados deste estudo, estaremos realizando a interpretação dos dados obtidos no Grupo Focal. Para isso, considerou-se, portanto, um conjunto variável de fatos de ordem simbólica, racional, provocada pela utilização do roteiro.

6 DISCUSSÃO

Os temas mais relevantes obtidos a partir da transcrição das falas foram:

- 6.1 Importância do Técnico em Saúde Bucal
- 6.2 Serviço Público e Serviço Privado
- 6.3 Universidade e Serviço
- 6.4 Regulamentação da profissão

6.1 IMPORTÂNCIA DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

No campo da saúde bucal, há pelo menos duas razões históricas para a incorporação e expansão do pessoal auxiliar nos serviços de saúde: a possibilidade de que os profissionais, cada vez mais especializados, sejam liberados das funções mais simples, mas não menos importantes, do trabalho odontológico e a necessidade de expansão dos serviços de odontologia a um custo menor, buscando a racionalização do processo de trabalho (Carvalho, 1998).

No Grupo Focal, quando perguntamos aos CD o que pensavam sobre a existência do TSB na odontologia, primeiramente, todos foram unânimes na sua importância e a avaliação sobre este profissional na equipe foi muito positiva:

“Eu acho que é um ganho a participação do técnico na odontologia.”

“(...) você tendo essa divisão do trabalho, tem mais tempo (...) começa a ter um trabalho com qualidade melhor.”

“(..) ajuda bastante no nosso serviço. Fazer a parte da raspagem, parte clínica, ajuda bastante. Agiliza bastante o tratamento também. Permite que a nossa agenda seja um pouco mais ampla. (...), enfim, facilita bastante o dia a dia da gente.”

“ (...) aprendi muito com o THD. Quando cheguei aqui, trabalhava sozinho numa clínica, sem auxiliar e quando me deparei aqui com uma clinica onde tinha dois auxiliares e um THD, foi um paraíso. Eu vi a produção, a qualidade e a quantidade melhorar muito.”

“ (...) com THD, você sente que tem, também, alguém te policiando. Você não vai poder abrir cavidades “meia boca” para ela se virar e fechar. (...) pois a gente é obrigada a melhorar para o THD poder restaurar, porque ele vai, também, te cobrar(...) Cresceu o serviço e ganhou em qualidade.”

“ o TSB só veio a somar, sempre somou”.

A psicodinâmica desta pesquisa revela uma abordagem específica das relações entre os profissionais da equipe de Saúde Bucal e a questão do stress surgiu como aspecto diretamente relacionado à organização do trabalho.

Sabemos que o stress e o desgaste são fatores muito presentes no exercício profissional da odontologia e, mais uma vez, unanimemente, os CD afirmaram que tanto o stress como o desgaste eram menores quando o TSB está presente na equipe conforme as falas:

“(...) quando tenho um técnico ao meu lado, (...) a rotina do consultório fica de uma forma que eu trabalho em paz, de uma forma mais tranqüila.(..) Mas, quando o técnico não está lá(...). Nesse aspecto, muda o trabalho dentro da clínica, também. É a tranquilidade versus stress.”

“Um ajuda o outro (...). Então, flui.”

“(...) Essa tranquilidade gera maior qualidade, senão, você fica estressado, correndo para lá e para cá.”

“Com THD, o desgaste diminui muito. Essa é a verdade.”

“Se eu não tivesse o técnico do meu lado, (...) eu tenho que abrir e restaurar. De repente, trava aqui uma extração. Eu não tenho um técnico para puxar outro paciente que já está esperando. Começa a acumular tudo lá fora. Então, você fica com isso, às vezes, na tua cabeça”.

“(...) você estando tranqüila, a cabeça funciona melhor. É o que a gente sente (stress) quando a porta está cheia. Aí, você vai ter que abrir, restaurar, raspar, tudo. Todas as atividades são suas e de mais ninguém.”

E todos os CD entendem que o TSB é um profissional qualificado com formação específica e que isto se constitui em um diferencial importante para o sucesso do trabalho:

“Na odontologia desde que, realmente, o técnico tenha uma formação adequada, ela faz com que o trabalho flua melhor.”

“Se você tem um TSB bem formado, ele vai fazer restaurações com a qualidade que teria as do próprio CD.”

Sabemos que compete ao CD supervisionar o trabalho do TSB (CFO, 2009) e que isto difere muito de treinar, corrigir ou até mesmo refazer o trabalho. Todo profissional, não importa a que nível ou categoria pertença, deve ser responsável por seu trabalho e sendo parte de um processo, deverá estar de acordo com o mesmo:

“(...) precisamos de profissionais realmente capacitados, porque se for um profissional medíocre, pelo contrário, ao invés de melhorar, atrasa o serviço.”

“A qualidade da formação (do TSB), se não tiver sido boa, não adianta porque você vai empatar do mesmo jeito. Faz e não está bom e você tem que fazer de novo e de novo.”

“É pior porque atrapalha.”

Nestas falas, podemos observar as ressalvas quanto à importância na qualidade da formação profissional e também, preocupação, no que diz respeito ao ensino técnico para que não haja prejuízo no exercício profissional. Houve questionamentos quanto à atual formação:

“Talvez essa diferença entre o THD de antigamente e o de agora, seja a formação mesmo.”

“A gente que participou da formação de THD percebe que os de agora estão aquém do que aquela qualidade que a gente estava acostumada, dos THD formados aqui no município.”

“Eu não sei se de fato é uma lei ou se isso é uma opção da APCD fazer com que o curso de THD não inclua esta parte da restauração.”

A antiga formação à qual se referem acima diz respeito ao Projeto Larga Escala que formou a primeira turma em 1987 e a última em 1995 no próprio serviço do município de Embu. Atualmente, a maioria dos novos contratados é formada em escolas técnicas privadas, onde o currículo difere da proposta pedagógica do Projeto Larga Escala e das atuais Escolas Técnicas do SUS - ETSUS. Esta diferença ocorre, principalmente, pelo fato de nas escolas privadas, as práticas clínicas do TSB não serem valorizadas além de, eventualmente, serem negligenciadas as competências estabelecidas em lei para a categoria.

É inegável que conteúdos tais como biológicos, administrativos, financeiros e de biossegurança são de suma importância para a formação profissional, mas ter

inserido na grade curricular, também, temas sobre políticas públicas de saúde, educação em saúde, ética, humanização no atendimento e laboratório com práticas nos serviços, proporcionou aos técnicos formados no PLE um diferencial em sua atuação, quando comparada aos formados por instituições privadas.

Com o fim do Projeto Larga Escala e a transformação dos Centros Formadores em ETSUS, estas continuaram oferecendo oportunidade de formação técnica em serviço, adequada ao SUS, porém, um grande problema, ainda permanece, pois estes profissionais habilitados não são incentivados a prestar concurso devido à faixa salarial que não tem se mostrado atrativa, sendo a diferença com a do ASB praticamente insignificante, conforme pudemos verificar nas falas:

“Tem TSB que já são formadas, já são técnicos, mas atuam como ACD por questões salariais e por não ter tanta responsabilidade.”

“Eles também não são valorizados. Eles ganham mal, tipo, eles ganham uma diferença muito pouquinha com relação ao ASB.”

“Acho o discurso da ASB: - Eu não vou fazer o curso de TSB para ganhar a mesma coisa e ter mais responsabilidades. Essa é a questão. Não tem mais formação.”

“(...) antes, toda essa região do Embú, Taboão da Serra e Itapecerica era um pólo formador, mas não sei por que de repente, por causa de uma mudança de política, até a frequência com que vem acontecendo esta formação do TSB, está cada vez mais se espaçando. Cada vez mais se encontrando dificuldades para formar uma turma. Primeiro, para se formar o grupo, pois a questão salarial é que pesa nessas horas. (...) não ter candidatos para fazer o curso porque não tem interesse por questões salariais (...). Também tem o interesse político. Se não tem interesse político, nunca vai se divulgar isso. Como é que estaremos inserindo o TSB, seja no serviço público como a gente trabalhava antigamente, com a equipe completa, seja no serviço privado, eu não sei.”

Apesar de, no presente estudo, termos verificado que quando os TSB estão atuando junto ao CD, executando atividades clínicas e não apenas ações preventivas e educativas, os resultados têm sido extremamente satisfatórios com relação à tranquilidade, menor desgaste e aumento de cobertura e qualidade dos serviços. Aqui, também, chamam atenção mais duas situações: TSB ocupando cargo de ASB e ASB sem estímulo para fazer o curso técnico, mas ambas referem-

se à questão salarial do TSB que não tem sido devidamente reconhecido e valorizado.

Resumindo, pudemos observar que com relação aos fatores compreendidos como os que dificultam o processo de trabalho com TSB, foram citados dois grupos: (1) aqueles relativos à qualidade da formação dos atuais TSB e (2) aqueles relativos à questão salarial. Entretanto, na maioria das vezes, ambos dizem respeito à política de Recursos Humanos e alguns estudos nesse sentido deveriam ser realizados, pois, o desenvolvimento e melhoria da formação e do trabalho dependem, fundamentalmente, de recursos humanos qualificados e não apenas da quantidade de recursos humanos.

A formação de recursos humanos em odontologia, tal como os demais setores, está diretamente relacionada ao mercado de trabalho. O que temos observado na nossa prática com Educação Profissional é uma expressiva desarticulação e fragmentação entre as instituições públicas e privadas, inclusive, os cursos mantidos por entidades associativas odontológicas, em relação às instituições de formação vinculadas ao SUS, tal como as ETSUS. Faz-se necessário e urgente superar esse distanciamento e buscar a real integração, tanto na formação do pessoal de nível universitário, quanto na de profissionais de nível médio na área odontológica.

No que diz respeito ao papel regulador do Estado e também, de estabelecer diretrizes para a formação adequada à nova realidade do mercado de trabalho, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), dentro do Ministério da Saúde, que passa a tratar especificamente da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde traz um grande avanço e possibilidades na prática dos serviços (Brasil, 2004c).

Prosseguindo com o Grupo Focal, quando perguntamos se a participação do TSB na equipe tinha acarretado mudanças tanto positivas como negativas, se houvesse, na sua prática profissional, a maioria manifestou uma grande satisfação com a experiência. As seguintes falas expressam esta consideração:

“(...) já trabalho há muito anos com a mesma equipe, então, a gente se entende só pelo olhar.”

“(...) a minha experiência, também, foi muito boa. Era só levantar a mão e ela já sabia o que você queria. (...) Às vezes, dava uma olhadinha e devolvia o paciente ou alguma coisa assim. Só de olhar, não precisava nem falar.”

“É, eu também achei difícil no começo, pois a gente nunca trabalhou com técnico, mas depois a gente vai adquirindo uma confiança um no outro, (...). Nós não somos onipotentes, o todo poderoso. (...) então, a gente aprende junto com eles também.”

“A relação interpessoal tem que rolar muito bem para a gente conseguir trabalhar. É uma simbiose do profissional CD com o técnico e com o ACD para poder trabalhar em um ambiente gostoso, para poder render, a gente tem que ter uma relação muito boa.”

“Teve algumas coisas que eu aprendi com a THD. Não acho que seja humilhação falar isso, porque eu saí de uma vivência e fui para outra e peguei uma super THD. Nesse aspecto, ajudou muito, aprendi muita coisa com ela. Hoje, esta safra de THD antigas que a gente tem, isso é como o Pelé, nunca mais... (RISOS).”

A partir destas colocações, observamos que os CD são motivados e desejam trabalhar com o TSB e que as relações que se estabelecem são bem características de um trabalho em equipe e isto é muito positivo porque segundo Mucchielli (1980), quanto mais os participantes de uma equipe estiverem motivados para o trabalho, mais a equipe tende à coesão e maior será o desejo de sucesso coletivo.

Um aspecto importante, na organização das ações de saúde é o trabalho em equipe que se constitui em uma estratégia para reorientar a prática, de forma integrada e partilhada, em um local em que se busca um produto coletivo com a participação de todos, sendo possível desenvolver as potencialidades individuais de cada um.

Sabemos que tanto nos serviços públicos, onde os TSB e ASB são mais difundidos, como nas clínicas privadas, o rendimento e a qualidade da assistência odontológica crescem significativamente quando o trabalho é realizado em equipe.

O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e a interação profissional e pessoal (Araujo; Rocha, 2007).

A simples agregação de diversos profissionais e a definição das tarefas não representam, de forma automática, que uma equipe esteja constituída. Para tal, torna-se necessário o estabelecimento de rotinas de trabalho e a definição de objetivos comuns, a partir da compreensão dos problemas e possibilidades dos serviços de saúde (Aguilar, 1996).

Deve-se considerar, ainda, que uma equipe é composta por pessoas que trazem características próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas especificidades exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. A mudança nas relações de trabalho não acontece de maneira rápida, os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais (Araujo; Rocha, 2007).

Além da hierarquização, das especificidades e diversidades de cada profissional que compõem a equipe, temos que considerar, ainda, um distanciamento e quase um isolamento entre o ensino médio e o superior e ,acreditamos que essa aproximação e integração são decisivas para o desenvolvimento das equipes de saúde bucal.

Prado e Queluz (2000) avaliaram a aceitação dos alunos de terceiro e quarto anos do curso de Odontologia da Unicamp quanto ao trabalho em equipe (THD e ACD), no ano de 1999, relatando a produtividade nas diferentes especialidades atendidas no estágio de Extensão do Curso Técnico em Higiene Dental e do Curso de Atendente de Consultório Dentário, na Disciplina de Orientação Profissional. Concluíram que há maior aceitação quanto ao trabalho em equipe, principalmente, na especialidade de cirurgia, devido ao rendimento do trabalho e a facilidade na manutenção da cadeia asséptica proporcionando, assim, melhor qualidade tanto ao serviço quanto ao trabalho individual.

6.2 SERVIÇO PÚBLICO E SERVIÇO PRIVADO

Com relação à inserção do Técnico em Saúde Bucal no mercado de trabalho, quando perguntamos se recomendariam a inclusão e contratação do TSB, nos serviços de Saúde e por quê? As falas iniciais foram:

“(...) as funções da TSB são muito importantes para o serviço público.”

“Onde tem CD, teria que ter THD. Principalmente, no serviço público, ajuda muito! Facilitaria muito.”

“O trabalho com THD, com pessoal auxiliar, ACD também, facilita muito o trabalho, principalmente, no setor público, que tem muito trabalho, muita demanda.”

Como todas as falas associavam somente o serviço público ao Técnico em Saúde Bucal, perguntamos se o TSB caberia também para o serviço privado. Quando, refizeram as falas:

“Cabe, tem mercado no serviço privado, também.”

“O que eu imagino é que o CD tem que perder o medo do TSB e entender que eles não são concorrentes e essa cultura que a gente vê, até nesta nova regulamentação.”

É o que também afirma Barros (1995), que na verdade, os THD não estão tirando emprego de nenhum CD. Ao contrário, estão abrindo perspectivas de novos e melhores empregos para os profissionais, pois com a sua atuação, aumenta-se a produtividade.

Sobre a questão dos CD alegarem, com frequência, que são os pacientes que não aceitam o trabalho do técnico, isto surgiu, também, no grupo e possibilitou uma discussão maior a respeito:

“(...) mas, eu enxergo numa clínica privada, uma resistência por parte do cliente. (...) Então é uma questão cultural. Não é uma resistência por questão de ordem técnica, que o TSB não tenha capacidade técnica para fazer.”

“É a questão cultural de as pessoas aceitarem ou não. Pagando quer que o CD faça.”

“Eu tenho uma colega que contratou uma THD, num consultório de ortodontia para fazer profilaxia e não foi aceita. Os pacientes não aceitaram.”

“Não só a aceitação do paciente, mas do próprio CD que trabalha no consultório particular. Do paciente também, mas o CD tem que estar envolvido.”

“Se nós, CD, nos sentimos desprestigiados, imagina o TSB. Você vê que a grande valorização é do médico. Até nós somos varridos para debaixo do tapete, desprestigiados. Quem dirá o TSB.”

“Uma clínica privada assim (com TSB) mostra um trabalho de qualidade.”

De acordo com Barros (1995), é possível que, no início, com a delegação cada vez maior de funções, o paciente possa estranhar, mas assim como em medicina já é fato consumado o trabalho em equipe, em odontologia também o será, devido à maior rapidez e melhor qualidade no atendimento.

Esta questão, também, surgiu no grupo conforme a fala:

“Às vezes, tem uma certa desconfiança.(...) E depois que passa pelo serviço, a grande maioria deles acaba gostando.”

Para Pinto (1993), a expansão profissional do THD tem sido lenta, dada a resistência da categoria dos CD, preocupada com a reserva de mercado da qual é detentora. Sabemos que, atualmente, não é raro ouvir-se falar em plethora profissional entre os CD e esta questão, também, surgiu conforme as falas:

“Com o técnico, ele ganharia muito se não tivesse essa ociosidade que está hoje. A hora renderia muito mais. Eu já trabalhei com excelentes técnicos que realmente fazem um trabalho de primeira qualidade.”

“No consultório particular, ainda, está sobrando tempo. Pelo menos, no meu. Não tem a demanda do serviço público.”

Esta plethora, como vimos anteriormente, iniciou-se na década de 90 com a adoção da política neoliberal no país, diminuindo a capacidade de compra da população e consequentemente, aumentando a oferta de serviços privados (Zanetti, 1993; Zilbovicius, 2005)

Atualmente, com a inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, esta torna-se uma potencial fonte de emprego, em expansão, tanto para o cirurgião-dentista como para o TSB, no Brasil.

6.3 UNIVERSIDADE E SERVIÇOS

Considerando a questão do desconhecimento da população e também de grande parte dos CD sobre a atuação do TSB, perguntamos ao grupo se, antes de trabalhar com o TSB no Embu já haviam ouvido falar neste profissional e de que forma, todos foram unânimes de que só conheceram este profissional no próprio serviço e suas atribuições, na prática diária. Foi colocado também, que na graduação não tiveram oportunidade de conhecer este profissional técnico e tampouco, esta modalidade de trabalho em equipe conforme segue:

“(...) eu fui conhecer o trabalho do TSB quando comecei a trabalhar aqui no Embú mesmo.”

“Aí, acabei conhecendo tanto o serviço como o funcionamento, no dia a dia mesmo. Tanto é que muita coisa, eu mexia no dente e falava: Tal coisa você faz? - ah, faço.- E tal coisa, você faz? – Não, não faço. - Então, devolve.”

“A gente nunca ouviu falar em Técnico em Higiene Dental em faculdade nenhuma. Foi no serviço mesmo.”

“Na faculdade eu tive uma matéria, Saúde Coletiva, que falava bastante de ACD e THD. Bem, parte teórica. (...) Mas no teórico, sim, escutei. Mas, na prática mesmo, foi aqui.”

“Também, tomei conhecimento aqui no Embu. (..) na época da faculdade, nunca ouvi falar. Só quem se formou mais recentemente que sabia. O contato foi aqui no Embu, só. (...) teoricamente, quando comecei a estudar e me preparar para concurso, vi alguma coisa, alguns comentários, mas na prática mesmo, para conhecer a atuação da TSB, foi aqui na clínica do Embu”

“Uma coisa assim, do que ele podia fazer, do que não podia e quais eram os atributos. Questão até de prova.... (RISOS).”

Podemos considerar nestas falas que, unanimemente, os CD não conheceram o Técnico em Saúde Bucal durante a sua formação, vindo a conhecê-lo, somente, no próprio serviço. Alguns souberam teoricamente sobre a sua existência na disciplina de Saúde Coletiva e outros, preparando-se para concurso

público. Esta relação do aluno de graduação com a disciplina Saúde Coletiva na odontologia é colocada por Zilbovicius (2005, p.59):

O desinteresse de alunos de graduação pelas questões da saúde coletiva reflete uma construção de uma imagem social que reforça o CD voltado a uma prática individualista, mercadológica e tecnicista. Este interesse, infelizmente, ressurge depois da graduação e voltado ao estudo preparatório para concursos, quando o mesmo graduado se depara com a incompatibilidade da imagem recebida no curso e a realidade do mercado de trabalho brasileiro.

E, tratando-se do mercado de trabalho odontológico, conforme afirmam Morita e Kriger (2004), embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais da Odontologia, principalmente, com a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, este fato ainda não tem sido suficiente para produzir o impacto esperado sobre o ensino de graduação.

Nós, também, sabemos que na prática dos serviços, não é suficiente somente delegar ao CD a liderança na equipe de Saúde Bucal. Ele tem que ter tido durante a sua formação, oportunidades concretas para desenvolver esse papel. É o que podemos depreender das falas:

"(...) para introduzir o THD de uma forma melhor no mercado, então, o trabalho de base tem que começar na graduação. Mudar toda uma mentalidade desde que o aluno entrou na faculdade."

"Se a gente já vier desde a graduação com esta outra mentalidade, percebendo que existe uma equipe de Saúde Bucal, sabendo que é mais eficiente com a mesma qualidade, acho até mais fácil a gente vender o nosso produto."

Esta questão, da necessidade e da importância da experiência com o pessoal auxiliar desde a graduação, foi demonstrado no estudo de Pereira et al. (1995) que avaliaram a produtividade do serviço prestado pelos alunos do sétimo e oitavo semestres juntamente com os alunos dos cursos de THD e ACD no estágio extra-muro desenvolvido, durante o ano de 1994, na Faculdade de Odontologia de Piracicaba-Unicamp. Concluíram que a utilização de ACD e THD propiciou uma boa produtividade da hora clínica, ou seja, 4,62 UT por hora clínica; que na composição da hora clínica os procedimentos preventivos foram responsáveis por 42% do tempo utilizado e; que o futuro CD pode aprimorar sua relação com o pessoal auxiliar, assim como aprender a utilizar, de maneira racional, esse pessoal.

Neste sentido, a ampliação dos horizontes de interesse e de atuação dos que trabalham na área odontológica é essencial, de forma que estes profissionais se transformem em agentes estimuladores de mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhoria dos níveis de saúde geral e de saúde bucal das comunidades que estão sob seus cuidados (Pinto, 2000).

Conforme Araujo (2006), a articulação entre as políticas de educação e de saúde é fundamental para que as transformações sejam possíveis.

E, concordamos com Queluz (2003) que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representa este trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as Instituições de Ensino e que se constitui no impulso necessário para reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, integrando e transformando as práticas educativas e as de saúde.

6.4 REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO

Apesar de não termos incluído, no roteiro de entrevista, a nova regulamentação profissional que, finalmente, foi aprovada em 2008, esta questão surgiu em destaque, como dúvida e não como um avanço, fazendo crer em retrocesso com relação às atribuições do Técnico em Saúde Bucal conforme as seguintes falas:

“É da regulamentação. Ela é mais da parte só de orientação ao paciente, prevenção. Pelo que entendi. A atuação clínica como ela tem hoje, perante a regulamentação, acho que não pode. Caiu por terra.”

“Na verdade, já virou lei mesmo? Elas não podem mesmo fazer isso?”

“Falta esclarecimento geral, as regras sobre a nova lei. A sensação é que, no momento, estamos fora da lei.”

“Com relação à regulamentação, as pessoas que regulamentaram isso, não vivem o serviço, no dia a dia, da forma que a gente vive. (...) Da forma como foi regulamentada isso, a ação deles ficou muito limitada. Mesmo o campo de ação da ACD. Em vista disso, não dá para se exigir uma formação maior e melhor se não vai poder fazer e atuar.”

Com respeito às atribuições do Técnico em Saúde Bucal constantes na nova lei nº 11.889/08 (quadro 6.3), comparando-se com os constantes no outro principal documento normativo, Parecer CFE n.º 460/75 (quadro 6.4), observa-se que dos 20 itens contidos no Parecer, as competências do TSB foram reduzidas para apenas 13 itens nesta nova lei o que pode, realmente, em princípio sugerir um retrocesso.

Ainda que possa parecer um retrocesso, alguns autores tais como Biazevic (2011), justificam este processo como importante porque o mercado de trabalho apresenta características dinâmicas e as profissões auxiliares estão em constantes mudanças nas suas atribuições, visando contribuir cada vez mais com as necessidades da Odontologia.

I. participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde
II. participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais
III. participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador
IV. ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista
V. fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista
VI. supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal
VII. realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas
VIII. inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista
IX. proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares
X. remover suturas
XI. aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos
XII. realizar isolamento do campo operatório
XIII. exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares

Quadro 6.1 - Competências do técnico em saúde bucal previstas na lei n.º 11.889/2008

1. participar do treinamento de auxiliares e atendentes de consultório dentário
2. colaborar nos programas educativos de saúde bucal
3. realizar teste de vitalidade pulpar
4. fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais
5. realizar a remoção de indutos, placas e tártaro supragengival
6. executar a aplicação tópica de substâncias para a prevenção da cárie dental
7. fazer a demonstração de técnicas de escovagem
8. inserir e condensar substâncias restauradoras
9. polir restaurações
10. remover suturas
11. educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre higiene, prevenção e tratamento das doenças bucais
12. responder pela administração de clínica
13. colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador
14. supervisionar, sob delegação, o trabalho dos auxiliares de higiene dental e dos atendentes odontológicos
15. preparar substâncias restauradoras e de moldagem
16. preparar moldeiras
17. confeccionar modelos
18. proceder conservação e manutenção do equipamento odontológico
19. instrumentar o CD junto a cadeira operatória (odontologia a quatro mãos)
20. proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos

Quadro 6.2 - Competências do técnico em higiene dental previstas no parecer CFE n.º 460/1975

As dúvidas e incertezas apontadas, no Grupo Focal pelos CD, também, foram colocadas por Frazão e Narvai (2011, p.111):

Embora seja amplamente reconhecido que a sanção da lei representa um marco regulatório importante no campo da gestão do processo de trabalho em saúde, e que isso pode ter pacificado a questão em nível nacional, as modificações introduzidas têm suscitado dúvidas e inquietações. Dessa forma, parece retornar, em outros termos, o questionamento do campo de atividades do TSB.

E, conforme Biazevic et al. (2011, p.390):

[...] essa Lei esperada há quase 25 anos não trouxe a merecida tranquilidade aos integrantes dessa categoria, pois deixou incompreensíveis lacunas, que demandam a necessidade imediata de sua revisão. Topograficamente já é possível verificar sua decrepitude. Dos 13 artigos apresentados por essa Lei, mais de 5 artigos foram revogados, deixando em branco assuntos importantes

sobre qualificação profissional e a necessidade de realização de curso.

O que temos observado nas discussões, em conferências e eventos de Saúde Bucal tanto dos Serviços como das Universidades, é uma supervalorização quanto às atribuições do TSB nas ações preventivas e educativas, não privilegiando as atribuições assistenciais. Mas, com a regulamentação profissional dos TSB e ASB e a nova redação, torna-se oportuno destacarmos algumas questões que apresentamos a seguir:

Frazão e Narvai (2011) analisando a nova denominação e as novas competências do TSB estabelecidas a partir da aprovação da lei no. 11.889/08 consideram-na um avanço significativo, tanto para o exercício profissional do TSB como para o processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Os autores avaliam que com relação às atribuições de ações indiretas não houve mudanças, mas que alterações importantes foram efetuadas com relação às atribuições clínicas tal como consta no art. 5, XII “realizar isolamento do campo operatório” e as expressões, anteriormente constantes, ‘indutos, placas e cálculos supragengivais’ e ‘condensar substâncias restauradoras’ que foram substituídas, respectivamente, por ‘biofilme’ e ‘distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta’.

Para a análise realizada por Frazão e Narvai (2011), tomou-se por referência as habilidades em termos de ações diretas, isto é, aquelas prestadas ao paciente, e ações indiretas, correspondentes às atividades prestadas ao cirurgião-dentista junto à cadeira e/ou de apoio à assistência.

Nesta nova lei, as atribuições ‘realizar teste de vitalidade pulpar’ e ‘preparar moldeira’ foram suprimidas, *mas* os autores não consideram isto preocupante pois avaliam que o foram porque na dinâmica da prática clínica, se tornaram desnecessárias e assim, não estavam mais sendo realizadas (Frazão; Narvai, 2011).

Mas, a atribuição de remoção do biofilme dental tem sido o item que gerou maior controvérsia com a nova Lei nº 11.889/08.

Para Biazevic et al. (2011, p.395):

[...] ao realizar a remoção do biofilme (inciso V), o TSB atua de acordo com a orientação terapêutica dada pelo CD, sem ter de se preocupar com a localização anatômica daquele. [...] Porém, na atual definição de suas atividades, o TSB remove o biofilme dental, ou seja, o tecido formado por acúmulo de bactérias presentes na boca juntamente com restos alimentares, que ainda não calcificaram (placa dental); [...]. No entanto, para remover eficazmente o biofilme dental supra e subgengival deve-se utilizar procedimentos de natureza mecânica, tais como o conjunto de escova dental, dentífrico e fio dental, taça de borracha ou escova Robson e jato de bicarbonato. Assim, entende-se que a utilização de instrumentos cirúrgicos periodontias, bem com a utilização de ultrassom ficaram fora da prerrogativa desse pessoal.

E, para os autores Frazão e Narvai (2011), a inclusão da expressão 'biofilme' representa uma atualização importante conforme consta nos descritores das Ciências da Saúde (BVS, 2010) que se constitui em uma ferramenta conceitual empregada, universalmente, pelos especialistas e pesquisadores de saúde, e a evidência científica de que cálculos dentários fazem parte de biofilmes. Daí, conclui-se que cabe ao TSB realizar a remoção de cálculos, quando da remoção do biofilme dental.

Estas considerações extrapolam a questão meramente conceitual, pois encontramos, também, divergências entre os próprios especialistas da área. Acreditamos que o que devem ser considerados são os conhecimentos científicos atuais e o contexto do processo de trabalho em que se insere o Técnico em Saúde Bucal.

Com relação a essa atividade de remoção do biofilme, Frazão e Narvai (2011, p.120) ainda colocam:

Em consequência, não realizar a remoção do cálculo, no contexto clínico da remoção do biofilme dental, seria uma ação desprovida de base científica, incorrendo tanto o CD quanto o TSB nas infrações éticas de imprudência e negligência no cuidado ao paciente. Assim, impedir que um TSB realize tal procedimento sob a alegação de que a lei não permite não se sustenta. Como foi mencionado, cabe ao CD avaliar cada caso e indicar a técnica mais adequada compatível com a formação e a experiência do TSB.

A lei inovou, ao tratar do tema da supervisão. Na primeira norma editada pelo CFE, afirma-se que as atividades devem ser realizadas “sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista” (Frazão; Narvai, 2011).

A lei n.º 11.889/08 promoveu ajuste no texto que passou a afirmar que “a supervisão direta será obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extra-clínicas ter supervisão indireta”. Do ponto de vista da dinâmica administrativa, cabe reconhecer o relevante aprimoramento ao especificar o tipo de supervisão e explicitar a supervisão indireta para as atividades extra-clínicas, facilitando, sobretudo, àquelas voltadas à promoção da saúde e prevenção das doenças em âmbito coletivo, como os Procedimentos Coletivos em escolas, nas quais, usualmente, a supervisão indireta é suficiente.

O tema que permaneceu fora do projeto de Lei é o direito das TSB em votarem e serem votados para cargos honoríficos nos Conselhos, em cujo quadro, por lei estão obrigados a se inscrever (Biazevic et al., 2011).

Acreditamos que a aprovação da lei no. 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB, representa um marco histórico na Odontologia e mais, precisamente, no campo da gestão do trabalho em Saúde Bucal. Isto traz a possibilidade de um grande avanço no processo de trabalho, ampliando o acesso e a cobertura da população tornando, assim, realmente efetiva a inserção da Saúde Bucal no SUS e que de acordo com Frazão e Narvai (2011, p.109):

Houve impacto positivo para o processo de trabalho em saúde, tanto com relação à cooperação interprofissional quanto à supervisão técnica das atividades, representando uma conquista relevante dos trabalhadores da área e também uma contribuição significativa para avançar na ampliação do acesso aos serviços odontológicos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, algumas considerações sobre o estudo realizado serão apresentadas.

Em relação à percepção dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham ou já trabalharam com o Técnico em Saúde Bucal e à inserção e trabalho deste, na equipe, pudemos concluir que para os CD do Embu, o TSB é um profissional muito importante na odontologia, principalmente, nos serviços públicos de saúde onde, frequentemente, a demanda é desproporcional à oferta de serviços.

Uma outra questão importante, também, surgiu como condição para o êxito no trabalho do TSB: a qualidade da formação deste. A experiência dos Cirurgiões-Dentistas do Embu que participaram da formação dos THD (na época), no próprio serviço foi colocada como diferencial importante e com certo saudosismo. Diferentemente das faculdades, as atuais ETSUS que mantêm a formação técnica dos trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde, estão vinculadas à gestão da Saúde e não da Educação, o que acreditamos facilitar a adoção dos princípios e diretrizes do SUS como norteadores em sua prática formativa.

Sobre esta questão, algumas indagações merecem ser colocadas: Será que poderíamos afirmar que o incentivo do Ministério da Saúde para a implantação das equipes de Saúde Bucal, modalidade II na Estratégia Saúde da Família - ESF que inclui o TSB, teria estimulado a abertura desses novos cursos? Ademais, qual foi o impacto da recente regulamentação da profissão? Questões que merecem um debate mais abrangente e aprofundado pelos órgãos reguladores da Educação e da Saúde para atender às reais demandas do SUS.

Apesar de o presente estudo não ter tido como objetivo analisar ou discutir a nova legislação e tampouco as atribuições do TSB, mas por esta questão ter surgido no grupo, principalmente, como dúvida, buscamos publicações sobre a legislação, mas constatamos que a produção a respeito, ainda, é muito escassa.

Realmente, temos que considerar que a aprovação da lei n.º 11.889/2008 representa um marco importante para a gestão do trabalho em saúde e que simboliza a vitória de uma grande e longa luta do campo da saúde bucal coletiva, tendo em vista a pouca visibilidade social que este profissional ocupava, a falta de uma política salarial adequada e a posição dos setores mais conservadores,

alimentando idéias de que os TSB ocupariam o mercado de trabalho dos CD ou que se tornariam dentistas práticos. Mas, concordamos com Biazevic et al. (2011); Frazão e Narvai (2011) que são necessários maiores debates e estudo detalhado da nova lei por parte dos especialistas e responsáveis pela gestão de serviços odontológicos.

Com relação aos resultados desta pesquisa, ressaltamos alguns aspectos:

- falta de políticas públicas efetivas para o ordenamento de recursos humanos;
- importância da inclusão da carreira de Técnico em Saúde Bucal nos serviços públicos;
- necessidade urgente de uma política salarial que valorize e incentive o trabalho do Técnico em Saúde Bucal;
- insuficiência de formação de Técnico em Saúde Bucal;
- necessidade de formação de Cirurgião-Dentista com prática de trabalho em equipe de Saúde Bucal com a incorporação do Técnico em Saúde Bucal;
- importância da implementação de projetos de integração entre as Universidades e as Escolas Técnicas do SUS de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente.

E, novas pesquisas, principalmente, de natureza qualitativa devem ser realizadas para aprofundar as questões subjacentes que surgiram neste trabalho.

Acreditamos que com a regulamentação da profissão do TSB e ASB, o mercado de trabalho para estes profissionais tende à diversificação e expansão.

Consideramos, finalmente, que as políticas nacionais voltadas à educação profissional em saúde têm exigido das instituições de ensino e dos gestores dos serviços, uma iniciativa pró-ativa com relação à formação e inserção do profissional de acordo com o atual contexto sócio-político-econômico e às reais necessidades do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS⁸

Aguiar AC. Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização ao modelo assistencial. In: Amâncio Filho A, Moreira MCGB. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 155-62.

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):455-64.

Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):179-82.

Barbosa SN. Pessoal auxiliar em odontologia - regulamentação das profissões de THD e ACD. Divulg Saúde Debate. 1991;6:27-9.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed 70; 1979.

Barros OB. Ergonomia III: auxiliares em odontologia; ACD-THD-TPD-APD. São Paulo: Pancast; 1995. 226 p.

Bassinello GAH, Bagnato MHS. Projeto larga escala: uma análise a partir da bibliografia existente. Esc Anna Nery. Rev Enferm. 2009a jan./mar;13(1):194-200.

Bassinello GAH, Bagnato MHS. Os primórdios do PLE: tempo de lembrar. Ver Bras Enferm. 2009b jul./ago.;62(4):620-6.

Bastos NC de B. SESP/FSESP: 1942 - Evolução histórica - 1991. 2a ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1996. 524 p.

Biazevic MGH. Perfil do Técnico em Higiene Dental (T.H.D.) no Estado de São Paulo: resolutividade, relevância econômica do trabalho, qualidade de prestação dos serviços e satisfação e stress experimentados no serviço odontológico [dissertação]. Campinas: Universidade Camilo Branco, Faculdade de Odontologia; 2000.

⁸ De acordo com Estilo Vancouver

Biazevic MGH, Crosato EM, De Paula FJ, Silva M. Exercício das profissões auxiliares em odontologia In: Silva M, Zimmermann RD, De Paula FJ. Deontologia ética e legislação odontológica. Santos: Liv. São Paulo; 2011. p. 375-409.

Birman J. A physis da saúde coletiva. Rev Physis. 1991;1(1):7-11.

Botazzo C. A Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 1994.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988. Brasília (DF); 1988.

Brasil. Ministério da Educação. Lei 9.394/96 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Cadernos de Educação. 2a ed. Brasília (DF); 1997. n. 3, a.II.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Divulg Saúde Debate. 2000;(21):68-73.

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3 de 19/02/2002. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4. de março de 2002b. Seção 1, p.10.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Parecer CFE nº 460 de 6 de fevereiro de 1975. Dispõe sobre a habilitação em nível de 2º grau de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (DF). Documenta, 6 fev. 1975; 171:20-6.

Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília (DF); 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Brasília (DF); 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Municipal da Saúde. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Rev Bioética. 1996b;4:15-25.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e de auxiliar em saúde bucal (ASB). Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília (DF); 26 dez.2008. Seção 1, n. 251, p. 2-3.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Regulamenta as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do programa saúde da família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004b. p. 16.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação brasileira de ocupações: (CBO). Brasília (DF); 2002a.

Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB – SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996a.

Brasil. Resolução CIPLAN n.15, de 11 de novembro de 1985. Dispõe sobre a aprovação do projeto de formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 19 nov. 1985. Seção 1, p.167:83-4.

Calvo MCM. Manual básico de orientação para operacionalização de procedimentos coletivos em saúde bucal. Projeto Inovações no Ensino Básico: componente saúde. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. São Paulo; Secretaria de Estado da Saúde; 1995. 37 p.

Campos ALV. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 318 p.

Capistrano D. O cirurgião dentista no programa saúde da família. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva. 2000; jul./dez.;1(2):8.

Carvalho CL. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. In: Brasil. Ministério da Saúde. Guia curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na rede básica do SUS: Área III e IV. 1998.

Cavalcanti RAMS. O técnico em higiene dental e a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: a necessidade de um novo perfil profissional. [dissertação]. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador; 2003.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65.

Chaves MM. Recursos humanos. In: Chaves MM. Odontologia social. 3a ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1986. p.149-90.

Chiesa AM, Ciamponi MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadores. A Classificação internacional das práticas de enfermagem saúde coletiva. Brasília (DF): ABEn; 1999. p. 306-24.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. Decisão 26/84 de 28 de agosto de 1984. Regulamenta o exercício das profissões de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário [citado em 12 de jan.2010]. Disponível em: <http://www.cro.org.br>.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. Decisão 47/2003. Altera a denominação de atendente de consultório dentário [citado em 20 de jan.2010]. Disponível em: <http://www.cro.org.br>.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. Resolução 85/2009. Altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília (DF); 2009.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. Resolução 157 de 31 de julho de 1987. Regulamenta as profissões de ACD e de THD. Brasília(DF); 1987.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. Resolução 185/93 de 26 de abril de 1993 Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia. Brasília(DF); 1993.

Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: 13º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; Ouro Preto; 2002. 9 p.

Cunha LA. Ensino médio e ensino técnico na América Latina: Brasil, Argentina e Chile. Cadernos Pesq. 2000, dez.;111:47-70.

Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem - Rev Gaúcha Enferm 1999 jan.;20 (1):5-25.

Follador NN, Castilho V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):90-6.

Franco MLPB. Análise do conteúdo. 2a ed. Brasília: Líber Livro; 2007.

Frazão P. Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do sistema único de saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1997.

Frazão P, Narvai PC. Lei nº 11.889/2008: Avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? Trab Educ Saúde. 2011 mar./jun.;9(1):107-21.

Freitas S. Política de formação de recursos humanos em programas comunitários de saúde bucal. Divulg Saúde Debate. 1993 set.;40:43-7.

Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF). 2005. (Série pesquisa em educação)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 [citado em 27 de jan.2011]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/> .

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998). Rio de Janeiro: IBGE; 1998.

Junqueira SR, Araujo ME, Antunes JLF, Narvai PC. Indicadores sócio-econômicos e recursos odontológicos em municípios do Estado de SP- BR, no final do séc. XX. Rev Epidemiol Serv Saúde. out./dez., 2006, out./dez.;15(4):41-53.

Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode SM, Gentil SV, coordenadores. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 591-604.

Kornis G, Maia LS, Fortuna RFP. Produção intelectual em saúde bucal na perspectiva coletiva: uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2006. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006. (Estudos em saúde coletiva série).

Kovaleski DF, Boing AF, Freitas SFT. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. Rev Odontol UNESP. 2005;34(4):161-5.

Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. London: Sage Publications; 1996.

Kuenzer A. Ensino de 2º grau: o trabalho como princípio educativo. 2a ed. São Paulo: Cortez; 1992. 165 p.

Linñan MBG. A formação profissional do atendente de consultório dentário (ACD) e do técnico em higiene dental (THD), frente às exigências da atual lei de diretrizes e bases [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2000.

Machado MH. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. Cadernos RH Saúde. 2006 mar.;3(1):13-28.

Malvárez S, et al. Bases para um plano de desenvolvimento de técnicos em saúde. RETS - Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 23.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Monteiro PHN. O perfil de formação das escolas técnicas do SUS em São Paulo. Bol Inst Saúde. 2009 nov.;48:46-50.

Morgan DL. Focus group as qualitative research. Beverly Hills: Sage Publications; 1988.

Morita MC, Haddad AE, Araujo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. [S./]: Dental Press Int.; 2010. 96 p.

Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Rev ABENO. 2004;4(1):17-21.

Mucchielli R. O trabalho em equipe. São Paulo: Martins Fontes; 1980. p. 69-70.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2002.

Narvai PC. Recursos humanos para a promoção da saúde bucal. In: Promoção de saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 449-63.

Narvai PC, Frazão P. Técnico em higiene dental: hora de recuar? In: V Congresso da Federação Interestadual dos Odontologistas; set. 1999; Caldas Novas.

Narvai PC, Manfredini MA, Botazzo C, Raineri N, Schneider D, Frazão P. Contra o técnico em higiene dental. Divulg Saúde Debate. 1989;28:59-65.

Nozoe NH, Bianchi NA, Rondet ACA. A nova classificação brasileira de ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. São Paulo Perspectiva. 2003;17(3-4):234-46.

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva. 1999, jan./mar.;2(1):9-13.

Oliveira JAA. O técnico de higiene bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal [dissertação]. Rio de Janeiro: 2007.

Paim JS. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: ISC; 2002.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.

Peçanha AMM. Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional. Rev Fund SESP. 1976;1(1):63-115.

Pereira AC, Meneghim MC, Hebling E. Extensão universitária: produtividade com qualidade. Avaliação do estágio extramuro desenvolvido pela FOP- Unicamp. Rev Clin Odontol. 1995;1(2):16-20.

Pereira CA, Moreira BHW. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. Rev APCD. 1992, set./out.;46(5):851-4.

Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde individual, curativa, autônoma e tecnicista. Ciência Saúde Coletiva. 2003;8(2):599-609.

Pezzato LM. O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, no Brasil: uma história silenciada [dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas: Faculdade de Educação; 2001.

Pezzato LM, Cocco MIM. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. Divulg Saúde Debate. 2004 set./dez.;28(68):212-20.

Pezzato LM, Monteiro MI, Bagnato MH S. Processos de formação do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário no Brasil: algumas memórias. Odontol Soc. 2007;9(1):39-49.

Pimenta A. Dentista x THD. Rev APCD. 1994, nov./dez.;48(6):1512-22.

Pinto VG. A Odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir. Brasília: Santos; 1993.

Pinto VG. Recursos humanos. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4a ed. São Paulo: Santos; 2000. 541 p.

Pontes NST. Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação permanente: a experiência no PSF do município de Petrópolis [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Powell RA, Single HM. Focus groups. *Int Quality Health Care*. 1996;8(5):499-505.

Prado MBC, Queluz DP. Odontologia em equipe - desempenho e produtividade de trabalho entre os alunos de graduação e do curso técnico (ACD e THD). In: Cadernos de Resumo da 7ª Jornada Odontológica de Piracicaba. Piracicaba: FOPUnicamp; 2000. p. 192.

Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC, et al., organizadores. Odontologia em saúde bucal coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 140-59.

Queluz DP, et al. Pessoal auxiliar em odontologia: estrutura ocupacional e qualificação. *Rev ABO*. 2008 ago./set.;16(4):224.

Richardson RJ, Peres JAS, Wanderley JCV, Correia LM, Peres MHM. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3a ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas; 2008. p. 334

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, et al., organizadores. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 28-49.

Santos I, Almeida AMS, Galvão EA. Subsídios para a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem, sem qualificação específica, empregado no setor saúde - Brasil. *Educ Med Salud*. 1988;22(2):200-11.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Ofício BSB 014/88. Propõe a criação de cargos de Técnico em Higiene Dental no quadro de pessoal da SES. São Paulo; 1988.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Recursos Humanos. Programa de formação em larga escala de pessoal de níveis médio e elementar para os serviços de saúde. São Paulo, Serviço Gráfico – DAS; 1989.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Relatório da experiência pedagógica projeto Larga Escala-1992. São Paulo; 1993.

Serra CG. A saúde bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.

Viegas AR. A Importância da utilização de pessoal auxiliar em odontologia. Arq Fac Hig SP. 1966 jun.;20(1):25-41.

Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde tardio: o caso das Políticas de Saúde Bucal, no Brasil dos anos 80 [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.

Zilbovicius C. A SB e o SUS: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal, [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2005.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo Nº 172/2010
CAAE 0029.0.017.000-10

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Percepção do cirurgião –dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal**", de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Nilva Tiyomi Katani sob orientação da Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 09 de dezembro de 2010.

Profa. Dra. Marcia Turolla Wanderley
Coordenadora do CEP-FOUSP

ANEXO B - Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Embu para desenvolver o Projeto de Pesquisa

Prefeitura da Estância Turística de Embu
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Andronico dos Prazeres Gonçalves, 114.
Embu – Centro. Fone: 4785-3528

São Paulo, 01 de setembro de 2010.

Ilma Senhora Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa da FOU SP
Prof. Dra. Márcia Turolla Wanderley

Informo para fins de apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da FOU SP, que autorizo a realização, nas clínicas odontológicas das Unidades de Saúde do município de Embu, o trabalho de pesquisa de Nilva Tiyomi Kitani, denominado: **“Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal”**, orientado pela Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo, da Disciplina de Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia Social da FOU SP.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Dra. Sandra Magali F. Barbeiro
Secretaria Municipal de Saúde de Embu

APÊNDICE A - Categorização

Temas	CD	Falas
Importância do TSB na Odontologia	H	- Com THD, o desgaste diminui muito.
	L	- Eu acho que é um ganho a participação do técnico na odontologia.
	J	- O técnico dá tranquilidade, principalmente, quando a demanda está muito grande.
	A	- Eu percebi que aumenta muito a produção com o THD do que sem.
	A	- Fazer a parte da raspagem, parte clínica, ajuda bastante. Agiliza bastante o tratamento também.
	B	- (..) além de colaborar na cobertura da população, a agenda fica maior e dá para cobrir melhor.
Serviço Público X Serviço Privado	A	- As funções da TSB são muito importantes para o serviço público.
	D	- Não consigo imaginar o serviço público sem THD. Onde tem CD, teria que ter THD. Principalmente no serviço público, ajuda muito!
	L	- Cabe, tem mercado no serviço privado, mas eu enxergo numa clinica privada, uma resistência por parte do cliente.(....) Então é uma questão cultural. Não é uma resistência por questão de ordem técnica, que o TSB não tenha capacidade técnica para fazer. É cultural.
	J	- Uma clínica privada assim (com TSB) mostra um trabalho de qualidade.
	L	- No consultório privado, você não tem giro de paciente. É mais um gasto. Não tem um volume de paciente que justifique ter este profissional.
Universidade X Serviço	A	- (..) eu fui conhecer o trabalho do TSB quando comecei a trabalhar aqui no Embú mesmo.

	E	- A gente nunca ouviu falar em Técnico em Higiene Dental em faculdade nenhuma. Foi no serviço mesmo.
	C	- Na faculdade eu tive uma matéria, Saúde Coletiva, que falava bastante de ACD e THD. Bem, parte teórica. (...) Mas no teórico, sim, escutei. Mas na prática mesmo, foi aqui
	L	- Ah, acho que na Odontologia Legal, né? Uma coisa assim, do que ele podia fazer, do que não podia e quais eram os atributos. Questão até de prova. (risos)
	L	- Eu, quando entrei, já tinha o THD. Já entrei com ela, então, ela dizia: “- É assim que funciona.”
Regulamentação da profissão	A	- Há um tempo atrás a THD se formava inserindo material na cavidade, restaurando o dente e agora, parece que tem uma lei que proíbe a THD de fazer este tipo de serviço.
	D	- O que eu imagino é que o CD tem que perder o medo do TSB/THD e entender que eles não são concorrentes e essa cultura que a gente vê até nesta regulamentação.
	E	- Falta esclarecimento geral, as regras sobre a nova lei.
	D	- Com relação à regulamentação, as pessoas que regulamentaram isso, não vivem o serviço no dia a dia da forma que a gente vive. (...) Da forma como foi regulamentada isso, a ação deles ficou muito limitada. Mesmo o campo de ação da ACD. Em vista disso, não dá para se exigir uma formação maior e melhor, se não vai poder fazer e atuar.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ R.G: _____, declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo intitulada "Percepção do cirurgião - dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal", da Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que em linhas gerais visa analisar o grau de conhecimento, experiência e satisfação dos CD com o trabalho junto ao pessoal auxiliar odontológico, principalmente o Técnico em Saúde Bucal -TSB, na equipe de Saúde Bucal.

Fui também esclarecido (a) de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, não oferecendo risco moral ou funcional ao meu exercício profissional.

Minha colaboração consistirá na participação de uma entrevista, que será realizada em grupo e gravada, com duração de aproximadamente 2 horas, em local a ser confirmado, mas fora do meu horário de trabalho.

O conteúdo das entrevistas busca levantar informações que pretendem o aperfeiçoamento do objeto de pesquisa. Entendo que, como sujeito da pesquisa, minha reflexão e o debate sobre o impacto trarão benefícios a mim e ao meu trabalho.

As anotações e gravações serão guardadas sob responsabilidade da pesquisadora e as transcrições serão armazenadas em arquivo no seu computador, protegido por senha que só ela tem acesso. Estou ciente de que posso me retirar da entrevista a qualquer momento, se assim o desejar, ou de que não sejam consideradas minhas opiniões posteriormente. A pesquisadora se comprometeu a não identificar os participantes, sendo que o discurso de cada um será relacionado a letras ou números.

Estou ciente de que, em caso de dúvidas, posso entrar em contato com a

pesquisadora responsável Nilva Tiyomi Kitani, pelo telefone: 3816-6269. Qualquer questionamento ético pode ser esclarecido em consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP, localizado à Avenida Professor Lineu Prestes, no. 2227, Cidade Universitária, São Paulo – SP.

A pesquisadora me entregou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

Nilva Tiyomi Kitani

APÊNDICE C - Questionário

APRESENTAÇÃO / IDENTIFICAÇÃO

“Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal”

Município: EMBÚ

DRS: 1

Estado : SP

1. Identificação do entrevistado (a) :

- IDADE –
- SEXO - FEM. ☐ MASC. ☐
- INSTITUIÇÃO DE ENSINO – PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐
- ANO FORMATURA =
- ESPECIALIDADE OU PÓS-GRADUAÇÃO – SIM ☐ NÃO ☐
- TRABALHO ATUAL - SOMENTE PÚBLICO ☐ PRIVADO e PÚBLICO ☐

2. Aonde você conheceu o TSB?

SERVIÇOS ☐ CURSO ☐ GRADUAÇÃO ☐ OUTROS ☐ ESPECIFICAR: