

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**A participação do técnico em saúde bucal na  
estratégia saúde da família: um olhar em municípios  
estruturados**

**Dulce Maria de Lucena Aguiar**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para obtenção  
do título de Doutora em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde  
Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira**

**São Paulo  
2010**

**A participação do técnico em saúde bucal na  
estratégia saúde da família: um olhar em municípios  
estruturados**

**Dulce Maria de Lucena Aguiar**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para obtenção  
do título de Doutora em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde  
Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Pérciles Alves Nogueira**

**São Paulo  
2010**

*A meus filhos, **Daniel e Larissa**,  
por significarem alegria constante em minha vida.*

*Ao meu esposo, **Edmilson**,  
por apoiar e incentivar cada passo dessa caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me permitir um novo viver e me dar forças para almejar novos objetivos e vivenciar alegrias como esta.

A **minha mãe Tereza**, exemplo de mulher guerreira, compartilho com ela mais uma conquista.

Ao **Prof. Paulo Frazão**, pelos ensinamentos recebidos e pelas valiosas contribuições sobre questões relevantes da pesquisa.

Ao **Prof. Péricles Nogueira**, por ter acreditado na proposta apresentada e ter aceitado a orientação deste trabalho.

Ao **Prof. Osmar Vasconcelos**, pelo incentivo para ingressar no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A **Profa. Regina Lucena**, minha irmã, pelo estreitamento da convivência, pelas discussões e reflexões sobre o objeto de pesquisa, pelo encorajamento nas horas de desânimo.

A **Faculdade de Saúde Pública** da Universidade de São Paulo, na pessoa dos professores Eurivaldo Almeida e Péricles Nogueira e daqueles que se deslocaram para as aulas no Ceará, pela oportunidade de crescimento profissional.

A **Profa. Simone Moysés** (PUC-PR) e ao **Prof. Marcos Werneck** (UFMG), por terem intermediado os primeiros contatos com as secretarias municipais de saúde de Curitiba e Belo Horizonte, respectivamente.

As **professoras Fátima Antero e Nilce Tomita**, pelas contribuições recebidas por ocasião da pré-banca.

Ao **professor Fernando Lefevre**, pelas contribuições no exame de qualificação e na pré-banca.

Ao **CNPq**, por tornar possível a realização dessa pesquisa em quatro municípios brasileiros.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em especial à **Maria do Carmo e Lívia**, do Departamento de Práticas de

Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela solicitude e atenção dispensadas aos alunos do DINTER do Ceará.

Aos **colegas de doutorado**, por compartilharem idéias, angústias e, sobretudo, pelo aprendizado.

As colegas **Ednir Ribeiro e Márcia Dantas**, pela contribuição valiosa na preparação do campo de pesquisa nos municípios de Maracanáu e Recife, respectivamente.

A **Neila Lima**, da Escola de Saúde Pública, pelo zelo e dedicação para com a turma do DINTER.

Ao colega **João Santiago**, da Escola de Saúde Pública do Ceará, por me ajudar a seguir as normas que regem a apresentação de trabalhos acadêmicos.

A TSB **Geyse Miguel**, do Recife, na pessoa da qual agradeço a todos os **profissionais das Secretarias Municipais de Saúde de Maracanáu, Recife, Belo Horizonte e Curitiba**, pelo modo solícito com que fui recebida nesses municípios.

Aos **sujeitos da pesquisa**, pela disponibilidade para contribuir e participar da pesquisa.

## RESUMO

Aguiar DML. A participação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família: um olhar em municípios estruturados [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

**Introdução** - O técnico em saúde bucal (TSB) é um profissional da equipe de saúde bucal (ESB), a quem compete a execução de ações diretas na assistência odontológica individual e nas ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Embora sua presença possa elevar cobertura e qualidade das ações, estudos apontam para sua subutilização, o que enseja dificuldades no campo da gestão do trabalho.

**Objetivo** - Compreender os fatores que influenciam a prática do TSB na estratégia saúde da família. **Procedimentos Metodológicos** – estudo descritivo, onde foram selecionados quatro municípios que se beneficiaram de Portaria do Ministério da Saúde (MS) que destinava um equipamento odontológico para as ESB com TSB: Maracanaú (CE), Recife (PE), Belo Horizonte (MG) e Curitiba (PR). A amostra intencional foi composta por cirurgiões-dentistas (CD) e TSB de duas ESB de cada município, sendo uma considerada mais afastada e outra mais próxima pelo coordenador municipal de saúde bucal, segundo o modelo proposto pelo MS. Entrevistaram-se ainda gestores mais próximos da dinâmica das ESB. Analisou-se o material discursivo das 24 entrevistas em profundidade, segundo o referencial de Pierre Bourdieu. Os dados foram cotejados com o conteúdo de orientações sobre a prática do TSB e a programação das ESB, quando presentes em documentos normativos dos municípios. **Resultados** - A maioria dos entrevistados eram mulheres e a idade média foi 38 anos. Entre os CD, 60% possuíam tempo de formação entre 5-10 anos e 50% eram especialistas em saúde coletiva. Entre os TSB, 50% possuíam tempo de formação entre 2-5 anos. Em alguns casos, foi observada a existência de

relação entre a fala de alguns agentes e sua trajetória social. Em nível interpessoal, as principais barreiras para a participação do TSB foram relacionadas ao sentimento de incompetência do CD para supervisionar sua atividade, aliado a reduzida disposição para o trabalho compartilhado. Em nível organizacional, destacaram-se: falta de clareza quanto ao projeto de trabalho proposto para a ESB e incapacidade para colocá-lo em prática, combinado à inexistência de ações de apoio voltadas à superação dos nós críticos. Em nível geral, embora a regulamentação da profissão representasse um expressivo elemento de apoio para sua atuação, as entrevistas refletiram disputas de diferentes projetos para o TSB nos sistemas de educação e no de profissões. **Conclusões** – a participação do TSB na estratégia saúde da família decorre de determinantes interacionais, organizacionais e sistêmicos, mediados pelos interesses e habilidades expressas pelo TSB e pelo cirurgião-dentista. A compreensão desses aspectos pode auxiliar a condução do trabalho nas unidades de atenção primária.

**Descritores:** Saúde da Família; Serviços de saúde bucal; Atenção primária; Recursos humanos; Higienistas dentários

## ABSTRACT

Aguiar DML. A participação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família: um olhar em municípios estruturados/. The participation of oral health technician in the teams of family health strategy: a look on structured municipalities [Thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

**Introduction** - The oral health technician (TSB) is a professional who takes part in the oral health team (ESB) and is responsible for carrying out direct actions in both the individual dental care as in collective actions of prevention and health promotion like a dental hygienist. Although his presence may raise both the coverage and the quality of developed actions, studies in Brazil have pointed out to his underutilization, which entails difficulties in the field of labor management. **Aim** - To understand the factors that influence the participation of TSB in the teams of family health strategy. **Methodological Procedures** – Descriptive study were we selected four Brazilian cities that have benefited from the decree of the Ministry of Health (MS) 74/2004 which meant dental equipment for the ESB with TSB: Maracanaú (CE), Recife (PE), Belo Horizonte (MG) and Curitiba (PR). The intentional sample was comprised by dentists (CD) and two TSB from each municipality, being one considered more distant and the other considered closest to the model proposed by MS according to the knowledge and view of municipal coordinator of oral health, according to the model proposed by MS. We interviewed the managers of health units to whom the team reported. The discursive material



from 24 in-depth interviews was analyzed, considering the referential of Pierre Bourdieu. The data were compared with the contents of the guidelines on the practice of TSB and programming of ESB when present in the normative documents of each municipality. **Results** - Most respondents were female and the average age was 38 years. Among the CD, 60% of respondents had training time between 5-10 years and 50% had a specialization in public health. Among the TSB, 50% had training time between 2-5 years, 37.5% had between 19 and 20 years of training time and one of the interviewees did not answer, saying no recollection of the year when she finished her course. In some cases, relationship was observed between the discourses of some agents and their social trajectory. On the interpersonal level, the main barriers to the participation of TSB were related to feelings of incompetence of the CD to supervise their activity, combined with low degree of intersectoral cooperation. On the organizational level, highlighted a lack of clarity about the work project proposed for the ESB in the ESF, the inability to put it into practice, combined with the lack of support actions aimed at overcoming the bottleneck. On a most general level, although the regulation of the profession has represented a significant element of support for their actions, some of the speeches reflected the disputes of different projects for these professionals in the education system and the system of professions. **Conclusions** – TSB's participation in family health strategy stems from interactional determinants, organizational and systemic, mediated by the interests and abilities expressed by the TSB and dentist. Understanding these aspects may help the conduct of work in primary care.

**Descriptors:** Family Health; Dental health services; Primary Care; Human Resources; Dental Hygienists

## INDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	26
2.1	ODONTOLOGIA E SAÚDE BUCAL COLETIVA .....	26
2.2	ESTUDOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR .....	27
2.3	A ATUAÇÃO DO ACD E DO TSB: ASPECTOS REGULADORES E CONDICIONADORES .....	31
2.4	AS DIFERENTES VISÕES SOBRE O PAPEL DO THD .....	35
2.5	A REGULAMENTAÇÃO DAS PROFISSÕES DE TSB E ASB .....	38
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	42
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	43
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	43
4.2	CONTEXTO DO ESTUDO .....	43
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA .....	46
4.4	REFERENCIAL TEÓRICO .....	48
4.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	54
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	60
4.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	63
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	65
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	91
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	121
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	123
<b>9</b>	<b>APÊNDICES</b> .....	136
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b> .....	141

## SIGLAS UTILIZADAS

ABCD	Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABOR	Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Funcional
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVISA	Áreas de Vigilância à Saúde
BH	Belo Horizonte
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
C	Coordenador
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRO	Conselho Regional de Odontologia
ENASTEPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
FNO	Federação Nacional dos Odontologistas
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MOD	Modalidade
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PSF	Programa de Saúde da Família

RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

## 1. INTRODUÇÃO

Qualquer que seja o tipo de trabalho humano, seu surgimento e desenvolvimento visam à satisfação das necessidades humanas. Dessa forma, o trabalho odontológico deve também evoluir de acordo com tais necessidades (NARVAI, 1997).

O aumento da necessidade por serviços odontológicos acompanhou o desenvolvimento do consumo de açúcar na sociedade ocidental. Utilizado inicialmente pela população mais abastada, o mercado de consumo do açúcar disseminou-se gradualmente, até tornar-se, no século XIX, um produto de uso comum. Nessa mesma época, as doenças bucais, especialmente a cárie dentária, disseminaram-se por vários segmentos da sociedade, acompanhadas pelo aumento da severidade dessas doenças.

Durante a 60ª World Health Assembly (WHA) ocorrida em Genebra em maio de 2007, a Organização Mundial de Saúde adotou o Plano de Ação em Saúde Bucal para Promoção e Prevenção Integrada de Doenças, no qual reitera as doenças bucais como sério problema de saúde pública, relacionando a doença periodontal, a perda dentária e as lesões na boca com outras doenças crônicas como câncer bucal, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e também com hábitos nocivos como o consumo de álcool e tabaco (WHO, 2007).

Além do impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, as referidas doenças causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, gerando prejuízos individuais e coletivos, razões pelas quais estão a exigir uma resposta da sociedade.

Em vários países da Ásia (Índia, Paquistão, Sri Lanka, etc.) a resposta às necessidades de saúde bucal é orientada pelas leis de mercado. Procedimentos cirúrgicos e restauradores são ofertados em ruas de grande circulação por exímios artesãos ou em lojas de “comércio de dentes”, sem qualquer regulação pelo Estado (RING, 1986).

Em outros, a exemplo dos Estados Unidos, onde a prática atingiu determinado grau de profissionalização, caracterizado por certo padrão organizacional do trabalho especializado, pela dedicação integral de seus membros e pela existência de mecanismos de autorregulação, critérios de habilitação e autonomia, a resposta pode se apresentar de múltiplas formas, envolvendo organizações particulares e estatais de diferentes tipos, sem uma coordenação sistêmica.

Frazão (1999) afirma que nos EUA, onde não existe um sistema nacional de saúde e sim planos individuais para a prestação de serviços, as despesas com saúde são crescentes e consomem uma das mais altas cifras do produto interno bruto (PIB). Segundo o autor, nesse país, onde a presença do Estado é apenas tolerada, torna-se cada vez mais evidente a exigência por uma maior racionalidade, que estabeleça controle sobre as imperfeições do mercado, os custos da assistência à saúde, o uso abusivo, inoportuno e inadequado de tecnologia, a desarticulação entre as diferentes unidades de serviços, dentre outros. Esta descrição diz respeito à situação vivenciada no país nos anos 90, mas essa situação ainda persiste.

Em certos países com tradição em políticas de proteção social, a resposta é organizada por meio do Estado, através de um amplo conjunto de ações e serviços, que compõem os sistemas de saúde. Sem considerar as diferentes formas de intervenção do Estado e o padrão de sua atuação na área social, esses sistemas, tanto aqueles onde prevalece a doutrina da seguridade social e da solidariedade entre os cidadãos (Reino Unido, Dinamarca, Itália), como aqueles orientados pelo princípio do seguro social obrigatório e público (Alemanha, França, Países Baixos), complementado ou não por seguros individuais privados, têm sido historicamente norteados pela busca da universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde (FRAZÃO, 1999).

Para Ribeiro (1993) existe uma tendência predominante de hierarquização de demandas e necessidades. O direito à consulta é garantido universalmente. O acesso aos serviços especializados e ao hospital, excluindo as situações de urgência, obedece a critérios mais restritos e variáveis em cada país.

No Brasil, a definição da saúde como um direito de cidadania, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurados na Constituição Federal de 1988 e a legislação nacional sobre o tema reconhecem que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Para autores como Paim (1982) e Donnangelo (1982), a Saúde Coletiva foi inicialmente postulada como essencialmente um campo científico, onde são produzidos conhecimentos e saberes disciplinares acerca do objeto “saúde”. Segundo Paim, o objeto da Saúde Coletiva forma-se nos limites do biológico e do social, compreendendo a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, além do estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos.

De acordo com Donnangelo, a Saúde Coletiva deve ser entendida como "conjunto de saberes que subsidia as práticas sociais de distintas categorias profissionais e atores sociais de enfrentamento da problemática saúde-doença-cuidado”.

A Saúde Coletiva tem, historicamente, enfrentado vários desafios. Um deles consiste em tornar as ações de saúde um direito básico acessível a toda a população (CARVALHO et al., 2004). Outro desafio diz respeito à reformulação de sua prática, com a finalidade de responder aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, gerando implicações sobre a maneira de produzir atenção à saúde no dia-a-dia dos serviços (SOUZA et al., 2001).

No âmbito da organização da resposta aos problemas de saúde bucal, o desafio consiste em articular o interesse da área às ações de promoção e prevenção realizadas nas unidades básicas de saúde e organizar a oferta de assistência odontológica ao indivíduo, de modo a assegurar um nível ótimo de qualidade, com eficiência e de maneira sustentável, mantendo equilíbrio entre a extensão da cobertura (população beneficiada) e a profundidade da atenção (tipo de serviços prestados).

Nesse sentido, pesquisas sobre recursos odontológicos mais adequados e tecnologias de melhor custo-efetividade são essenciais para subsidiar o planejamento e a administração de sistemas e serviços de atenção à saúde bucal.

Mas por melhor que seja o planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos a serem utilizados, por mais favorável que se apresente o ambiente e mais clara que seja a definição de seus objetivos, o sucesso ou o fracasso de projetos destinados a elevar o nível de saúde bucal da população depende, além do número de profissionais disponíveis, essencialmente, de recursos humanos adequadamente qualificados (QUELUZ, 2003).

Ao mencionar preparação adequada, o foco recai não somente na utilização do profissional para a solução de problemas imediatos, mas também em sua capacitação e educação permanente, a fim de ajustar a prática às modificações de natureza tecnológica, sócio-econômica e cultural que permeiam e atravessam a sociedade contemporânea.

Dussault (1992) ressalta que o sucesso das organizações depende em maior ou menor grau do empenho de seus integrantes. No caso das organizações de saúde, essa observação se aplica de modo radical, pois dependem dos responsáveis pela execução direta das atividades. Outra característica das organizações de saúde, ressaltada pelo autor decorre do fato de que os “serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar”.

A prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público, isto é, uma atividade de interesse do público e a todos interessa, em algum momento de sua vida, utilizar-se de tais cuidados. Por ser um serviço, envolvendo as dimensões de consumo e produção, pode-se afirmar que sua realização é uma função que envolve múltiplos interesses, onde se destacam de um lado, os das diferentes clientelas irmanadas pela motivação de seu consumo e, de outro, por ser um serviço complexo cuja oferta resulta da atuação de múltiplos agentes, também os interesses desses agentes, representados pelos profissionais e pelos gestores dos referidos serviços (SANTANA, 1999).



O autor afirma que a abordagem dessas dimensões da organização dos serviços de saúde aponta para uma de suas mais expressivas características: a presença de variados e divergentes interesses no campo de sua oferta e consumo.

Nas equipes de saúde que compõem as organizações, verifica-se a existência de situações específicas ao setor saúde, que impactam sua estruturação, tais como: dominância de um discurso particular, resultando na exclusão de outro e falta de confiança interprofissional, resultante de relação de poder entre as profissões (PINHO, 2006).

De acordo com Hall e Weaver (2001), cada profissional de saúde apreende seu papel através do processo de educação de sua profissão, tornando-se esse papel uma parte integral do “mapa cognitivo” do indivíduo. Pinho (2006) afirma que os profissionais de saúde nas organizações possuem uma compreensão dos papéis e “mapas” de outras pessoas, fatores responsáveis por causar ansiedade, conflitos e ineficácia no trabalho coletivo.

Em relação ainda às peculiaridades das organizações de serviços de saúde, chama-se atenção para o caso em que estes são oferecidos pelo poder público, quando, segundo Dussault (1992), essas organizações dependem em maior grau do que as outras do ambiente sócio-político, isto é, seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização.

Para Motta (1995) e Vergara (2000), autores do campo da administração, pessoas são os recursos mais importantes para se produzir (ou não) mudanças no interior de uma organização. Segundo eles, os processos de mudança são construções sociais e, na sociedade contemporânea, as instituições sociais (famílias, escolas, organizações e empresas) estão vivenciando uma crescente democratização em seus interiores. Daí a importância de se valorizar a gestão de pessoas nos ambientes de trabalho, durante os processos de mudança.

No que se refere às especificidades do trabalho em saúde, um componente a destacar consiste no elevado grau de divisão do trabalho observado na produção dos serviços de saúde, resultando no surgimento e consolidação de novas categorias profissionais e ocupacionais (SANTANA, 1999).

De acordo com Queluz (2003), o surgimento das categorias auxiliares no setor saúde tem sido associado a uma série de fatores, dentre eles a racionalização do trabalho, o aumento da produtividade e da qualidade e as mudanças nas práticas e nos modelos assistenciais. A incorporação de pessoal auxiliar permitiu a oferta de um conjunto maior de atividades, de natureza e complexidade diferentes, além do aumento da cobertura das ações.

Para Carvalho (1999), o desenvolvimento das ciências da saúde, aliado à intensa incorporação tecnológica ocorrida no setor no século passado, tem provocado o aparecimento de novas profissões, a subdivisão de profissões antigas e o desaparecimento de outras, que se tornaram obsoletas.

Essa subdivisão de profissões é o resultado da divisão técnica do trabalho em saúde, podendo ocorrer de duas formas: horizontalmente, através da proliferação de especialidades e verticalmente, através do surgimento de novas categorias profissionais, resultantes da delegação de funções a trabalhadores de nível médio.

Segundo a autora, no campo da saúde bucal existem pelo menos duas razões históricas para se buscar a incorporação e a expansão de pessoal auxiliar nos serviços de saúde. Uma é a liberação de profissionais, cada vez mais especializados, das funções mais simples (embora não menos importantes) do trabalho odontológico, com o que concorda Motley (1983), ao afirmar que a idéia que levou ao surgimento de auxiliares estava relacionada ao fato de que “os dentistas queriam assegurar cuidados profiláticos para os pacientes e obter um tempo maior para o trabalho restaurativo e para outros procedimentos complexos, para os quais eles haviam sido treinados”.

A outra razão está relacionada à necessidade de expansão dos serviços odontológicos a um custo menor, buscando racionalizar o processo de trabalho, sendo a existência de assistentes em Odontologia tão antiga quanto a prática profissional odontológica.

De acordo com a literatura, a utilização de pessoal auxiliar em Odontologia começa a ocorrer a partir do início do século passado, destacando-se a

experiência desenvolvida nos Estados Unidos (DUNING, 1958) e o modelo da Nova Zelândia (LOGAN, 1978).

Muitos dos cirurgiões-dentistas que defendiam a idéia de utilizar pessoal auxiliar para prestação de serviços diretos ao paciente, principalmente no trabalho preventivo, incorporaram isso em sua prática. A proposta geralmente era utilizar mulheres devidamente treinadas por eles, em escolas apropriadas, para executar a limpeza dos dentes, onde as referidas escolas emitiriam certificados de competência e proficiência nestas atividades (CARVALHO, 1999).

O primeiro curso proposto com essa finalidade foi realizado entre os anos de 1910 e 1911 pela Faculdade de Odontologia de Ohio e visava à formação de higienista dental, mas não foi adiante. Um cirurgião-dentista de nome Alfred Fones, do estado de Connecticut, fundou em 1913 outro curso com a mesma finalidade, sendo este considerado um marco na história da profissionalização das higienistas dentais dos EUA (TOMASSO, 2001).

O surgimento da categoria profissional mencionada acima foi marcado pelo argumento de que esse tipo de pessoal poderia colocar a profissão em alto nível, através dos resultados eficazes que as medidas preventivas proporcionariam, se esse pessoal fosse devidamente capacitado (CARVALHO, 1999) .

Segundo a autora, o modelo utilizado na Nova Zelândia, iniciado na década de 20, preconizava o uso de enfermeiras dentais escolares, com ampliação de suas funções odontológicas, que incluíam aplicação de solução anestésica, preparos cavitários e realização de exodontias simples, sob supervisão indireta de um dentista responsável por várias unidades escolares. Essa experiência foi referência para o tema por volta de 1949, na proposta da Organização Mundial de Saúde, de investir na expansão da utilização de pessoal auxiliar odontológico, nos países da África, Ásia e América Latina.

Carvalho (1999) afirma ainda que o receio de que parte dos auxiliares pudesse se engajar na prática ilegal da Odontologia foi contraposto com o argumento de que a existência de leis poderia limitar e controlar a atuação destes e que seu trabalho deveria ser diretamente supervisionado por um dentista, marcando, assim, o

início da utilização de pessoal auxiliar treinado em Odontologia.

Entre os anos de 1963 e 1966, Hammons e Jamison (1967) desenvolveram uma pesquisa sobre pessoal auxiliar na Escola de Odontologia da Universidade de Alabama, EUA, com a finalidade de avaliar a qualidade do trabalho realizado por assistentes (grupo experimental) e estudantes de Odontologia (grupo controle). Num período de dois anos, sete alunas (dentre elas, três auxiliares odontológicas pela Universidade de Alabama) foram treinadas para executar algumas atividades, como condensação de amálgama e escultura. Para os vários aspectos analisados (escultura, contato, contorno, entre outros), a proporção de conhecimentos clínicos considerados excelentes foi maior para os assistentes que para os estudantes, apresentando diferenças, em geral, estatisticamente significantes.

No período de 1965 a 1970 Lotzkar et al. (1971) numa pesquisa para o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, desenvolveram num centro de formação localizado em Louisville, Kentucky, experiência sobre delegação de funções para pessoal auxiliar, estudando o conseqüente aumento de produtividade do grupo formado. Cerca de 70% dos procedimentos executados por essas assistentes foram considerados aceitáveis. Trabalhando com o dentista, elas foram capazes de aumentar a produtividade em até 133%, dependendo do tipo de medida utilizado.

Diante dos resultados das pesquisas acima referidas, Frazão et al. (1995) afirmaram que a utilização de pessoal auxiliar odontológico possibilita, quando sob certas condições de trabalho, tanto do ponto de vista da eficiência quanto da eficácia, o aumento da qualidade, da produtividade e do rendimento dos serviços prestados pelo cirurgião-dentista.

No Brasil, a origem do Técnico em Higiene Dental (THD) e do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) em instituições públicas está relacionada com os auxiliares que atuavam nos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), na década de 40-50, os quais formavam uma equipe e desenvolviam, de forma pragmática, atividades diretas de caráter preventivo dirigidas a escolares e auxiliavam o cirurgião-dentista na cadeira operatória. À época elas receberam a denominação de auxiliar de higiene dentária (LUORES E FREIRE, 1964).

No Brasil, a incorporação de pessoal auxiliar ocorreu com ênfase maior no final da década de 70 e início da década de 80, quando os serviços públicos odontológicos começaram a se organizar e com isso, a utilizar esse tipo de pessoal nas ações de assistência odontológica, expandindo-se para várias organizações públicas dos setores de saúde e educação, em diferentes regiões do país (FRAZÃO, 1995).

Nessa época, a necessidade de expandir a cobertura das medidas proposta de realizar nos serviços públicos de saúde medidas preventivas e educativas e das ações de assistência individual em espaços coletivos de trabalho, com técnicas e equipamentos simplificados nos serviços públicos de saúde tornou a utilização de pessoal auxiliar imprescindível (PEZZATO, 2001).

Mais tarde, a utilização de pessoal auxiliar odontológico ganha novo impulso, com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na estratégia saúde da família (BRASIL, 2000c).

O aumento da incorporação e do processo de formação do THD e do ACD é atribuído por Narvai (1997), à incorporação de sistemas de trabalho inovadores, resultantes da adoção de princípios ergonômicos; às exigências das normas de biossegurança; e, principalmente à utilização, cada vez maior e diversificada, de medidas preventivas e educativas, nas quais o pessoal auxiliar exerce papel fundamental.

Em 2003, estavam registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO), 183.078 cirurgiões-dentistas, 4.846 técnicos em higiene dental e 36.787 auxiliares de consultório dentário. Em setembro de 2010, estes números correspondem a 231.610, 10.680 e 79.603, respectivamente (CFO, 2010). Embora tenha havido um aumento bastante significativo no número de THD, pouca informação existe sobre a utilização desse tipo de pessoal.

Dentre os estudos recentes sobre pessoal auxiliar podem ser citados: o de Queluz (2008), no qual foram descritas as características da estrutura ocupacional, das funções, restrições e obrigações legais; o da mesma autora, em 2005, cujo propósito foi avaliar o perfil dos profissionais e suas implicações no mercado de

trabalho; o de Tomazevic (2005), com o objetivo de levantar as ações desenvolvidas pelo ACD e THD, buscando compará-las com o que aprenderam no curso profissional; e o de Pezzato (2001) realizado com o objetivo de recuperar acontecimentos da história do processo de formação do THD e do ACD em instituições públicas no Brasil, a partir da década de 70.

No âmbito internacional, em termos de estudos recentes, podem ser citados: o de Pourat (2009), realizado com o objetivo de estudar as características dos dentistas que não utilizam as higienistas dentais na Califórnia e suas razões para não fazê-lo; o de Schuller et al. (2006), abordando o acesso direto da população às higienistas dentais, na opinião delas próprias e do cirurgião-dentista; o de Knevel (2005), sobre a situação de saúde bucal no Nepal e a capacidade das higienistas dentais para realizarem educação em higiene dental e terem uma profissionalização independente; o de Ohrn (2004), realizado na Suécia, que tratou do papel das higienistas dentais nas atividades preventivas em saúde oral; o de Gordon e Rayner (2004) sobre os higienistas dentais na África do Sul, seu perfil e sua prática; o de Kin (2003), realizado na Coreia, com o objetivo de fornecer informações básicas sobre o status das higienistas dentais naquele país; além do de Gibbons et al. (2001), que pesquisou as práticas de trabalho das higienistas dentais no Reino Unido e sua satisfação com o trabalho.

Pode-se observar que a maioria dos estudos recentes realizados no Brasil e no exterior não são estudos qualitativos, nem tratam diretamente dos aspectos que estão associados às características da utilização do Técnico em Saúde Bucal.

A estratégia saúde da família é um espaço social favorável para o estudo da utilização do Técnico em Saúde Bucal nas ações de promoção, prevenção e assistência individual ofertadas na atenção primária à saúde, sendo o processo de trabalho um aspecto fundamental da mesma.

Para os profissionais de saúde bucal, sua inserção em uma equipe multiprofissional, significa uma maneira nova de trabalhar e representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um novo espaço de construção de práticas e relações, que possibilita reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da

saúde bucal nos serviços de saúde, vislumbrando-se uma possibilidade de aumento de cobertura, maior alcance de medidas de caráter coletivo e maior efetividade na resposta às necessidades da população (BRASIL, 2000a).

Com a estratégia saúde da família, lançada como programa pelo Ministério da Saúde em 1994, foi assumido o compromisso de prestar assistência integral, universal, equânime, contínua e resolutiva à população, com base em suas necessidades, identificando os fatores de risco a que essa população está exposta, buscando intervir sobre eles (BRASIL, 2000a).

O modelo preconizado pela referida estratégia foi testado em vários países, dentre eles o Canadá, o Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos (BRASIL, 2000b). Experiência pioneira de médico de família no Brasil, implantada em 1992 em Niterói, no Rio de Janeiro também serviu de base para esse modelo (OLIVEIRA e SALIBA, 2005).

Durante muitos anos a atenção à saúde bucal caracterizou-se pela oferta de serviços aos escolares, enquanto os outros grupos recebiam atendimentos de urgências odontológicas, modelo criticado por focar as ações curativas e apresentar uma cobertura exígua (SOUZA et al., 2001).

A compreensão de que a saúde bucal é parte integrante do todo e de que há necessidade de reorientação das práticas a ela relacionadas, ou seja, de se dar ênfase à promoção, proteção e recuperação da saúde, visando à melhoria dos índices epidemiológicos e à ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, impulsionou a decisão de incluí-la na estratégia saúde da família (SOUZA et al., 2001). Em dezembro de 2000, por intermédio da Portaria n. 1.444 do Ministério da Saúde, foi criado um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira (BRASIL, 2000c).

Um dos fatos que contribuiu para a inclusão de profissionais de saúde bucal na estratégia saúde da família refere-se à divulgação de dados colhidos durante a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), onde ficou constatado que cerca de 29,6 milhões de brasileiros, de um total de 160 milhões, àquela época, nunca haviam ido ao dentista, representando algo em torno de 12,5% de pessoas que

nunca tinham tido acesso a tratamento odontológico; na área rural esse número subia para 32% (IBGE, 1998).

A equipe de Saúde Bucal (ESB) deve ser composta por um Cirurgião Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) na Modalidade I; este número é acrescido de um Técnico em Higiene Dental (THD) na Modalidade II, onde, de acordo com a Portaria GM nº 74 (BRASIL, 2004a), esse tipo de ESB pode receber do Ministério da Saúde um equipamento odontológico completo para utilização pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB), àquela época denominado de THD.

Como houve mudança de nomenclatura do ACD, que passou a se chamar de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e do THD, que foi denominado de TSB, após a regulamentação destas profissões, nesse estudo ACD e ASB são considerados sinônimos, bem como THD e TSB.

Inicialmente o incentivo federal aos municípios interessados era limitado a uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família. Somente nove anos após o lançamento do programa, a Portaria 673 ampliou o financiamento federal para todas as equipes de saúde bucal vinculadas a ESF, considerando o teto máximo de transferência correspondente ao número total de equipes de saúde da família (BRASIL, 2003). Atualmente, a estratégia saúde da família está implantada em 5.131 municípios do país (BRASIL, 2009), totalizando 30.328 Equipes de Saúde da Família implantadas e 17.465 Equipes de Saúde Bucal, sendo 1.517 na Modalidade II.

Mais do que a descrição das características da utilização<sup>1</sup>, considerou-se relevante investigar os fatores relacionados aos diferentes tipos de utilização desse pessoal, dado que situações que caracterizam subutilização podem contribuir para a restrição do acesso às ações de atenção primária individuais e coletivas, levando a baixos níveis de cobertura e impacto social, incluindo elevação do custo-benefício.

---

<sup>1</sup>Neste estudo, o termo “utilização”, quando se refere ao TSB, não significa transformação do sujeito em objeto, sendo considerado sinônimo de participação, atuação.



Para isso, recorreu-se aos aspectos propostos para explicar os problemas ligados à cooperação interprofissional, sistematizados a partir de pesquisas empíricas (SAN-MARTÍN RODRÍGUEZ, L. et al., 2005).

D'AMOUR et al. em estudo realizado em 2005 revisaram conceitos utilizados na literatura para definição de colaboração. Os mais comuns foram compartilhamento, parceria, interdependência e poder.

Segundo as autoras, o termo colaboração transmite a idéia de partilha e implica ação coletiva orientada para um objetivo comum, num espírito de harmonia e confiança, especialmente no contexto de trabalho dos profissionais de saúde.

A cooperação interprofissional vem sendo descrita na literatura como uma forma eficiente, eficaz e satisfatória para oferecer serviços de saúde. Colaboração entre equipes de cuidados de saúde é o processo pelo qual profissionais interdependentes estruturam uma ação coletiva visando atender às necessidades dos pacientes (D'AMOUR, 1997).

Este processo colaborativo é construído sobre uma base voluntária e implica necessariamente negociação, exigindo que as partes renunciem a uma abordagem competitiva e adotem uma abordagem baseada em colaboração, tanto entre os profissionais quanto entre instituições de saúde. Mas este tipo de mudança não é uma questão simples (D'AMOUR, 2002). O desenvolvimento de práticas colaborativas entre um grupo de profissionais de saúde ainda representa um desafio considerável para decisores políticos, bem como para gestores das organizações.

Vários elementos determinam como a colaboração se desenvolve e consolida em equipes de saúde. Eles se baseiam nas relações interpessoais mantidas entre os profissionais das equipes, no contexto organizacional e no ambiente externo à organização (D'AMOUR, SICOTTE & LEVY, 1999).

Fatores interacionais (relações interpessoais entre os membros da equipe), organizacionais (condições dentro da organização) e fatores sistêmicos (condições fora da organização) influenciam as dinâmicas de colaboração.

Neste sentido, este estudo foi orientado pelo pressuposto de que a utilização do TSB na estratégia saúde da família decorre de determinantes

interacionais, organizacionais e sistêmicos, mediados pelos interesses e habilidades expressas pelo TSB e pelo cirurgião-dentista.

Foram consultadas as bases de dados Pubmed e Scielo. Diante dos estudos pesquisados constatou-se escassez de pesquisas qualitativas envolvendo pessoal auxiliar em odontologia. Aliado a este fato, o interesse pelo estudo decorreu do fato da pesquisadora exercer suas atividades na Escola de Saúde Pública do Ceará, instituição oficial no Estado para formação de recursos humanos voltados para as necessidades do SUS, ao fato de ser cirurgiã-dentista e ter lecionado em cursos de formação para TSB.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesse capítulo serão abordados os conceitos de Odontologia e Saúde Bucal Coletiva, estudos recentes sobre utilização de pessoal auxiliar, aspectos que regulam e condicionam a atuação do ASB e do TSB e as diferentes visões sobre o papel deste último, antes da regulamentação de sua profissão.

### 2.1 ODONTOLOGIA E SAÚDE BUCAL COLETIVA

Narvai e Frazão (2006) definem Saúde Bucal Coletiva como um campo de conhecimentos e práticas, onde a saúde bucal da população resulta, não somente da prática odontológica, mas de um modelo de atenção e de um sistema de saúde adequado às necessidades da população. Isso decorre de construção social operada de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta, que se torna única, singular, histórica, não passível de replicação, definição essa que implica numa ruptura epistemológica com a odontologia de mercado, cujo marco teórico situa-se nos aspectos biológicos e individuais, que fundamentam sua prática, na qual desconsidera a determinação de processos sociais complexos.

O modelo da odontologia de mercado ou tradicional é centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, sendo realizada exclusivamente pelo dentista, no ambiente clínico-cirúrgico.

A ruptura mencionada acima implica o desenvolvimento de uma *práxis*, que deve romper com a prática odontológica hegemônica, buscando o desenvolvimento de um trabalho odontológico com base nas necessidades das pessoas (de todas as pessoas).

O objeto de trabalho da prática odontológica é a boca, enquanto o da

saúde bucal coletiva deve dirigir-se para o social, como o lugar de produção das doenças bucais (BOTAZZO, 1994).

O objeto desse estudo situa-se no contexto da saúde bucal coletiva, onde a prática do TSB resulta de construções sociais elaborada por este e por outros agentes sociais envolvidos e pela organização do sistema local de saúde, que também influencia essa prática, a qual deveria estar voltada para as necessidades da população adscrita.

Em seguida serão citados vários estudos sobre pessoal auxiliar, com seus objetivos e principais resultados.

## 2.2 ESTUDOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR

Dentre os estudos recentes abordando a utilização de pessoal auxiliar podem ser citados o de Silva et al. (2006), cuja finalidade foi conhecer o perfil do cirurgião-dentista especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial que exercia atividades nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia, cidades localizadas no estado de Goiás, incluindo as funções delegadas por eles para o pessoal auxiliar. Do total de entrevistados, (n=84), 95% utilizavam pessoal auxiliar.

Entre as funções que podem ser delegadas ao THD, as mais freqüentes nesse estudo foram “preparar moldeiras” e “confeccionar modelos”. As funções mais freqüentemente delegadas ao ACD foram “marcar consultas” e “proceder à manutenção do consultório odontológico”.

Alguns profissionais delegam ao pessoal auxiliar funções não discriminadas na Resolução 185/93, que corresponde atualmente à Resolução 63/2005 (CFO, 2005), como por exemplo: a colocação de borrachas para a separação de dentes, a realização de moldagens de estudo, a troca de fios ortodônticos, constituindo, na avaliação dos autores, infração ética.

Em países da Europa, a cimentação de bandas e a colocação e remoção

de arcos estão sendo delegadas a pessoal auxiliar. Para os autores do estudo, a oferta de mão-de-obra especializada aumentou a concorrência profissional, gerando disputa de pacientes com outros ortodontistas e com clínicos gerais. Diante disso é preciso aumentar a produtividade; daí a sugestão dos autores de se realizar uma revisão na legislação que trata da utilização de pessoal auxiliar na ortodontia, visando à adequação da mesma à realidade do mercado.

Tomazevic (2005) realizou um estudo que teve como objetivo o levantamento de ações desenvolvidas pelos ACD e THD, comparando-as com o que esse tipo de pessoal aprendeu nos cursos profissionais de três instituições públicas na grande São Paulo. A maioria deles tinha formação profissional e a resposta mais comum sobre a pergunta: “o que não aprenderam no curso, mas aprenderam na prática”, diz respeito às atividades consideradas administrativas. Em relação às atividades educativas, a maioria do pessoal auxiliar as realiza, mas nem sempre as planeja e executa em conjunto com o cirurgião-dentista.

Queluz (2005) estudou sobre o perfil dos profissionais auxiliares em Odontologia (ACD e THD) e suas implicações no mercado de trabalho, segundo a formação e atribuições desempenhadas. A minoria dos participantes do estudo era THD (12,4%). Com relação às atividades exercidas pelo ACD, as mais frequentes na área administrativa foram: marcar consultas (82%) e manter em ordem arquivos e fichários (76%). Na área educativa, a mais frequente foi preparar o paciente para o atendimento (69,4%); e na área clínica foram: esterilizar instrumentais (79,6%) e instrumentar o CD ou THD (70,3%).

Com relação às atividades do THD, nenhuma é desempenhada por mais de 45% dos entrevistados. Cerca de 40% dos THD desempenham atividades de ACD, como: preparação do paciente, instrumentação do CD, manipulação de materiais. Os dados permitiram inferir que o THD é subutilizado no serviço. Número relativamente reduzido realiza grande parte das atividades para as quais se encontra legalmente habilitado.

Garcia et. al. (2004) também realizaram um estudo para avaliar a utilização de pessoal auxiliar no atendimento clínico, no qual entrevistaram 110 CD

que trabalhavam em Araraquara e regiões próximas. Observou-se que mais de 70% desses profissionais utilizavam pessoal auxiliar e quase 72% permanecia na sala clínica.

As atividades mais executadas pelos auxiliares foram: agendamento de pacientes (69,7%), preparo de bandejas (69,7%) e sucção do campo operatório (61,6%). Diante da metodologia aplicada no estudo pode-se concluir que deve haver melhor racionalização do trabalho por parte do CD, aproveitando melhor o trabalho do pessoal auxiliar.

Pode-se citar também o estudo de Serra et al. (2002), no qual utilizaram uma amostra de cirurgiões-dentistas, com a finalidade de verificar o emprego de pessoal auxiliar, sua titulação e as tarefas a eles delegadas, segundo definições do CFO.

Cerca de 80% dos profissionais empregaram pessoal auxiliar, onde somente 10% tinham registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), como ACD ou THD. As tarefas mais delegadas foram: marcar consultas (82,4%), manter em ordem arquivo e fichário (79,4%) e manipular materiais de uso odontológico (62,7%). A condensação de substâncias restauradoras, embora permitida pelo CFO, não foi delegada por nenhum CD, concluindo-se com este estudo que há subutilização de pessoal auxiliar.

Rabello et. al. (2001) realizaram uma pesquisa visando analisar aspectos ergonômicos de CD do serviço público e privado da cidade de João Pessoa, na Paraíba. Além de pesquisarem a utilização de equipamento, mocho, posição de trabalho, observaram ainda a utilização de pessoal auxiliar, constatando que 91,4 % dos CD do setor público e 74,5 % do setor privado trabalham com esse tipo de pessoal.

Outro estudo a ser citado é o de Saliba et al. (1998), cujo objetivo foi verificar a aplicação dos princípios de racionalização do trabalho odontológico nos serviços públicos e privados. Foram entrevistados 81 CD desses serviços, quanto à posição ergonômica de trabalho e à utilização de pessoal auxiliar, com respectiva delegação de funções.

Os autores concluíram, com base nos resultados observados, que, apesar dos CD trabalharem em posição ergonomicamente correta, ainda não aprenderam a trabalhar com auxiliares, mantendo o monopólio de atividades e funções que deveriam ser delegadas.

Frazão (1998) também realizou um estudo sobre a participação de pessoal auxiliar nas ações de promoção da saúde, envolvendo cinco municípios do estado de São Paulo, com o objetivo de analisar a participação desse pessoal na promoção da saúde bucal. Um questionário foi respondido por 245 (75,4%) dos 325 auxiliares e técnicos em higiene dental empregados nesses municípios.

Os resultados indicaram que a participação em atividades de promoção da saúde bucal é relativa e varia conforme o município em estudo. Em alguns, o pessoal auxiliar odontológico vem dedicando sua jornada de trabalho mais para promoção da saúde bucal do que para ações de assistência odontológica individual, contribuindo, deste modo, para a transformação das práticas da Odontologia em saúde coletiva e do sistema de saúde em construção no Brasil.

Um estudo com abordagem qualitativa foi realizado por Hansen (2002), no qual foi analisada a prática dos ACD com ou sem curso de formação profissional, comparando suas ações com o perfil profissional de conclusão do curso, concluindo que a formação confere autonomia ao ACD, permitindo-lhe maior grau de firmeza convicção no desenvolvimento das idéias e adoção de postura mais responsável; no entanto o estudo levanta a hipótese da possível influência de outros fatores envolvidos, como as atitudes dos CD e a percepção dos auxiliares, bem como as características da organização dos serviços em suas práticas.

Pode-se concluir com os estudos citados anteriormente que os mesmos se detiveram a fazer uma análise mais descritiva da utilização de pessoal auxiliar em Odontologia, havendo necessidade de se realizar estudos cujas análises sejam mais explicativas.

## 2.3 A ATUAÇÃO DO ACD E DO THD: ASPECTOS REGULADORES E CONDICIONADORES

Em linhas gerais, regulamentações dizem respeito ao conjunto de diretrizes, padrões, ou procedimentos instituídos pelo governo, pelas comunidades e grupos sociais para conformar o comportamento dos agentes nas diversas atividades econômicas e sociais (GIRARDI et al., 2000).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), 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 trabalho semelhantes”, considerando-se posto de trabalho como um conjunto de atividades correlacionadas, exercidas por uma pessoa, em um determinado local (Brasil, 2002).

Por outro lado, profissão corresponde “ao domínio de um complexo corpo de conhecimentos e qualificações especializadas que atende as exigências de habilitação para o exercício de uma determinada atividade”, estando geralmente associada ao exercício de atividades com alto grau de autonomia e tomada de decisão.

A descrição das ocupações de THD e ACD na CBO divulgada pelo Ministério do Trabalho é genérica, uma vez que não apresenta distinção clara entre as atividades específicas por eles exercidas e as dos demais trabalhadores que atuam em estabelecimentos de prestação de serviços odontológicos; nesse documento são atribuídas ao THD atividades similares às do ACD, auxiliar de dentista e recepcionista de consultório médico ou dentário (BRASIL, 2002).

No campo do exercício profissional, a Odontologia possui regulamentação própria com base nas Leis: 4.324, de 1964, que instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia e 5.081, de 1966, que regula o exercício da Odontologia no país (BRASIL, 1978).

A partir dos anos 70, devido a pressões da população para conseguir acesso aos serviços odontológicos, o Estado brasileiro ampliou a oferta dos mesmos.



Este fato, combinado ao grande contingente de pessoal auxiliar que já vinha exercendo suas funções em clínicas privadas, favoreceu a aprovação do Parecer 460/75 do Conselho Federal de Educação (CFE, 1975), autorizando e estabelecendo exigências para a formação do ACD e do THD. Este documento contém um conjunto de diretrizes que cria, disciplina e regula o funcionamento de cursos para formação de ACD e THD no país .

Nove anos depois, pressionado por ações e movimentos de defesa desses trabalhadores, o CFO, através da Decisão 26/84, disciplinou o exercício dessas ocupações, pois àquela época, não tinham sido ainda regulamentadas, reconhecendo-as como atividades no âmbito do exercício da profissão odontológica.

Com o passar dos anos surgiram modificações com relação àquela decisão, com vistas a adequar as atribuições do ACD e THD aos interesses do CFO (CARVALHO, 1999). Este órgão, com base nas recomendações contidas no relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, constituiu uma comissão especial para ponderar sobre alguns tópicos, como: a existência de pessoas exercendo as funções de ACD e THD sem habilitação legal; ausência de regulamentação dessas ocupações no Ministério do Trabalho, o que provocou a alteração dos capítulos IV e V da Decisão Nº 26/84, aprovada pela Resolução 155/84, deliberando a Resolução 157/87, que ampliou as funções do ACD em relação à prevenção e controle da cárie dental e à manutenção do equipamento odontológico.

Em 1993 foi aprovada a Resolução 185, com vistas a adequar, cada vez mais, as atribuições do ACD e do THD aos interesses do CFO, surgindo então as Resoluções 155/84, 157/87 e 153/93 (CFO, 2000). A Resolução 185 alterava o item n do capítulo IV: “polir restaurações” para “polir restaurações, vedando-se a escultura”.

Com a Resolução Nº 14/2000 do CFO foram acrescentadas à disposição relacionada ao ACD, expressa pela Resolução 185/83, atribuições referentes à “lavagem, desinfecção e esterilização do instrumental e do consultório”, relativas à biossegurança e que não estavam explicitadas (CARVALHO, 1999).

A partir de junho de 2000, para inscrição do ACD no CRO, passou a ser exigida apresentação de um certificado ou diploma conferido por curso de qualificação autorizado pelo Conselho Estadual de Educação. A referida exigência para o ACD foi prorrogada desde 1987, podendo indicar que, para o CFO, as atribuições desse profissional não interferem nos resultados dos serviços de saúde ofertados à população nos setor público ou privado.

Antes dessa data, exigia-se o mesmo procedimento para o cirurgião-dentista e para o THD (CARVALHO, 1999), sendo que para este último, a exigência de apresentação de diploma para inscrição no CRO data de dezembro de 1988. Antes disso, bastava uma carta do CD comprovando a experiência de um ano na função.

Através da Decisão 47/2003 do CFO (2003), a denominação “Atendente de Consultório Dentário” foi substituída pela de Auxiliar de Consultório Dentário.

Em 1989, um projeto de lei (PL) N° 2244/89 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989a) foi apresentado pelo deputado Robson Marinho com a finalidade de regulamentar tecnicamente as profissões de THD e ACD, onde o próprio autor fez um “substitutivo ao substitutivo, tendo sido reapresentado em 1991 pelo Deputado Augusto Carvalho (PL N° 284/91) e em 2000 (PL N° 2487/2000) pelo Deputado Agnelo Queiroz (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989b)

Em 1993 o projeto de lei N° 53 de 1993 (N° 284/91) foi apresentado e aprovado pelo Congresso Nacional, sendo vetado pelo Presidente da República Itamar Franco, fato que se deve provavelmente à decisão do CFO de, no mesmo ano, restringir teoricamente as atribuições do THD através da Resolução 185.

Segundo essa Resolução (Art. 12), compete ao THD, sempre sob a supervisão com a presença física do CD, além daquelas atribuídas ao ACD as seguintes atividades: participar do treinamento de ACD; colaborar nos programas educativos de saúde bucal; colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador; educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais; fazer a demonstração de técnicas de escovação; responder pela administração de clínica; supervisionar, sob delegação o trabalho dos auxiliares de consultórios dentários; fazer a tomada e

revelação de radiografias intra-orais; realizar teste de vitalidade pulpar; fazer a remoção de indutos, placas e cálculos supra-gengivais; executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental; inserir e condensar substâncias restauradoras; polir restaurações, vedando-se escultura; proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos; remover suturas; confeccionar modelos; e preparar moldeiras.

Com relação ao projeto de lei nº 1.140, de 2003 foram apresentados os seguintes substitutivos: um da Comissão de Seguridade Social e Família e outro da Comissão de Trabalho, Planejamento e Serviço Público, sendo o referido projeto de lei aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados em dezembro de 2006 e encaminhado ao senado federal para análise (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004, 2005).

Conforme o referido projeto de lei e os substitutivos incorporados ao mesmo durante sua tramitação até agosto de 2007, as profissões de THD e ACD passariam a ser chamadas respectivamente de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), podendo ser exercidas somente por aqueles que possuísem diploma ou certificado que atendessem às normas do Conselho Federal de Educação. A matéria também determina que os TSB e ASB também devem ser registrados nos Conselhos Federal e Regional de Odontologia e que o trabalho deles deve ser sempre, obrigatoriamente, supervisionado por um cirurgião-dentista.

Para Narvai (2003), a não utilização de pessoal auxiliar significa uma ostentação, que não deve ser permitida por nenhuma sociedade, considerando um erro empregar um profissional com elevado padrão científico na execução de ações que não requeiram tal padrão.

Torna-se importante conhecer sob que cenário se travaram as lutas pela conquista da regulamentação das profissões de TSB e ASB no mundo do trabalho e o que as autoridades representantes da classe odontológica pensavam sobre o assunto.

## 2.4 AS DIFERENTES VISÕES SOBRE O PAPEL DO THD

A presença de diferentes visões sobre o papel do pessoal auxiliar odontológico pode ser identificada desde a aprovação do Parecer CFE 460/75. Em artigo publicado em 1990, Narvai et al. discutiram questões relacionadas à formação e utilização do THD nos serviços de saúde, incluindo sua aceitação pela categoria profissional dos cirurgiões-dentistas, com os quais devem trabalhar, compondo equipes de saúde bucal, tanto no setor público, quanto no setor privado. Entre os motivos que levavam dentistas a rejeitar o trabalho do THD na época, destacavam-se as seguintes alegações: o THD rouba o mercado de trabalho, que é por direito do CD; o THD não é capaz de realizar trabalhos com a mesma qualidade do CD; a utilização de pessoal auxiliar põe o CD em risco perante a justiça, pois este é o responsável pelo trabalho que aquele auxiliar executa.

Analisando o documento final do XVIII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENASTEPO), do VII Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, do IV Encontro Nacional de Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal e do I Encontro sobre Saúde Bucal dos Povos Indígenas, realizados em Salvador, Bahia, em abril de 2005, foi encontrada a seguinte moção:

(...) Considerando a importância dos profissionais ACD (Auxiliar de Consultório Dentário) e THD (Técnico em Higiene Dental) na Equipe de Saúde Bucal, para ampliar e garantir o compromisso com a assistência integral em Saúde Bucal. Os participantes do XVIII ENASTEPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, realizado em Salvador-BA, de 21 a 25 de Abril de 2005, apóiam a aprovação do substitutivo ao Projeto de Lei 1.140/2003, que regulamenta esses profissionais.

Em entrevista à publicação mensal editada pela Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), de novembro de 2005, Wilson Chediek, membro do Conselho Nacional de Representantes da Associação Brasileira

de Cirurgiões-dentistas (ABCD) e diretor da Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) expõe sua opinião sobre a regulamentação da profissão do THD e do ACD:

(...) Uma coisa é auxiliar o CD realizando a profilaxia bucal, a conhecida 'limpeza', removendo o biofilme supragengival (placa bacteriana), outra, completamente diferente, é realizar a raspagem de tártaro, com instrumentos cortantes específicos que são objetos de uma ampla carga horária nos cursos de odontologia. Inserir condensar, esculpir e polir é realizar uma restauração do começo ao fim: atribuição exclusiva do CD. O dia em que não precisarmos de um CD para realizar restaurações odontológicas, então que fechemos as faculdades de odontologia e criemos apenas os cursos de especialidades, como a endodontia, prótese, entre outras, até que se passem para algum técnico essas atribuições também, aí poderemos extinguir o curso de odontologia em nível superior.

A Revista da Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Funcional (ABOR), datada de fevereiro de 2006, divulgou uma matéria sobre a posição da entidade em relação à regulamentação de THD e ACD:

(...) Achamos indispensável a presença do THD e do ACD nos consultórios de ortodontia onde sem dúvida podem executar a grande maioria das atribuições citadas no projeto. A proposta de utilização da mão-de-obra das THD's e ACD's é louvável, porém possuímos a força de trabalho de um grande excedente de Cirurgiões-Dentistas, o que, aliás, já se encontra previsto em lei e devidamente regulamentada pelo CFO. Os procedimentos ortodônticos são de alta complexidade e em muitas situações até irreversíveis. A sugestão da ABOR, das associações estaduais e do grupo brasileiro de professores de ortodontia é que se mantenha o projeto na forma originalmente proposta por Rubens Otoni, na esperança de que o maior beneficiário seja o paciente, que na nossa opinião está sendo colocado de lado.

A revista de Nº 12 da RET-SUS de setembro de 2005, traz a opinião de Paulo Capel Narvai, pesquisador sobre o assunto, falando em nome da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), que tem se posicionado contra o último substitutivo que restringe as ações do THD:

(...) É óbvio que não há qualquer problema com a possibilidade de técnicos removerem biofilme dental quando isso for necessário no atendimento odontológico de alguém. A posição da FIO é de que o técnico possa fazer a remoção do biofilme e do cálculo dentário, de acordo com a indicação e a técnica definida pelo cirurgião-dentista. Quanto às substâncias restauradoras, a entidade entende que o texto ficaria melhor com a seguinte redação: “participar do processo de restauração dentária, inserindo e distribuindo na cavidade os materiais odontológicos, provisórios ou definitivos indicados pelo CD, condensando-os, esculpindo-os e polindo-os, sempre que os materiais e a técnica adotada o exigirem”. A argumentação que questiona a “capacidade técnica” de um técnico realizar essas atividades está defasada em pelo menos meio século.

Em reunião convocada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, realizada no dia 16 de março de 2005, em Brasília, com representantes de cada entidade nacional para discutir o projeto de regulamentação do pessoal auxiliar, onde estavam presentes o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), além de representantes dos THD e dos ACD, Ailton Rodrigues, vice-presidente do CFO, afirmou:

(...) que é pensamento dos conselhos que o Projeto de lei 1140/2003 tem necessidade de ser aprovado o mais breve possível, inclusive dando sugestões para modificação do texto original. “A necessidade da aprovação ao PL é premente devido à necessidade dos profissionais nas equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família, porém a competência do Cirurgião-Dentista deve ser respeitada e os THDs sempre deverão ter supervisão de um Cirurgião-Dentista.

Participando da referida reunião, o representante da Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde também opinou:

(...) Existe uma necessidade de regulamentar essas profissões. Há mais de 20 anos temos uma profissão auxiliar, de Técnico em Higiene Dental (THD), que

simplesmente não é regulamentada. Isso depõe contra a Odontologia. Temos que ter coragem e acabar com os "práticos". Queremos regulamentar as profissões auxiliares para aprendermos a trabalhar em equipe, como se faz no mundo desenvolvido. E acreditamos que essas profissões têm que ser agregadas aos nossos Conselhos de Classe. Não podemos permitir a desagregação da Odontologia.

De acordo com Narvai et al (1990), grande parte das críticas referentes às competências do THD e do ACD são devidas ao “desconhecimento dos dispositivos legais já existentes e que, a rigor, deveriam bastar para disciplinar o trabalho de equipes de saúde bucal sob comando, coordenação e controle do CD” . Narvai e Frazão (1999) afirmam que, além do desconhecimento acerca desses dispositivos, a principal polêmica dos cirurgiões-dentistas em relação ao THD diz respeito à reserva de mercado.

Mas deve-se considerar que atualmente, o maior empregador do pessoal auxiliar é o serviço público que, ao inserir equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, está valorizando a Odontologia. Segundo o documento “Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica”, em seu anexo I (BRASIL, 2001) afirma que “o ideal é que se possa ter nas equipes de saúde bucal sempre uma equipe completa, ou seja, o CD, o THD e o ACD, que possibilitem condições de recursos humanos favoráveis à produtividade e qualidade dos serviços prestados”.

## 2.5 A REGULAMENTAÇÃO DAS PROFISSÕES DE TSB E ASB

Após uma espera de mais de vinte anos, a Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008) regulamentou o exercício das profissões de TSB (antes chamada de THD) e de ASB (antes denominada de ACD).

Consta no artigo 5º da referida lei, as competências do Técnico em Saúde Bucal, que deve realizá-las sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista. Para o TSB, às atividades estabelecidas para o ASB, somam-se as seguintes:

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 anti-sepsia 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.



Cita o parágrafo 1º desse artigo que o Técnico em Saúde Bucal é credenciado a compor a equipe de saúde, desenvolver atividades auxiliares em Odontologia e colaborar em pesquisas.

No artigo 9º. desta lei constam as atividades de competência do Auxiliar em Saúde Bucal, o qual deverá exercê-las sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal. Foram listadas as seguintes atividades:

- I - organizar e executar atividades de higiene bucal;
- II - processar filme radiográfico;
- III - preparar o paciente para o atendimento;
- IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
- V - manipular materiais de uso odontológico;
- VI - selecionar moldeiras;
- VII - preparar modelos em gesso;
- VIII - registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- IX - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- XI - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XII - desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- XIII - realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal;
- XIV - adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

- O fato é que, normalizadas em termos da formação no campo da educação há mais de trinta anos e em termos de exercício profissional, há mais de 20 anos, somente em 2008 aconteceu a tão sonhada regulamentação.
- Um dos fatores que desencadearam esse processo de legitimação da profissão dos auxiliares odontológicos foi o papel exercido pelo Sistema Único de Saúde, que assumiu, conforme consta no Guia Curricular I (BRASIL, 1994), documento elaborado para formação de THD que iriam atuar na rede básica do SUS, a prioridade de desenvolvimento de recursos humanos para a profissionalização do trabalhador da rede de atenção básica, no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional.
- Bezerra (2007) afirma que, no caso da Odontologia, ocorreu uma intensificação da formação e contratação de pessoal auxiliar para o setor público, a partir da inclusão da Equipe de Saúde Bucal - ESB no Programa de Saúde da Família - PSF, trazendo uma nova perspectiva para a consolidação legal da profissão.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender os fatores que influenciam a prática do TSB na estratégia saúde da família.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a percepção dos agentes sociais entrevistados sobre a prática do TSB na ESB;
- Identificar no plano normativo, no âmbito municipal e de unidade básica, os aspectos relacionados ao exercício do TSB e à prática das equipes de saúde bucal;
- Analisar os aspectos ligados ao contexto e às condutas dos agentes implicados na utilização do TSB.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, por meio da qual se descreveu a percepção dos principais sujeitos relacionados à atuação do TSB e identificou os determinantes mais importantes ligados à sua participação nas equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família. Esse tipo de pesquisa diz respeito a estudos de significados, representações sociais, simbolismos, percepções, pontos de vista, dentre outros.

Segundo Minayo (1994, p. 22), a pesquisa qualitativa em saúde “trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável”.

De acordo com Carmo e Ferreira (1998), a descrição deve ser rigorosa e resultar diretamente dos dados recolhidos. Estes incluem transcrições de entrevistas, registros de observações, documentos escritos (pessoais e oficiais), fotografias e gravações, além de vídeo. Os investigadores analisam as notas tomadas em trabalho de campo, os dados recolhidos, respeitando, tanto quanto possível, a forma segundo a qual foram registrados ou transcritos.

### 4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em municípios estruturados, considerados como tal por apresentarem condições institucionais favoráveis à implementação de incentivos federais no âmbito do SUS, terem equipes há mais de um ano e possuírem

formas regulares de contratação dos profissionais (estatutários ou regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas). Municípios nessas condições geralmente são municípios mais estruturados.

Com essas características foram identificados os seguintes municípios: Curitiba (estado do Paraná), Recife (estado de Pernambuco), Belo Horizonte (estado de Minas Gerais) e Maracanaú, no estado do Ceará.

Esses quatro municípios brasileiros, com base no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) receberam maior volume de incentivos financeiros decorridos seis meses da implementação das normas previstas na Portaria GM nº 74, de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

Tal Portaria oferecia um equipamento odontológico adicional para equipes de saúde bucal de modalidade II (com a presença de TSB) inseridas na ESF para aqueles municípios que cumpriram as exigências estabelecidas na referida Portaria.

O município de Maracanaú localiza-se no estado do Ceará, na região metropolitana da capital, Fortaleza, sendo considerado o maior centro industrial do Estado. Portanto, a base da economia do município é a indústria. A agricultura constitui-se também numa fonte de renda do município, com plantações de algodão, além de plantas medicinais e aromáticas. É ainda considerada a maior cidade dormitório do Ceará. A área da saúde é dividida em seis regiões administrativas, denominadas AVISA (Áreas de Vigilância à Saúde), onde estão distribuídas vinte e três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), que cobrem 92,4% da população do município. Possui ainda três hospitais de médio porte, sendo um hospital público e dois filantrópicos.

O município do Recife, no estado de Pernambuco, considerado uma metrópole nacional, desempenha um papel de centralizador econômico em seu Estado e região, com uma área de influência que abrange, inclusive, outras capitais do Nordeste, como João Pessoa, Maceió, Natal e Aracaju. A economia baseia-se prioritariamente no comércio, prestação de serviços e turismo. Sua rede hospitalar pública é composta por dez hospitais gerais e oito especializados. Com relação à rede

básica de saúde, desde 2001, o programa, hoje estratégia saúde da família, vem se expandindo gradualmente. Até o final de 2009, foram contabilizadas 229 Equipes de Saúde da Família e 112 ESB, distribuídas por 112 unidades do programa. Esses números representam uma cobertura de 79% da população do município.

Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais, possui uma malha rodoviária e ferroviária vinculada aos principais centros e portos do país, fortalecendo a importância econômica do município. A cidade possui o quarto maior Produto Interno Bruto (PIB) entre os municípios brasileiros. Sua economia caracteriza-se pela predominância do setor terciário. Mais de 80% da economia do município concentra-se nos serviços, com destaque para o comércio, serviços financeiros, atividades imobiliárias e administração pública. A cidade dispõe de um total de 36 hospitais gerais, sendo cinco públicos e os demais dentre filantrópicos e privados.

A rede conta com 139 centros de saúde e 510 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que dão cobertura a 76% da população da capital. As primeiras equipes de saúde da família (ESF) no município foram implantadas em fevereiro de 2002. Eram em número de cento e setenta e seis e foram implantadas nos centros de saúde do município, sendo responsáveis pela assistência à saúde das populações consideradas de maior risco para adoecer e morrer, conforme índice de vulnerabilidade construído pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). Em fevereiro de 2003 existiam 389 ESF implantadas, representando 77% das equipes previstas, comprovando o acelerado processo de implantação do PSF naquele município.

Curitiba, capital do estado do Paraná, é a maior cidade do sul do país. Considerada a capital com melhor qualidade de vida do Brasil, possui um pólo industrial diversificado, conferindo-lhe o posto de quinta maior economia do Brasil. A cidade é dividida em nove regiões administrativas regionais que gerenciam os setenta e cinco bairros do município. Possui a economia mais forte do sul do país. Além disso, a capital paranaense concentra a maior porção da estrutura governamental e de serviços públicos do Estado, sediando importantes empresas nos

setores de comércio, serviços e financeiro. O município concentra quase toda sua população na área urbana, tendo, portanto, uma reduzida atividade agropecuária. Possui 105 centros de saúde públicos, trinta e três hospitais gerais, sendo seis públicos. Existem 169 ESF, que cobrem 52% da população do município.

### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Na abordagem qualitativa, as amostras são propositais e buscam singularidade, aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado (MINAYO, 2004).

A amostragem intencional, segundo Polit et al. (2001) é definida como aquela em que o pesquisador seleciona intencionalmente sujeitos conhecedores das questões que estão sendo estudadas.

Em cada município foram identificadas duas equipes de modalidade II: uma que na visão do coordenador de saúde bucal representava uma equipe modelar e outra que se encontrava mais afastada da proposição prevista pelas normas federais.

Os sujeitos da pesquisa foram o TSB, o cirurgião-dentista da equipe e um representante da administração na esfera municipal, distrital ou local que mais aproximação tivesse com a gestão dessas equipes e que mais conhecesse sua dinâmica de funcionamento. Este sujeito diferenciou-se entre os municípios. Nesse estudo, embora estejam em níveis de gestão diferentes (municipal, distrital ou local), todos serão denominados de coordenadores.

No município de Maracanaú, após as entrevistas com os coordenadores das unidades de saúde e considerando que estes estavam responsáveis por questões administrativas e não conheciam em profundidade a ESF, nem mencionaram os documentos normativos para atuação da ESB no município, fez-se necessário entrevistar também o coordenador municipal de saúde bucal, perfazendo um total de sete entrevistados.

No município do Recife não existe a figura formal do coordenador de unidade básica, havendo um rodízio entre os profissionais médicos, dentistas e

enfermeiros no exercício dessa função, ou um compartilhamento da mesma entre esses profissionais. Os distritos são subdivididos em microrregiões, que possuem o gerente de território. Por essa razão, entrevistou-se esse profissional, que faz o elo entre a gerente do distrito de saúde e os serviços daquela área, ficando diretamente com as equipes e tudo inerente não só à atenção básica, mas também à vigilância, à atenção e à articulação entre órgãos setoriais. Nesse município foram entrevistados cinco sujeitos, sendo um CD e um TSB de cada equipe e o gerente de território da microrregião onde estavam localizadas essas equipes.

Em Curitiba foram entrevistados um CD e um TSB de cada equipe, além do coordenador de cada unidade básica de saúde onde estavam lotadas as equipes, totalizando seis entrevistados, sendo esse mesmo procedimento realizado em Belo Horizonte.

Foram realizadas, portanto, vinte e quatro entrevistas. Dessa forma, buscou-se compor uma amostra intencional e heterogênea do ponto de vista da variabilidade nas características da prática do TSB em municípios relativamente estruturados.

Após a definição dessas equipes, foram realizadas as entrevistas com os sujeitos citados, considerados nesse estudo, atores-chave, isto é, intimamente implicados ao objeto sob análise, a partir dos quais se admite a possibilidade da identificação dos principais determinantes ligados tanto à organização do sistema local de saúde, quanto aos elementos de mediação que o TSB e o cirurgião-dentista, conforme seus interesses e habilidades empregam no cotidiano para se situarem nesse ambiente ideológico, um campo de natureza fundamentalmente simbólica, tomando por referencial de análise a contribuição de Pierre Bourdieu para o estudo dos mecanismos sociais que orientam a prática humana.



#### 4.4 REFERENCIAL TEÓRICO

Partiu-se do pressuposto de que a estratégia saúde da família em desenvolvimento no país é atravessada por diferentes interesses ideológicos e sanitários que refletem distintos projetos de sistema de saúde e modelos de atenção.

De acordo com Campos (2007) existem dois grandes projetos sanitários para o país: um se refere às tradições dos sistemas nacionais de saúde e o outro à tradição liberal-privatista. Esses campos são considerados dois conceitos abstratos indicativos de projetos políticos articulados a partir de interesses e valores distintos.

O autor utiliza-os para identificar o modo de funcionamento e de co-produção dos sistemas de saúde e seus modelos de atenção. Para ele, na realidade existe uma miríade de combinações entre eles.

O modo liberal-privatista é apoiado pelos prestadores privados. Completam essa composição, partidos e políticos com tendência conservadora, além de profissionais que defendem o mercado como ordenador das relações sociais. Há neste modelo, o estímulo econômico à produção de atos sanitários, onde a lógica da atenção à saúde é a individual, privilegiando os interesses privados, na medida em que estimula a prática prescritiva de exames e medicamentos.

A tradição dos modelos nacionais de saúde foi construída em articulação com a luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas ou do socialismo, particularmente em países europeus no século passado. Neste tipo de tradição foram propostos modos alternativos à tradição liberal para organizar o cuidado à saúde. Investiu-se na constituição de um sistema interligado de serviços, cuja organização baseia-se na integralidade da atenção, onde o planejamento e a programação devem ocorrer com base nas necessidades de saúde e nas possibilidades tecnológicas e financeiras para enfrentá-las e não na demanda de clientes por procedimentos e atos sanitários.

Segundo o autor, a gestão baseada em necessidades de saúde, a atenção primária, bem como outros componentes da tradição dos sistemas nacionais de saúde tem potencial para alterar o modelo de atenção liberal-privatista.

Com base no planejamento racional de necessidades e na ordenação do cuidado segundo essa lógica, nos sistemas nacionais foram regulamentados o acesso e o fluxo de pessoas. Surgiram os conceitos de sistema hierarquizado e responsabilidade sanitária. Com outros conceitos, como regionalização, território e população inscrita regulamentaram-se o acesso e o fluxo de usuários pelo sistema. Em cada região haveria a oferta de programas preventivos e clínicos. Inventou-se a atenção primária à saúde, a qual se constituiu na base de sustentação desses sistemas.

Segundo esse modelo, necessidades de saúde e responsabilidade sanitária de cada segmento do sistema devem orientar a gestão, embora não se tenha definido muito bem o método a ser empregado para identificar essas necessidades e colocá-las em ordem de prioridades sociais, sem que se utilizasse, em certa medida, a dinâmica da demanda das pessoas por saúde.

O autor afirma ainda que, ao se definir cada sistema, suas tradições e os modos distintos de se produzir cuidados em saúde, lança-se mão do recurso da abstração, já que na realidade, esses discursos e práticas se misturam, provocando uma tensão permanente entre estatização e privatização do cuidado e da gestão em saúde. A ordem liberal-privatista que se manifesta como resistência permanente ao SUS, segundo o autor, está dentro do SUS.

A estratégia saúde da família no Brasil constitui-se em um campo com tradição dos sistemas nacionais e públicos de saúde, onde, baseado na concepção do direito universal à saúde, vincula obrigatoriamente cada família à equipe de um território. A ESF trabalha com o conceito de responsabilidade sanitária com base em regiões e na população de cada território. Nesse campo, percebe-se que elementos da tradição liberal-privatista e dos sistemas nacionais de saúde também se misturam.

Um estudo realizado em Natal, sobre a implantação do PSF em um bairro da capital, trata dessa problemática (TRAVERSO-YEPEZ et al., 2007). Através do mapeamento da implantação de uma unidade do PSF em um bairro da periferia de

Natal buscou-se aprofundar-se nos problemas e dificuldades identificados junto aos membros das quatro equipes implantadas.

Através de observação participante e de grupos focais constatou-se que: existe a queixa de não existirem subsídios para uma atenção integral à saúde; a ausência de profissionais, ou a falta de comprometimento de alguns deles, acaba contagiando e gerando uma dinâmica de desarticulação e de falta de compromisso entre todos e cada um dos membros das equipes; devido à ênfase no aspecto curativo e medicalizador e às próprias limitações da unidade, os profissionais não conseguem dar conta de atender devidamente a população que ali chega; as referências e as contra-referências simplesmente não funcionam de forma eficiente; há limitações para o desenvolvimento de trabalhos de prevenção e especialmente de promoção da saúde, embora eles sejam tão centrais na proposta do PSF; destaca-se, ainda, a ênfase dada à dinâmica de avaliação quantitativa epidemiológica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que restringe a possibilidade de ações qualitativas de promoção da saúde, por não ter o reconhecimento adequado de produtividade econômica.

Os empecilhos e dificuldades citados anteriormente denotam que características do modelo liberal-privatista ainda persistem na dinâmica vivenciada pelas equipes da ESF.

Em uma pesquisa realizada em 2008, Sguario apontou limites e potencialidades do PSF, argumentando que, apesar dos impactos positivos que vem proporcionando na saúde da população, evidenciados, por exemplo, pela redução da mortalidade infantil, o PSF ainda apresenta fragilidades, como a não cobertura total da população, não se caracterizando como política universal, nem garantindo serviços de saúde como um direito. Um das causas dessa fragilidade apontada pela pesquisa é o fato do PSF, por ocasião de sua regulamentação, não ter sido concebido como uma política compulsória, ficando vulnerável às mudanças políticas nos governos.

Foram também apontados como desafios à consolidação do PSF, dentre outros: a centralidade no saber médico e a atenção centrada na doença, como um

processo somente biológico e não socialmente determinado, características do modelo liberal-privatista.

Na presente pesquisa, o campo de disputas se configura pela presença de diferentes visões sobre o papel do pessoal auxiliar odontológico. Partiu-se da noção de que essas diferentes visões nutrem-se, de um lado, da tradição liberal-privatista da profissão, e de outro, de valores que emergem a partir da aprovação da Constituição de 1988 no Brasil, que define a saúde, e por extensão a saúde bucal, como um direito humano (CAMPOS, 2007; NARVAI & FRAZAO, 2008). Mas ao mesmo tempo, num nível mais intermediário, admite-se nesta investigação, que essas diferentes visões sofrem relevantes mediações segundo os diversos focos de interesse e diferentes repertórios de habilidades e perspectivas que os sujeitos reconhecem no trabalho na atenção primária.

No caso desse estudo, interessa a contribuição de Pierre Bourdieu para a superação da antinomia entre as interpretações internalistas e externalistas dos fenômenos sociais. De um lado, os que sustentam que para compreender o significado das ações humanas basta sistematizar o conteúdo das narrativas das pessoas, conectá-las aos ritos ou momentos de fruição coletiva; e de outro, outra tradição, representada por pesquisadores que procuram relacionar o conteúdo ao contexto, interpretando o significado das ações com base em estruturas mais gerais ligadas ao mundo social ou econômico. Para contrastar essas duas importantes tradições de explicação sociológica, onde se localizam o legado de várias perspectivas, cada qual com suas ferramentas de análise e características próprias, Bourdieu propôs a noção de campo simbólico como um microcosmo dotado de leis próprias que, ao mesmo tempo, que jamais escapa às determinações do macrocosmo, dispõe de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada para mediar pressões externas mais gerais.

Conforme suas palavras, “o campo corresponde a um universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem valores que dão sentido a um conjunto de disposições incorporadas nos sujeitos”.

Para esse autor (1996, p. 50),

(...) O social é constituído por campos, microcosmos ou espaços de relações objetivas, que possuem uma lógica própria, não reproduzida e irredutível à lógica que rege outros campos. O campo é tanto um "campo de forças", uma estrutura que constringe os agentes nele envolvidos, quanto um "campo de lutas", em que os agentes atuam conforme suas posições relativas no campo de forças, conservando ou transformando a sua estrutura.

Cada campo tem um interesse que é fundamental, comum a todos os agentes. Esse interesse está ligado à própria existência do campo (sobrevivência), às diversas formas de capital, isto é, aos recursos úteis na determinação e na reprodução das posições sociais (Bourdieu, 1983a, p. 114 e segs.).

Esse conjunto de disposições, denominado por Bourdieu de habitus diz respeito a estruturas nesse nível intermediário que geram, unificam e retraduzem as características intrínsecas e relacionais de uma posição social em um estilo de vida (BOURDIEU, 1983a).

Para o autor, o habitus é um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de pensar, de fazer, que nos levam a agir de determinada forma em dada circunstância. Essas disposições, portadoras da história individual e coletiva, são internalizadas de tal maneira, que se chega a ignorar que elas existem. São as rotinas corporais e mentais inconscientes, que nos permitem agir sem pensar. São resultantes de uma aprendizagem, de um processo do qual já não temos mais consciência e que se expressa por uma atitude "natural" de nos conduzirmos em um determinado meio (Thiry-Cherques, 2006).

O habitus não designa simplesmente um condicionamento, mas, simultaneamente, um princípio de ação. São estruturas (disposições interiorizadas duráveis) e estruturantes (geradores de práticas e representações). Contêm em si o conhecimento e o reconhecimento das regras do jogo em um dado campo. Estão presentes no corpo (gestos, posturas) e na mente (formas de ver, de classificar) da coletividade inscrita em um campo, automatizando as escolhas e as ações nesse campo, "economizando" o cálculo e a reflexão. O habitus é o produto da experiência biográfica individual, da experiência histórica coletiva e da interação entre essas. É uma espécie de programa, na concepção da informática, que todos nós carregamos.

De acordo com Bourdieu (1996, p. 44), “os indivíduos são agentes à medida que atuam e sabem que são dotados de um senso prático, um sistema adquirido de preferências, de classificações, de percepção”.

O habitus é tanto individual quanto coletivo. Como princípio gerador e unificador de uma coletividade ele retraduz as características intrínsecas e racionais de uma posição e estilo de vida unitário: as afinidades de habitus (BOURDIEU, 2005, p. 182). Os habitus são diferenciados e são diferenciantes, isto é, operam distinções (BOURDIEU, 1996, p. 23). O conceito de habitus denota um termo médio entre as estruturas objetivas e as condutas individuais, na medida em que o coletivo, o grupo, a fração da sociedade, estão depositados em cada indivíduo sob a forma de disposições duráveis, como as estruturas mentais (BOURDIEU, 1983b, p. 29).

O conceito de capital, ou cabedal ou conjunto de bens, é complexo. Além do econômico, que compreende a riqueza material, o dinheiro, as ações etc. (bens, patrimônios, trabalho), Bourdieu considera:

- o capital cultural, que compreende o conhecimento, as habilidades, as informações etc., correspondente ao conjunto de qualificações intelectuais produzidas e transmitidas pela família, e pelas instituições escolares, sob três formas: o estado incorporado, como disposição durável do corpo (por exemplo, a forma de se apresentar em público); o estado objetivo, como a posse de bens culturais (por exemplo, a posse de obras de arte); estado institucionalizado, sancionado pelas instituições, como os títulos acadêmicos;

- o capital social, correspondente ao conjunto de acessos sociais, que compreende o relacionamento e a rede de contatos;

- o capital simbólico, correspondente ao conjunto de rituais de reconhecimento social, e que compreende o prestígio, a honra etc. (THIRY-CHERQUES, 2006). O capital simbólico é uma síntese dos demais (cultural, econômico e social).

Nesse referencial, campo representa um espaço simbólico, no qual certos conflitos entre os agentes determinam, validam, legitimam representações que conferem um capital simbólico. Esse capital pode expressar um estado da relação de

forças entre agentes e/ou instituições, que buscam preservar ou melhorar suas posições em instituições e/ou redes sociais dotadas de relativa autonomia. Para que um campo funcione (BOURDIEU, 1983a, p. 89) "é preciso que haja objetos de disputas e pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de *habitus* que impliquem no conhecimento e reconhecimento das leis imanentes do jogo, dos objetos de disputas, etc."

Tanto as disposições internas, ou perspectivas presentes nas falas dos sujeitos das pesquisas, as quais se referem ao conceito de *habitus*, quanto aspectos relacionados ao entorno dos sujeitos sugestivos de um microcosmo, onde tensões e disputas se manifestam, foram considerados na análise dos dados.

#### 4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade com os sujeitos já mencionados (APÊNDICES B, C e D). Documentos normativos no âmbito municipal sobre a atuação da ESB, além de dados estatísticos extraídos de bases nacionais como o Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB, subsidiaram a análise dos dados (BRASIL, 2009).

Por se tratar de componente importante da pesquisa qualitativa, faz-se necessário discorrer sobre a técnica de entrevista.

As entrevistas em profundidade são do tipo não estruturado, onde um respondente é interpelado pelo entrevistador, com o objetivo de descobrir motivações, crenças, atitudes e sensações subjacentes sobre um tópico (MALHOTRA, 2001, p. 163). Deve ser utilizada quando há presença de normas sociais que inibem o entrevistado de revelar certos aspectos no grupo, ou quando envolve questões mais ou menos delicadas. É muito utilizada com profissionais. Podem revelar análises profundas.

A entrevista caracteriza-se por uma comunicação verbal, que reforça a

importância da linguagem e do significado da fala. Através dela, o pesquisador pode obter a perspectiva presente nas falas dos atores sociais.

Haguette (1997, p. 86) define-a como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”.

A entrevista como coleta de dados sobre determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, isto é, buscam coletar dados objetivos e subjetivos. Os dados objetivos podem ser obtidos através de fontes secundárias (censos, estatísticas, etc.). Os dados subjetivos só poderão ser obtidos através da entrevista, pois estão relacionados aos valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados (BONI e QUARESMA, 2005).

No que se refere ao grau de padronização do instrumento de coleta de dados, que se caracteriza por um roteiro, as entrevistas podem ser realizadas de forma aberta ou não estruturada, estruturada e semi-estruturada.

Na entrevista aberta ou não estruturada, o propósito é obter as informações com as próprias palavras dos respondentes, obter descrição das situações e elucidar detalhes. Este tipo de entrevista foi utilizado nesse estudo.

Utiliza-se o mesmo quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é utilizada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 2004). A interferência do entrevistador deve ser a mínima possível.

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, devendo ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras



ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

As técnicas de entrevista aberta e semi-estruturada têm dentre outras vantagens, sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Elas possibilitam uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados. Quanto menos estruturada for a entrevista, maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes.

Desse modo, estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa (BONI e QUARESMA, 2005).

A entrevista estruturada, também denominada estandardizada ou padronizada, tem a premissa de que todas as respostas devem ser comparáveis com o mesmo conjunto de perguntas e as diferenças refletirão as diferenças entre os indivíduos. É geralmente realizada a partir de um questionário pré-estabelecido e totalmente estruturado.

Abordar indivíduos através de entrevistas não-estruturadas implica em intervir cuidadosamente para se obter o máximo em profundidade sobre seus pontos de vista. Os indivíduos podem falar sobre os tópicos almejados, mas também sobre questões introduzidas por eles mesmos durante a entrevista, se interessarem aos objetivos da pesquisa.

Não se espera que o tema e seus subtemas sejam sempre propostos a diferentes entrevistados da mesma maneira. As perguntas e o modo como são expressas variarão conforme as características pessoais de cada entrevistado.

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa, que requer tempo e exige alguns cuidados, como: o planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, devendo ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista, a ser marcada com antecedência para que o pesquisador se assegure de que será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o sigilo de suas confidências e de sua identidade; e, finalmente a preparação específica que consiste em organizar o roteiro com as questões importantes (LAKATOS e MARCONI, 1996).

Quanto à formulação das questões, o pesquisador deve ter cuidado para não elaborar perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. Essas devem ser feitas levando em conta a seqüência do pensamento do pesquisado, ou seja, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com certo sentido lógico para o entrevistado. Para se obter uma narrativa natural, muitas vezes não é interessante fazer uma pergunta direta, mas sim fazer com que o pesquisado relembra parte de sua vida. Para tanto, o pesquisador pode ir suscitando a memória do entrevistado (BOURDIEU, 1999).

O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso tenha havido um distanciamento do tema ou dificuldades com o mesmo.

Bourdieu (1999) indica que a escolha do método não deve ser rígida, mas rigorosa, ou seja, o pesquisador não necessita seguir um método só com rigidez, mas qualquer método utilizado deve ser aplicado com rigor. Para se obter uma boa pesquisa é necessário escolher as pessoas que serão investigadas, as quais, na medida do possível, devem ser conhecidas pelo pesquisador ou apresentadas a ele por outras pessoas de seu convívio.

Esse autor aconselha que, na medida do possível, o pesquisador fale a

mesma língua do pesquisado, ou seja, o pesquisador deve descer do pedestal cultural e deixar de lado, no momento da entrevista, seu capital cultural para que pesquisador e pesquisado possam se entender. Caso isso não aconteça, provavelmente o pesquisado se constrangirá e a relação entre ambos se tornará difícil.

Além das enunciações das palavras, também devem ser anotados os elementos não verbais do informante, tais como: apresentação pessoal, comportamento global, mudanças na postura corporal, gesticulações, mímica facial, riso, sorriso, choro e muitos outros. Anotar mudanças no volume, intensidade, tom, duração e ritmo da fala é também importante. A comunicação não-verbal traz informações adicionais cruciais para a interpretação do entrevistador, devendo ser usada então para confirmar, complementar ou mesmo - a partir de uma revelação inusitada - para contradizer o que foi falado acerca de pontos do tema tratado ou a respeito de assuntos gerais.

O que uma pessoa não pode trazer como informação explícita, ela será capaz de deixar emergir de alguma forma - através de outras manifestações, tais como o comportamento global ou a linguagem não-verbal (FONTANELLA et al., 2006). Bourdieu (1999) destaca que durante todo o processo da pesquisa o pesquisador deverá ser capaz de reconhecer as estruturas invisíveis que organizam o discurso do entrevistado.

As técnicas de observação em ciências humanas se aperfeiçoaram como resultado da experiência dos antropólogos em campo, particularmente em sua interação com pessoas de diferentes crenças e valores.

De acordo com Fontanella et al. (2006), essas informações deverão ser registradas em um diário de campo, onde devem ser anotadas as observações conhecidas como anotações de campo. Em entrevistas abertas, as anotações têm que ser feitas durante seu andamento, minimizando o posterior viés de uma memória diluída. Mas é preferível anotar os dados da linguagem não-verbal logo em seguida à entrevista, com a intenção de facilitar a espontaneidade dos entrevistados.

Após a entrevista é sempre útil registrar no diário de campo as observações sobre o comportamento verbal e não verbal do entrevistado, bem como

sobre o ambiente em que a mesma decorreu. Tal registro permitirá levantar hipóteses mais seguras sobre a autenticidade das respostas obtidas e sobre o grau de liberdade com que foram dadas.

Bourdieu (1999) afirma que durante a entrevista o pesquisador deve estar sempre pronto a enviar sinais de entendimento e de estímulo, com gestos, acenos de cabeça, olhares e também sinais verbais como de agradecimento, de incentivo. Isto facilitará a relação entre pesquisador e pesquisado, onde este deve perceber que o pesquisador está atento, escutando sua narrativa, o qual deve procurar intervir o mínimo possível para não quebrar a seqüência de pensamento do entrevistado.

É importante, sobretudo em entrevistas pouco estruturadas, saber respeitar os silêncios que por vezes ocorrem no discurso do entrevistado, permitindo-lhe assim refletir sobre o que fala.

De acordo com Goldenberg (1997), para se realizar uma entrevista bem sucedida é preciso criar uma atmosfera amistosa e de confiança, não discordar das opiniões do entrevistado, tentar ser o mais neutro possível, sendo a confiança passada ao entrevistado de fundamental importância para o êxito no trabalho de campo.

Em relação à atuação ou postura do entrevistador no momento da entrevista este não deve ser nem muito austero nem muito efusivo, nem falante demais, nem demasiadamente tímido. O ideal é deixar o informante à vontade, a fim de que não se sinta constrangido e possa falar livremente.

Uma entrevista bem sucedida depende muito do domínio do entrevistador sobre as questões previstas no roteiro. O conhecimento ou familiaridade com o tema evitará confusões por parte do entrevistador. Além disso, perguntas claras favorecem respostas também claras e que respondem aos objetivos da investigação (BONI e QUARESMA, 2005).

Nesse estudo foram realizadas entrevistas em profundidade com agentes sociais envolvidos com essas equipes nos municípios de Maracanaú, Recife, Curitiba e Belo Horizonte. As entrevistas duraram ao todo 400 minutos, isto é, quase sete horas de gravação, que resultaram em 121 páginas de transcrição.

De posse de um roteiro contendo temas mais gerais a serem explorados, a

pesquisadora estimulou o respondente a discorrer sobre suas motivações, atitudes, crenças ou sentimentos acerca do papel do TSB nas ESB. O roteiro não foi seguido linearmente e os fraseados específicos das perguntas e a ordem de suas formulações foram influenciados pelas respostas do entrevistado (MALHOTRA, 2001).

Foram tomados certos cuidados antes da realização das entrevistas, destacando-se: a escolha do entrevistado, que deveria ser alguém que tivesse familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista, marcada com antecedência para que o pesquisador se assegurasse de que seria recebido; as condições favoráveis que garantissem ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade e, por fim, a preparação específica que consistiu em organizar o roteiro com os temas a serem explorados (APÊNDICES B, C E D)

Todas as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho das equipes. Durante as mesmas, além das enunciações das palavras, foram anotados no diário de campo os múltiplos elementos não verbais do informante, tais como: apresentação pessoal, comportamento global, mudanças na postura corporal, gesticulações, mímica facial, riso, sorriso, choro, além de mudanças no volume, intensidade, tom, duração e ritmo da voz.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Minayo (1994), ao contrário da abordagem quantitativa, que não considera os significados como dados de pesquisa, a abordagem qualitativa os elege como foco dos dados. Segundo a autora, os investigadores que fazem uso dessa abordagem estão interessados principalmente no modo com que as pessoas dão sentido às coisas, como elas percebem os fenômenos.

Para Bourdieu (1999), uma transcrição de entrevista não é só aquele ato mecânico de passar para o papel o discurso gravado do informante. De alguma

maneira o pesquisador tem que apresentar os silêncios, os gestos, os risos, a entonação de voz do informante durante a entrevista. Esses “sentimentos” que não passam pela fita do gravador são muito importantes na hora da análise. O pesquisador tem o dever de ter fidelidade quando transcrever tudo o que o pesquisado falou e sentiu durante a entrevista.

O autor também considera como dever do pesquisador a legibilidade, ou seja, o alívio do texto de certas frases confusas de redundâncias verbais ou tiques de linguagem. Bourdieu considera ainda como dever do pesquisador o cuidado de nunca trocar uma palavra por outra, nem mesmo mudar a ordem das perguntas. Portanto considera-se ideal que o próprio pesquisador faça a transcrição da entrevista. Neste estudo a pesquisadora adotou como procedimento ela própria realizar todas as transcrições.

É a fase em que mais se percebe o estilo do pesquisador, seu conhecimento teórico, sua criatividade para analisar cada dado e seu bom senso (GOLDENBERG, 2004). Essa fase consiste em: estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas; e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte (MINAYO, 1994).

Na etapa de análise dos resultados deve-se dar o confronto entre as categorias estabelecidas e a presença ou ausência dos elementos identificados no referencial teórico estudado.

Nessa pesquisa, para a análise dos dados foram utilizados os relatos obtidos através das 24 entrevistas, realizadas no período de abril a setembro de 2009, as quais foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, integralmente.

Depois de transcritas todas as entrevistas, os dados foram organizados, foram realizadas leituras exaustivas do material colhido e procedeu-se à análise do material, através da análise do discurso.

Utilizando as respostas dadas pelos diversos agentes sociais para cada tema abordado, foram identificadas as principais idéias transmitidas pelos entrevistados, em resposta a cada tema explorado no roteiro de entrevistas aplicado

pelo pesquisador. São as chamadas idéias centrais, que segundo Lefevre e Lefevre (2003) trata-se da descrição do sentido de um discurso, a mais sucinta e objetiva possível. Para a realização dessa etapa foi de fundamental importância retomar a definição do problema de pesquisa e dos objetivos a serem alcançados.

Em seguida foram identificadas as categorias empíricas presentes em cada elemento de apoio ou barreira à utilização do TSB, citados nas entrevistas. Por fim, com base no aporte teórico que fundamentou a pesquisa, foram identificadas as categorias analíticas correspondentes a uma ou mais categorias empíricas.

Segundo Caregnato e Mutti (2006), o processo de análise do discurso (AD) pretende interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação.

Os autores afirmam que a AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido, sendo o seu corpus constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso; a história representa o contexto sócio histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar.

Partindo do princípio de que a AD trabalha com o sentido, sendo o discurso heterogêneo marcado pela história e ideologia, a AD não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma re-leitura; outro aspecto a ressaltar é que a AD mostra como o discurso funciona, não tendo a pretensão de dizer o que é certo.

Após ter delimitado o eixo temático o analista irá trabalhar com este, o que supõe o estabelecimento de “recortes discursivos”, resultante da teoria e construído pelo analista, onde se representam linguagem e situação.

Para fins de apresentação dos resultados, a participação do TSB será dividida em atividades de prestação direta de ações clínicas e atividades de saúde pública no sentido estrito.

O emprego do TSB nas ações clínicas refere-se às seguintes atividades: remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião dentista; realização de fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; inserção e distribuição no preparo cavitário de materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião dentista; ensino de técnicas de higiene bucal e prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista; limpeza e antissepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; remoção de suturas; isolamento do campo operatório; instrumentalização do cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

Na Saúde Pública, a utilização do TSB ocorre por meio da participação no treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; participação em ações educativas, atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; participação na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; ensino de técnicas de higiene bucal e realização de prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas requerem ética em sua realização, e desta forma foram acatadas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre os referenciais da bioética como: não maleficência, autonomia, beneficência e justiça, bem como os direitos e deveres referentes à comunidade científica, sujeitos da pesquisa e do Estado (BRASIL, 1996).



Foi solicitada a anuência dos sujeitos da pesquisa através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que discorreu sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios e esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito em retirar-se da pesquisa no momento em que desejassem. Foi também assegurada a confidencialidade e o sigilo do (a) respondente, informando-o ainda que sua participação ou não na mesma não acarretaria em nenhum benefício indevido, nem iria prejudicá-lo de nenhuma maneira (APÊNDICE A).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para apreciação e aprovado conforme ofício COEP/FSP no. 33/08 (ANEXO 1), tendo sido aprovado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ANEXO 2). A respeito dos municípios que sediaram a pesquisa, o projeto também foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa de cada um deles (ANEXOS 3, 4 e 5), além de se ter obtido a anuência do secretário de saúde do estado do Ceará para a realização da pesquisa em um município do Estado (Anexo 6).

## 5 RESULTADOS

As principais características dos municípios visitados estão contidas no Quadro 1. Em todos eles, os profissionais da estratégia saúde da família, tanto os de nível superior, quanto os de nível médio são concursados. Um dos critérios considerados para escolha dos municípios e das equipes foi a presença de formas regulares para contratação dos profissionais (estatutários ou regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas-CLT).

**Quadro 1** - Principais características dos municípios de atuação das equipes entrevistadas. Brasil, 2009.

Município Estado	População	Economia	IDH	Rede Pública de Saúde			
				Hospitais	ESF	ESB	
						MOD I	MOD II
Maracanaú Ceará	201.690	Indústria Serviços	0,736	1	49	25	9
Recife Pernambuco	1.561.659	Comércio Serviços	0,797	18	229	78	32
Curitiba Paraná	1.851.215	Indústria Comércio	0,856	6	169	46	97
Belo Horizonte Minas Gerais	2.452.617	Serviços Comércio	0,839	10	510	129	71

**Nota:** IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

ESF: Estratégia Saúde da Família

MOD: Modalidade (MOD I: sem o TSB; MOD II: com o TSB)

**Fonte:** DATASUS, 2010

Durante as atividades de campo foram pesquisados documentos elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde que apresentassem informação sobre diretrizes, normas ou recomendações voltadas à atuação das ESB na estratégia saúde da família.

No município de Maracanaú, estado do Ceará, os profissionais entrevistados não fizeram referência a qualquer documento normativo sobre a atuação da ESB na estratégia saúde da família. Ao ser entrevistado, o coordenador municipal de saúde bucal afirmou que eles receberam as informações do Ministério da Saúde, que depois de amplamente discutidas foram adequadas à realidade local.

No município do Recife foi identificado um protocolo de saúde bucal, elaborado em 2006. No referido documento são abordados vários aspectos da política de saúde bucal do município no período de 2001 a 2004. Foram definidas as atribuições da coordenação municipal de saúde bucal e os objetivos dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados nas policlínicas da rede pública de saúde do Recife. Há uma normatização dos critérios de referência e um protocolo de atendimento para cada especialidade e para a assistência odontológica de urgência nos serviços de pronto atendimento da rede de saúde do município, além de um capítulo sobre a atenção básica, com foco na ESF.

Nesse capítulo são expostos os princípios norteadores das ações das ESB; as bases para reorientação das ações de saúde bucal na ESF; as atribuições comuns e as específicas dos profissionais de saúde bucal na ESF; a vigilância em saúde bucal; a promoção em saúde; a educação em saúde, bem como a atenção em saúde bucal, com as normatizações do atendimento por ciclo de vida e grupos específicos (diabéticos, hipertensos e portadores de DST/AIDS), além dos critérios de referência e os procedimentos preparatórios para encaminhamento de pacientes para as diversas especialidades odontológicas.

Em Belo Horizonte foi obtido um documento intitulado “A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local”, elaborado em maio de 2006. O referido documento contém recomendações para organização da atenção básica; da qualificação da atenção básica, com revisão das diretrizes anteriormente definidas; dos princípios, pressupostos e diretrizes da atenção básica; o papel da ESF; as atribuições das equipes de saúde da família (atribuições comuns e específicas para cada cargo, incluindo os da saúde bucal), além das atribuições do gerente do centro de saúde; da saúde mental na atenção

básica, com seus princípios e diretrizes; da saúde bucal na atenção básica; da organização do processo de trabalho das ESF; da vigilância e promoção à saúde, incluindo o papel da rede básica na promoção da saúde; do acolhimento e demanda espontânea; da atenção domiciliar; da regulação assistencial e a integração da rede de urgência com a atenção básica.

Segundo esse documento, a estratégia saúde da família em Belo Horizonte deve ser preferencialmente a porta de entrada para a população a ela adscrita. As equipes devem estabelecer estratégias para atender a demanda espontânea, devendo ainda, se fazer valer do dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando atenção integral e multidisciplinar.

Em Belo Horizonte analisou-se ainda outro documento denominado “Projeto Global de Saúde Bucal”, elaborado para atender demandas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e de gestores, com a finalidade de facilitar o entendimento da assistência em saúde bucal, suas bases, seus objetivos, propostas, metas e mecanismos de gestão. A pesquisadora teve acesso ainda a um documento sob o título “Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal”, de junho de 2006, que trata dos compromissos da saúde bucal no SUS de BH; dos critérios para codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal; do roteiro para operacionalização do protocolo da atenção básica em saúde bucal, além do roteiro para planejamento local das ESB.

Em Curitiba, a pesquisadora teve acesso ao “Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal”, elaborado em 2004 por técnicos da SMS em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia do Paraná, instituições e universidades. Consta no documento que em 1996, com a adesão do município ao Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde, ocorreu a expansão das equipes, com o município mantendo a paridade entre a equipe médica/enfermagem com a equipe de saúde bucal.

Em 1998, a SMS implantou o projeto Acolhimento Solidário, com o objetivo de ampliar o acesso às unidades de saúde, garantir a equidade aos cidadãos e a humanização do atendimento. Para a instrumentalização das equipes de saúde

bucal, no mencionado projeto, a SMS lançou o “Manual de Práticas da Odontologia”, realizando ampla capacitação.

A implementação do “Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal” buscou orientar as equipes odontológicas quanto aos critérios para a realização da atividade clínica, das ações coletivas e de organização da prática nos diferentes pontos de atenção da rede. Considerado um instrumento de gestão da clínica, o referido protocolo tem como propósito a melhoria da qualidade da assistência odontológica, através da integração dos fluxos, da viabilização do monitoramento do cuidado e da intensificação das ações de promoção à saúde bucal.

Por meio dos documentos coletados identificou-se em cada município, com exceção de Maracanaú, que existe uma normatização para atuação da ESB na estratégia saúde da família.

Os referidos documentos contêm informações que, do ponto de vista normativo oferecem orientações relativas ao exercício do TSB, à prática e à programação das ESB na esfera municipal, o que pode ser considerado neste estudo um aspecto positivo, uma vez que caracteriza mecanismo de organização dos serviços e, conseqüentemente, um determinante organizacional, que pode atuar como elemento de apoio à utilização do TSB nas atividades clínicas e de saúde pública.

Foram entrevistados ao todo 24 agentes sociais, cujas principais características estão contidas no Quadro 2.

No que diz respeito aos entrevistados em sua totalidade, observou-se grande proporção de profissionais do sexo feminino (91,6%), com idade média de trinta e oito anos, variando entre vinte e seis e quarenta e nove anos. No que se refere aos dentistas, 60% dos entrevistados possuíam tempo de formação entre cinco e dez anos e 50% possuíam especializações na área de saúde coletiva. Dentre os TSB entrevistados, 50% possuíam tempo de formação entre dois e cinco anos. Quanto aos coordenadores, 75% possuíam formação de nível superior na área de saúde e especialização. No entanto, somente 33% destes possuíam especialização na área de saúde pública.

**Quadro 2** - Características dos agentes sociais entrevistados. Brasil, 2009.

Agente Social	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Tempo formação (anos)	Formação	Pós-Graduação
CD1	Feminino	56	Casada	31	Odontologia	Odontopediatria/ Saúde Coletiva
CD2	Feminino	44	Casada	13	Odontologia	Saúde Coletiva
CD3	Feminino	31	Casada	7	Odontologia	Saúde Coletiva/ PSF/Gestão da Clínica
CD4	Feminino	39	Solteira	17	Odontologia	Saúde Pública/ O. Legal
CD5	Feminino	34	Casada	11	Odontologia	Saúde da Família
CD6	Feminino	27	Solteira	4	Odontologia	Saúde Pública
CD7	Feminino	27	Solteira	5	Odontologia	Periodontia/ Farmacologia
CD8	Feminino	27	Solteira	5	Odontologia	Periodontia/ Prótese Fixa
TSB1	Feminino	42	Casada	19	THD	-
TSB2	Feminino	44	Divorciada	19	THD	-
TSB3	Feminino	49	Divorciada	20	THD	-
TSB4	Feminino	49	Casada	-	ACD	-
TSB5	Feminino	33	Solteira	2	THD	-
TSB6	Feminino	33	Solteira	2	THD	-
TSB7	Feminino	42	Casada	4	THD	-
TSB8	Feminino	51	Divorciada	5	THD	-
C1	Feminino	42	Casada	19	Enfermagem	Gestão de Serviços de Saúde/ Saúde Coletiva
C2	Feminino	33	Casada	10	Odontologia	Endodontia
C3	Feminino	32	Casada	10	Enfermagem	PSF/Processos Educativos em Saúde
C4	Feminino	39	Casada	16	Enfermagem	Metodologia p/ Auxiliar de Enfermagem do PROFAE
C5	Feminino	33	Casada	7	Veterinária	Vigilância Sanitária
C6	Masculino	41	Casado	3	Pequenas e Medias Empresas	-
C7	Feminino	42	Solteira	6	Técnico em Enfermagem	-
C8	Masculino	37	Casado	10	Odontologia	Cirurgia

**Nota:** CD= cirurgião-dentista; TSB= técnico em saúde bucal; C= coordenador

Analisando a trajetória social dos cirurgiões dentistas entrevistados constatou-se que a maioria (62,5%) apresentou uma trajetória social estável.

Considerou-se com trajetória ascendente aquele que alcançou escolaridade maior que seus pais; estável, aqueles que mantiveram a mesma escolaridade da geração imediatamente anterior; e descendente aquele que alcançou escolaridade inferior à de seus pais (Quadro 3).

A trajetória social está relacionada à origem social (escolaridade e ocupação dos pais) e à trajetória escolar e profissional dos diversos agentes sociais, quando comparada a de seus pais.

**Quadro 3** - Características dos cirurgiões-dentistas entrevistados, relacionadas à trajetória social, capital econômico e escolar dos seus pais. Brasil, 2009.

Agente Social	Maior escolaridade dos pais (pai/mãe)	Profissão principal dos pais (pai/mãe)	Trajетória Escolar
CD1	Sem ensino formal/Ensino Fundamental incompleto	Comerciante/dona de casa	Ascendente
CD2	Ensino Médio completo/Ensino Fundamental completo	Militar/Auxiliar de Enfermagem	Ascendente
CD3	Ensino Fundamental completo/Ensino Superior	Barbeiro/Professora	Estável
CD4	Ensino Fundamental completo/Ensino Superior	Industriário/Defensor a Pública	Estável
CD5	Superior/Ensino Médio Completo	Professor (escola pública)/dona de casa	Estável
CD6	Superior (ambos)	Administ./Assistente Social	Estável
CD7	Ensino médio completo (ambos)	Funcionário público/funcion. público	Ascendente
CD8	Superior (ambos)	Bancário/ professora	Estável

Segundo Bourdieu (1996), existem três elementos principais de diferenciação objetiva dos agentes no espaço social: o capital cultural acumulado pela transmissão assegurada pela família e escola, o capital econômico (ocupação, renda) e a trajetória social que está vinculada à origem familiar.

Dentre os TSB entrevistados, a maioria apresentou uma trajetória social ascendente (87,5%). Verificou-se, nesse caso, ascensão social no que diz respeito ao capital cultural acumulado e ao título obtido (Quadro 4).

**Quadro 4.** Características dos TSB entrevistados, relacionadas à trajetória social, capital econômico e escolar dos seus pais. Brasil, 2009.

Agente Social	Maior escolaridade dos pais (pai/mãe)	Profissão principal dos pais (pai/mãe)	Trajетória Escolar
TSB1	Ensino Superior/Ensino Médio Completo	Militar/dona de casa	Estável
TSB2	Ensino Fundamental incompleto (ambos)	Agricultor/dona de casa	Ascendente
TSB3	Sem ensino formal (ambos)	Carpinteiro/costureira	Ascendente
TSB4	Ensino Fundamental incompleto (ambos)	Operário/Funcionária pública federal	Ascendente
TSB5	Ensino Fundamental completo (ambos)	Eletricista/costureira	Ascendente
TSB6	Ensino Fundamental completo (ambos)	TPD/dona de casa	Ascendente
TSB7	Ensino Fundamental incompleto (ambos)	Operário/dona de casa	Ascendente
TSB8	Ensino Fundamental completo (ambos)	Comerciante/dona de casa	Ascendente

Em alguns casos foi possível observar a existência de uma relação entre a fala de alguns agentes e sua trajetória social, conforme descrição em seguida.

*(...) Tem a questão de se identificar com a saúde pública, que eu me identifico. [...] na verdade foi uma identificação. Eu gosto mais de trabalhar com saúde pública do que trabalhar com a clientela particular. E aí eu me identifico com o trabalho na comunidade. (CD3)*

*(...) Já tinha a tendência assim de querer trabalhar no serviço público. [...] E a parte que realmente eu gosto é esta. Entendeu? De ficar desenvolvendo algumas atividades que leve a parte educativa pra criar uma conscientização... (CD4)*

*(...) e eu gostava, gosto da proposta de promoção, de prevenção, a parte de palestras, gosto de saúde pública... até minhas especializações são todas voltadas pra área pública... (CD7)*



*(...) eu sempre gostei de saúde pública. Desde a faculdade, eu sempre gostei. Lógico que o básico da minha profissão é a saúde pública. (CD8)*

No tocante aos CD entrevistados, embora haja posições sociais próximas referentes ao campo profissional, as diferenças de origem e trajetória social influenciam na constituição do habitus, segundo Bourdieu (1996). Esses habitus, mediado por determinantes ligados à gestão, podem corresponder a diferentes práticas no campo público da saúde bucal. Com relação aos agentes CD3, CD7 e CD8 percebe-se que estes apresentam uma origem social relativamente semelhante. O fato de um dos pais ou ambos possuírem vínculos na esfera pública pode significar maior identidade com o campo público da saúde.

A análise das entrevistas gerou um quadro de discursos heterogêneos sobre o papel do TSB na ESF. De um lado observaram-se percepções que traduzem disposições mais favoráveis à participação do TSB, levando em consideração todas as suas competências e atribuições. De outro, observaram-se percepções que traduzem disposições mais favoráveis à subutilização. Evidenciaram-se ainda antagonismos entre o discurso e a prática.

Partiu-se do pressuposto de que a utilização do TSB na estratégia saúde da família decorre de determinantes interacionais, organizacionais e sistêmicos, mediados pelos interesses e habilidades expressas pelo TSB e pelo cirurgião-dentista.

O material obtido por meio das entrevistas foi submetido a repetidas leituras e foi analisado separando aspectos ligados à participação do TSB na prestação direta de ações clínicas e nas atividades de saúde pública. A seguir serão apresentados os principais resultados extraídos da análise das entrevistas, partindo-se das situações mais próximas do modelo preconizado pelo MS, até relatos indicativos de situações mais afastadas desse modelo, tomando por base os depoimentos de um ou mais membros da equipe.

Com relação à utilização do TSB na Saúde Pública, observaram-se nas falas dos vários agentes sociais entrevistados percepções que traduzem disposições

favoráveis à sua utilização nesse âmbito, caracterizando situações mais próximas do modelo preconizado pelo MS. Foi possível também captar aspectos que constituem elementos de apoio a essa atuação.

*(...) a gente enquanto dentista e enquanto equipe só consegue dar vazão à demanda e à promoção de saúde porque tem os THD. Porque na verdade... Como é que eu vou dizer pra você? Seria... a gente lembra um braço e eles o outro.... É uma coisa assim. É muito difícil você fazer um trabalho dessa magnitude, sem ser assim em conjunto, sem ser um trabalho de equipe. Porque um profissional sozinho não consegue. E o papel do THD eu acho relevante, porque além dele trabalhar muito a questão da educação em saúde, ele complementa o nosso trabalho. Ele é mais uma pessoa pra estabelecer vínculo com a família... [...] É a coisa do complementar, mesmo. Muito bom. É uma complementação fundamental. [...] Então você tem possibilidade de fazer... De criar uma consciência em saúde bucal. E a gente pode sim, dizer, com muita tranqüilidade, que a gente, através da promoção de saúde, desse cuidado próximo, você atinge seus objetivos... (CD1)*

*(...) Eu acho um projeto lindo, esse PSF. Eu acho muito bonito: o Programa de Saúde da Família. Porque... ele envolve muita gente. Ele envolve um tudo. Você sai de dentro da cadeira, sai de dentro do consultório, você não vê só o paciente aqui na porta, batendo, não. Você vai até ele. Eu acho isso... você se envolve com a comunidade, você se envolve com outras coisas. Você chega aqui, você pega o prontuário dele, você sabe se ele tem alguma doença. [...] A gente se envolve com o ACS, se envolve com visita domiciliar, entra dentro da casa dos pacientes, eles vem até a gente... [...] A gente desce um pouquinho do alto e vai até... faz as pessoas descenderem. Muitas vezes ela não quer, mas ela acaba descendo. Ela é obrigada a ir lá embaixo e ver qual é a realidade das pessoas. Então eu acho isso, assim... Em termos de cidadania é uma conquista fantástica... (TSB4)*

A noção de que eles são “um braço” do dentista enseja uma visão de uma equipe de trabalho ou de um grupo operativo, onde há um nítido sentimento de complementaridade e maior capacidade de estreitamento do vínculo entre a família e a unidade de atenção primária. Ressalta-se ainda a possibilidade concreta de se atingir os objetivos propostos pelo modelo (incluindo o desenvolvimento de uma

consciência em saúde bucal), através da promoção da saúde, do cuidado próximo (entendida como uma questão de cidadania), da continuidade das ações.

Constituem-se elementos de apoio à atuação do TSB nas ações de saúde pública o vínculo que se estabelece com a família, o conhecimento que se tem sobre a situação de saúde de seus membros, destacados nas falas anteriores. São também elementos de apoio: o compromisso com a saúde da população e a continuidade das ações. Estes aspectos foram destacados nas falas seguintes.

*(...) Pra mim (ênfase) é um conforto muito grande saber que, embora eu esteja ali fazendo atividade clínica a maior parte do meu tempo, do tempo do programa, eu tenho uma pessoa que está me garantindo que as atividades educativas estão sendo feitas... [...] a THD me garante que as crianças estão sendo vistas, nas escolas que nós estamos fazendo as orientações... de forma contínua e não de forma pontual, durante a semana. (CD5)*

*(...) Eu fico muito feliz com meu trabalho de estar educando e motivando as pessoas a melhorar sua saúde bucal. [...] eu estou aqui pra motivar vocês (ela está se referindo aos usuários) a educar, a se prevenir contra as doenças da boca. (TSB8)*

*(...) também tem a parte do PSF, a questão da família, que é a relação da odontologia com os domicílios, com as famílias. Isso também faz parte, é um eixo importante porque dá conta do nosso trabalho, a nossa fotografia... [...] essas equipes fazem o trabalho externo, de visitas e então a gente coloca... traz essas famílias pra parte interna da unidade: que é o monitoramento... eles fazem parte da agenda, a família toda... [...] É uma equipe madura, são profissionais que já estão há muitos anos na prefeitura... profissionais que tem compromisso com a Secretaria de Saúde, tem a sua opinião pessoal, política, mas em primeiro lugar está o compromisso com o usuário. (C1)*

O plano de trabalho da unidade também é um forte ponto de apoio. Conforme o sentido do discurso, observou-se que o levantamento de necessidades realizado no início de cada semestre em espaços sociais situados na área de abrangência da unidade de saúde é uma atividade que orienta a programação das atividades de caráter coletivo, que serão desenvolvidas pelo TSB. Essa dimensão se sobressaiu nas entrevistas a seguir.

*(...) Por que a gente faz o levantamento já no início de cada semestre? pra que nossas THD possam fazer as atividades coletivas com as crianças. Então a gente termina o levantamento de necessidades, já traz pra clínica, já monta uma planilha, com os nomes das crianças com necessidade de fluoroterapia e essa THD então já vai dando continuidade, fazendo no resto do semestre escovação orientada mais fluoroterapia... (CD1)*

*(...) A gente não vê o paciente como um dente, isolado, a gente vê o paciente como um todo. E muitas vezes tivemos já que fazer visita domiciliar, ou intervir em alguma rotina, ou até chamar a responsabilidade da família pra uma situação... [...] agora foi incluído em nosso protocolo avaliação pra diagnóstico precoce de câncer bucal. Isso já é uma rotina nossa... Então a gente já tem essa visão dirigida pra avaliação. Dentro da nossa programação, a gente procura atingir as crianças de alto risco, com carie ou não. Todas que desenvolvem algum risco, seja social ou biológico, ou ambos, a gente procura trazer pra atendimento na unidade. (CD2)*

*(...) Nós já temos as escolas que nós vamos atender no ano, então a dentista vai nessas escolas fazer o levantamento epidemio, lá a gente vê crianças com alta atividade e baixa atividade. Com alta atividade eu já coloco na minha pasta e lá eu já sei que com essas crianças eu vou fazer escovação supervisionada e mais aplicação de flúor gel, as cinco sessões de flúor gel. (TSB1)*

*(...) nós pegamos uma cadeira... nós tínhamos uma cadeira, uma cama clinica e nós instalamos dentro da escola e ela (está se referindo a uma colega TSB) faz toda essa parte assim que pode ser do THD : a escariação, com aquele material, que é o ionômero, que é um material bom, tipo um curativo assim. Então pra criança ficar melhor, com um meio bucal melhor, pra não ficar tão contaminado. Então nós estamos fazendo isso nas creches. A gente vai, faz as escovações, orienta, agenda... [...] A gente faz essa prevenção. Não deixa de ser uma parte preventiva... (TSB2)*

O material discursivo traz indicações relativas a mudanças nas características do modelo de trabalho odontológico realizado em espaços escolares. Esse modelo tinha por base o tratamento das necessidades acumuladas. Destaca-se além da continuidade das ações educativas realizadas com estes escolares, o

desenvolvimento de outras atividades programáticas.

Enquanto um TSB relatou atividades de escovação dental supervisionada e fluoroterapia (aplicação de gel fluorado em cinco sessões), outro destacou a instalação de uma cama clínica e a realização de atividades de controle de atividade de cárie por meio da limpeza das lesões dentárias e inserção de ionômero de vidro, comentando que não deixa de ser um componente da ação preventiva. Um CD destacou também que o atendimento se dá por ordem de prioridades, tendo por base uma classificação de risco (biológico e social) que se refere ao grau de atividade da doença.

Outro ponto de apoio é o instrumento normativo que orienta a atuação dos profissionais nas ESB, a exemplo do protocolo de saúde bucal, citado no relato que se segue.

*(...) a odontologia trabalha em cima também do protocolo de saúde bucal. Ali a gente tem tanto as ações educativas, de promoção da saúde, quanto tem o protocolo para atendimento mesmo: como deve ser organizado o serviço... Porque cada unidade trabalha o protocolo, dentro de suas particularidades... (C1)*

*(...) Os protocolos vão se moldando às necessidades locais. E tudo isto foi discutido individualmente. Daí as visitas de postos que eu fiz. (C6)*

Percebe-se ainda uma preocupação com os resultados do trabalho, com o impacto das ações na comunidade, do ponto de vista do domínio de informações de saúde bucal e do controle dos seus determinantes.

*(...) Ela é difícil na prática, mas é uma coisa que nós dentistas sempre objetivamos, que é a consciência em saúde bucal. Quando você trabalha na estratégia saúde da família, você cria essa possibilidade. Você tem possibilidade de fazer... De criar uma consciência em saúde bucal. (CD1)*

*(...) Uma coisa bem importante que o THD faz, eu acho, é isso. A gente motiva muito o paciente na cadeira. Porque ele vem, com a boca daquele jeito, você faz a primeira limpeza, porque essa parte de raspagem você nunca*

*consegue numa primeira sessão... são três, quatro sessões. Então você vê assim, às vezes o... a motivação dele. Isso anima. Às vezes ele vem bem depressivo... e isto dá muita satisfação pra gente, porque você consegue mudar, às vezes. Mudar a cabeça dele ali... você consegue mudar a importância que tem os dentes, a saúde bucal. Então isso é bem interessante dentro da nossa profissão. (TSB2)*

*(...) que a minha contribuição com minhas colegas... que esta questão do Brasil sem dentes, que a gente contribua para que diminua essa ocorrência. Que a minha contribuição diminua a incidência de cárie... (TSB5)*

Esse tipo de trabalho embasado na promoção da saúde em espaços coletivos é sustentado por coordenadores de unidade de atenção primária que reconheceram a importância do TSB na realização de ações diretas mais simples, liberando o cirurgião-dentista para as atividades mais complexas.

*(...) A gente está com um trabalho novo, aqui na unidade, muito bacana, aonde a gente tem uma cadeira odontológica móvel, aonde a gente está levando nas escolas, e aonde o responsável é o dentista, que faz os exames e quem assume toda a parte de orientação, de escariação, de profilaxia, é o THD. Quem passa a maior parte do tempo nessa cadeira nessas escolas é o THD. Então é um trabalho muito bacana... [...] Isso mostra que é um grupo assim, que não fica na... desculpe o termo, na mesmice. Ele está buscando ações novas, pra que tenham impacto na comunidade, pra que melhore realmente a questão da saúde bucal. (C2)*

*(...) Ela cumpre mesmo o que a função dela pede. Ela faz muita promoção à saúde, faz prevenção da doença... Inclusive a gente tem um levantamento que foi até apresentado agora em maio, do número de urgências que está caindo aqui no Centro de Saúde. E a gente dedica isso a esse trabalho que ela faz: a prevenção da cárie e a promoção da saúde. Ela faz com escolas, faz com crianças aqui, faz com grupos operativos... [...] Eu acho imprescindível no PSF (ela está se referindo ao TSB). Não tem como. Quem é o profissional mais disponível pra estar atuando com a prevenção da doença e a promoção da saúde? É o TSB. Então a função dele é mais específica pra isso. E tem os dentistas que vão atuar mais na parte curativa mesmo. Na assistência. Então eu acho que não tem como o PSF trabalhar sem o TSB. [...] A questão do TSB... o ideal é que tivesse mais quantidade. Porque na realidade, hoje em dia, o foco é trabalhar com a promoção da saúde e com a prevenção da doença. E a odontologia é*

*um pouco ainda mais assistencial, mais curativa. Então mudar um pouco esse conceito... não tem como a gente trabalhar sem esse profissional... (C3)*

Além de reconhecer a necessidade de um maior número de TSB nos serviços, outro ponto de relevância identificado por esses coordenadores, tanto no âmbito distrital, quanto de unidade de saúde são as competências na área de educação em saúde.

*(...) O THD, ele tem uma função importante porque ele assume uma parte que toma bastante tempo do dentista e é uma parte fundamental, que é principalmente a educação em saúde, aonde a gente tem, devido a nossa demanda, dificuldade de assumir, enquanto dentista, todo esse papel porque o dentista hoje ele tem o papel primordial no que? Ainda é no curativo. Acho que em todas as cidades e estados do nosso país. O curativo ainda fala mais alto... [...] há necessidade do que? Das palestras educativas, das ações coletivas nas escolas, que a gente consiga concentrar um grande número e mesmo as ações que os THD fazem na unidade de saúde, que são as preventivas... a gente precisa muito também desse profissional por conta disso. Então acho que aí a gente divide todo esse quantitativo de funções, de atividades, a gente divide, a dentista, divide com esse profissional THD. Aonde a gente consegue atender melhor a comunidade, a exercer mais o papel de prevenção em saúde bucal, prevenção em saúde coletiva... (C2)*

*(...) É um profissional imprescindível. Ele tem um conhecimento técnico mais aprimorado que o ACD... Ele tem um conhecimento mais aprofundado... Ele consegue ter uma atuação... Individual. Na hora da abordagem de fazer uma educação em saúde bucal ele é fantástico... Ele tem uma abordagem ao mesmo tempo simples e técnica. Ele acaba fazendo um vínculo com a saúde bucal, os usuários e até com as outras equipes do centro de saúde... E esse conhecimento técnico que ele tem a mais que o ACD, ele consegue ter a visão de promoção da saúde. Ele tem ideias, ele quer sair, ele quer fazer a promoção e ele leva a equipe com ele. (C3)*

*(...) Na minha visão ele (está se referindo ao TSB) tem um papel muito importante na atenção básica, pensando nessa questão de prevenção e promoção. (C5)*

*(...) Eu acho interessante, é uma boa. Porque as crianças às vezes não têm o conhecimento adequado dentro de casa. Às vezes a mãe, o pai, não dão aquela atenção necessária... Tem criança realmente que não sabe utilizar. E*

*participando na escola com certeza aprende, chega em casa contando... Em casa ninguém se preocupa com a limpeza da língua... Ninguém ensina pra criança pequenininha. E nas escolas ensinam. (C7)*

O relato expressa uma clara noção sobre as necessidades não assistidas de tratamento odontológico e também aponta para uma linha de trabalho importante do TSB voltada à prevenção das doenças bucais na comunidade.

Os trechos seguintes ilustram o sentimento de falta de ações de apoio ao trabalho do TSB voltado para a educação em saúde, ações estas que tenham por objetivo o aprimoramento das competências do TSB ligadas a atividades que estimulem a adoção das medidas de autocuidado por parte do usuário.

*(...) tem momentos que te dá aquela alegria e tem momentos que te dá um pouquinho de tristeza... Porque às vezes você vê que conseguiu atingir seus objetivos, e tem situações que emperra... É quando a família não colabora com a gente... Quando você procura mostrar pra família da própria dieta em casa, da escovação... [...] Às vezes me entristecem um pouco porque a gente enquanto não consegue envolver a família no nosso trabalho, enquanto a gente não consegue fazer com que caia a ficha deles, da importância da saúde bucal, sabe? (TSB1)*

*(...) O TSB vai vendo o resultado de seus trabalhos aos poucos. É uma questão educativa e pra você começar a colocar esse conteúdo na cabeça das crianças... E também a gente não tem uma resposta em casa. A educação do lar não está interagindo com a gente. (TSB5)*

Nos relatos dos TSB percebe-se uma experiência de sofrimento psíquico e um sentimento de impotência, que se constituem em barreiras ligadas à falta de apoio ao tipo de trabalho que os profissionais da ESF devem realizar no âmbito da atenção primária.

*(...) aquele meu primeiro ano de PSF, não vou mentir pra você, realmente foi muito sofrido... Porque que tem coisas que você pode fazer pelas pessoas, e tem coisas que você vai até onde pode... [...] Eu não sabia até então que eu ia ficar tão próxima, e que a gente acabaria criando tanto (ênfase) vínculo com as famílias, que as pessoas iam*



*chegar assim, como se fossem um parente nosso. Eu não sabia que ia ser tanto assim, a ligação... Confesso pra você que foi muito... muito... tive que trabalhar bastante e em alguns momentos pensei até em desistir, verdade. Achei que não fosse suportar. (TSB1)*

*(...) Como vai falar de higiene bucal, se eles não têm higiene corporal? Não tem saneamento? Então fica difícil você falar determinada linguagem, se é tudo um todo. Tenho a impressão de que você está... dando murro em ponta de faca... as coisas são muito separadas. Então eu acho que isso me desanima... (TSB4)*

Diante do sofrimento psíquico, a própria equipe identificou estratégias para enfrentar a complexidade do trabalho no âmbito da atenção primária, sendo esta apoiada pelo coordenador da unidade.

*(...) Eu acho que toda equipe deveria ocupar, pelo menos uma parte do espaço, e que eu acho que é muito salutar, assim: uma de nossas dentistas teve a idéia de fazer um grupo que melhorasse... a gente que trabalha com pessoas, a gente tem um desgaste emocional muito grande. E a gente já ouviu falar: ah, eu estou estressado, essa equipe é estressada... E isso acontece mesmo, independente de nossa vontade, de nossa vida pessoal. O trabalho em si, ele é desgastante. O sofrimento das pessoas é complicado e a gente muitas vezes não sabe administrar tanto sofrimento. Todos os dias eu estou com o mesmo usuário. Aquele do meu pedaço, ele vai ser meu, ao longo de muitos anos, até que não exista mais. Mas assim: isso faz com que esse trabalho seja mais intenso, mais desgastante para o profissional. Então, ela e uma ACD tiveram a idéia de fazer um... Perante até assim muitos depoimentos aqui, um grupo de mútua-ajuda, mas assim, um grupo de mútua-ajuda com enfoque na motivação e na melhora da auto-estima do profissional. E a gente abriu um espaço então pra eles, pra gente poder fazer junto essa integração, essa parte, que é para melhorar a qualidade enquanto pessoa, para eu poder melhorar minha parte profissional. Então a gente fez essa abertura, não são todas as unidades que tem, mas eu acho um espaço muito bom, porque melhora não só a integração, porque eu conheço melhor o meu colega, respeito aquele cansaço, às vezes aquele ar áspero, eu oportunizo pra eles conhecerem melhor uns aos outros. E com isso eu acho que tem uma melhora (C1)*

Quanto à utilização do TSB na prestação direta de ações clínicas, as falas abaixo sugerem disposições favoráveis à utilização daquele profissional nesse tipo de atividade. Neste caso, também foi possível captar aspectos que constituem elementos de apoio a essa atuação.

*(...) aqui o TSB é muito ativo, sabe? Eu até levei assim uma surpresa. Porque eles fazem raspagem, eles fazem atendimento ao paciente, eles fazem palestras... [...] Eu acho que esse profissional só tem a somar. É um profissional que pode estar atendendo em nível de cadeira, fazendo prevenção, promoção de saúde, e ações coletivas... (CD3)*

*(...) Elas dão o suporte pra gente. [...] o preparo que ela dá pra que nós possamos entrar na atividade curativa, já com o paciente feita a orientação de escovação... Feita aquela higienização... Isso é muito bom. Você vai trabalhar num campo limpo, com o paciente já orientado... (CD4)*

*(...) E recentemente, quando teve a regulamentação, a publicação, a regulamentação do pessoal auxiliar, aí eu trago pra gente dar uma lida, pra todo mundo saber o que tem...[...] É muito melhor a gente estar trabalhando com o THD, se você coloca ele pra estar desenvolvendo suas ações. [...] dentro do consultório você consegue aumentar muito o ritmo de trabalho e você não se cansa, tanto quanto se você tivesse que estar fazendo tudo. (CD6)*

*(...)] Ali (ela quis dizer: no consultório) nós fazemos toda a parte preventiva, toda a parte de educação em saúde com o paciente, desde orientação de escovação, uso do fio dental... Aplicação de verniz com flúor, quando solicitado... [...]. A gente procura frisar... ser muito firme nessa parte preventiva, com o paciente, na clínica... (TSB1)*

Um dos elementos de apoio identificados nos trechos anteriores se refere à regulamentação da profissão, à definição das ações a serem desenvolvidas pelo TSB nas esferas nacional e municipal. Outros elementos de apoio, destacados nas falas anteriores e nas que se seguem, dizem respeito ao reconhecimento do incremento da produtividade e da qualidade do atendimento ao usuário, decorrentes da atuação do TSB nas ações clínicas:

*(...) Tem dias também estabelecidos pra cadeira, dias estabelecidos pra escola, que eles vão fazer a fluoroterapia e*

a escovação supervisionada, tem dias estabelecidos pra creche... (CD1)

(...) Às vezes eu atendo, vejo que está faltando só uma raspagem, a gente já deixa marcada e já vai automaticamente direto pra ela (pra THD)... isso dá um ritmo muito bom pra equipe. Um dos indicadores, que a gente é cobrado tanto, o da produtividade, então ela já desempenha um papel muito importante. Porque o tempo que eu tenho pra fazer um ou dois procedimentos, com ela eu faço até o dobro ou até mais, dependendo do que seja. (CD6)

(...) Elas tem tanto a parte técnica delas, em cadeira, junto ao usuário, quanto elas tem... que eu acho que é papel importante, até porque, se a gente tivesse só o dentista e o ACD, com certeza o usuário iria ser prejudicado. Porque hoje, com o técnico, a gente consegue dar uma assistência melhor, porque a gente também consegue fazer alguns procedimentos, seja ela orientação educativa, mas a gente consegue fazer alguns procedimentos também. Eu penso que há um incremento da qualidade do atendimento ao usuário... (C1)

Em algumas entrevistas foi possível perceber outro elemento de suporte à utilização do TSB nas ações clínicas, representado pela tomada de decisão ou iniciativa do CD para aproveitar o TSB nesse tipo de atividade, mesmo em um ambiente desfavorável, ou seja, onde não havia duas unidades de assistência individual de modo a que ambas pudessem ser utilizadas pelo CD e por esse profissional simultaneamente.

(...) A gente sente que está livre a outra cadeira, que não tem aluno de graduação, ou a residente não está ocupando a cadeira, então a gente coloca os horários pra que ela esteja dentro do consultório fazendo as atividades clínicas. Aí tem alguns que já vão direto pra ela. [...]Então tem essa questão: sempre que dá eu gosto de delegar, de fazer com que ela possa estar fazendo os procedimentos. Porque é bom pra ela e é bom pra mim também. (CD6)

(...) A dentista que eu estou, ela dá muito espaço, ela fez a agenda, dando espaço pra THD. Nós temos agora uma residente... Mas quando a residente entrou, ela falou: olhe, nós temos uma THD e tem que ter espaço pra trabalhar na cadeira, e ela fez toda a agenda voltada nisto... No espaço pra cada um. (TSB6)

*(...) E dentro do consultório, eu... a dentista me autoriza a fazer o selante, a raspagem, a profilaxia... Tudo isso eu faço dentro do consultório. [...] Raios-X, a gente faz a tomada de raios-X... [...] No momento, não (ela está se referindo à existência de uma cadeira exclusiva pra ela). Tem duas dentistas e as duas cadeiras estão ocupadas. Elas levantam e me dão a cadeira. Elas levantam e me dão. [...] Porque é muito difícil, uma dentista querer dar uma cadeira para... Para THD fazer. (TSB7)*

Durante as entrevistas, também foram observadas perspectivas que caracterizam situações mais afastadas do modelo, nas quais o discurso dos entrevistados sugere disposições desfavoráveis à utilização do TSB nas ações de saúde pública e nas ações clínicas. A desmotivação do TSB para o exercício de determinadas competências que lhe são conferidas constitui-se em uma barreira para sua atuação nas ações de saúde pública. Além disso, em duas equipes, as ações educativas não estavam sendo realizadas por falta de material educativo e de definição das formas de atuar, incluindo a inexistência de instrumento normativo com tal finalidade.

*(...) Essa parte assim de... não vou mentir pra você, a parte coletiva, de escola, de creche, tenho 21 anos de prefeitura... a gente vai e acaba enjoando, parece que a rotina, parece que cansa um pouco, sabe? Aquela parte de prevenção nas escolas. Na verdade mudou, mas às vezes eu acho que deveria ter alguma coisa assim... Precisava de estratégia mais diferente, dar mais material pra gente... não tem muito material... Didático, mesmo. Filminho, cartazes... (TSB2)*

*(...) Até agora ninguém iniciou nada (ela se referiu às ações coletivas). Até agora não veio nada da Secretaria pra gente fazer, não... [...] Às vezes a gente fica até desmotivada assim, devido à informação com os próprios gestores. É tanto que esta dentista está fazendo um projeto, já tive umas ideias pra gente melhorar... (ela se referiu à atuação do TSB)... [...] atualmente não estou fazendo o trabalho que deveria ser... [...] estão fazendo este projeto, pra melhorar em relação à parte educativa nas escolas, que eu acho muito importante... (TSB8)*

Com relação à falta de utilização do TSB nas ações clínicas foram identificados alguns elementos de apoio a essa situação. Um se refere a limitações de equipamento (um compressor “fraco” para duas cadeiras), ou de espaço físico.

*(...) Na verdade nós temos um problema técnico: nossa sala é muito pequena para comportar as duas cadeiras e o nosso compressor só tem capacidade para uma cadeira. Então, na verdade, a gente não consegue atender em conjunto: a dentista e a THD, porque as duas cadeiras não funcionam ao mesmo tempo... [...] Talvez a gente conseguisse trabalhar numa lógica mais produtiva ... Não nessa estória de produtividade dos números, mas produtiva em questão de resolutividade dos problemas dos pacientes. Mas pra isto tinham que nos dar condições técnicas... Porque a impressão que dá é que os THD foram contratados, mas as unidades não foram preparadas para recebê-los, tecnicamente falando, pra o atendimento clínico. (CD5)*

*(...) Eu acho que seria um grande progresso... (está se referindo à atuação do TSB nas atividades clínicas. [...]) Porque aí ficam os pacientes dela pra ir começando ou terminando o tratamento, ela fazendo a parte de raspagem... Tanto é bom para o paciente, que o tratamento dele corre mais rápido, como pra gente. Mas falta é o físico... [...] A gente não tem muito a condição ambiental: de não ter o escovódromo, não tem a cadeira só pra ela... (CD7)*

*(...) A gente não está tendo essa oportunidade, não está... (ela está se referindo à atuação do TSB nas ações clínicas). Agora eu não vou poder atuar porque chegou um residente. Então elas estão dividindo o horário entre elas. E ai eu estou nas visitas e nos colégios. (TSB5)*

Um segundo diz respeito ao subdimensionamento do número de ASB nas equipes, o que exige maior envolvimento do TSB com atividades que poderiam ser executadas pelo ASB (como, por exemplo, tarefas relacionadas ao controle e esterilização de material e à instrumentação do CD).

*(...) Como agora, a ACD do consultório, da dentista que eu trabalho está de licença gestante, então eu estou fazendo as duas funções: de ACD e THD. (TSB7)*

*(...) A grande verdade é que eu posso citar que das equipes de modalidade II, as que funcionam a contento, assim, que a THD exerce a função de THD, eu posso dizer que tem umas três, de um total de sete ou oito. A grande verdade é que pela carência de ACD, eu pedi contratação de ACD, as THD estão atuando como ACD. Agora, eu preciso contratar ACD para permitir que as THD atuem como THD. (C6)*

São mencionadas: a falta de condições técnicas, de capacidade para colocar em prática a “teoria”, e a ausência de uma orientação mais consistente que não deixe “solto” o TSB na equipe.

*(...) Então na verdade angustia às vezes você vê que está meio perdido porque... o Programa de Saúde Bucal dentro do Programa de Saúde da Família... eu acho que ainda tem que se reestruturar. Eu sinto que... precisam de diretrizes, de norte, pra gente saber como a gente vai conseguir fazer a diferença, realmente. [...] Me angustia porque a gente quer fazer diferença e às vezes eu penso um pouco que a gente não está fazendo. (CD5)*

*(...) Na teoria é muito lindo. Mas na prática, pelo menos aqui, não está funcionando... [...] até agora, a THD está fazendo papel de ACD. Ela trabalha com esterilização de material... A única coisa que ela faz como THD mesmo é dar palestra, já deu umas duas ou três depois que ela chegou aqui... [...] Agora ela ajuda auxiliando e na parte de esterilização, que são coisas que a ACD pode fazer (ela se refere ao papel do TSB na ESB). [...] O que eu noto até hoje no THD é isso: é muito subutilizado, principalmente no atendimento clínico. O que eu teria a acrescentar é em relação a isso, porque chega a incomodar. Tem várias atividades que o THD poderia estar fazendo e não está... (CD8)*

*(...) eu tenho outras atividades aqui dentro, que... não só educação pra saúde... faz parte da saúde também e eu fui capacitada pela prefeitura pra fazer. Eu sou instrutora de Iancum, a ginástica chinesa. Aí eu faço duas vezes na semana, com a comunidade. Eu ajudo a enfermeira da unidade com o grupo de adolescente. Eu fiz um curso também de agricultura urbana, pra ser multiplicador dentro da comunidade, pra desenvolver com horta... Eu tenho feito... procuro desenvolver várias coisas esse... mas eu acho que não é por aí. Mesmo como THD eu posso fazer todas essas atividades e continuar a exercer a minha função como THD, também... (TSB2)*

*(...) Eu esperava que a gente também tivesse um espaço maior pra gente trabalhar... (...) A gente é meio solto, assim. Acaba a gente sendo uma ACD melhorada... (TSB5)*

A falta de formação do CD para delegar funções ao TSB, para trabalhar com este profissional no consultório foi identificada como elemento que pode se constituir em barreira para a utilização do TSB nas ações clínicas.

*(...) Que o dentista aprenda a trabalhar com este profissional (o THD), pra que a gente não centralize tanto as atividades. Eu acho que a gente ainda centraliza muito as atividades. É até uma lógica da nossa formação. As equipes foram formadas para trabalhar o cirurgião dentista junto com a auxiliar de consultório: para instrumentalizar, lavar seu instrumental, e... a gente não foi formado pra trabalhar com o THD, assim... tirando dele o melhor que ele pode dar. Na semana passada, a minha THD até me deu um depoimento de que estava um pouco angustiada com o trabalho dentro no programa, porque estava achando que... podia fazer mais. (CD5)*

Vários outros aspectos foram mencionados para explicar a falta de exercício das competências conferidas ao TSB, entre os quais, condições ligadas à orientação emanada pela secretaria de saúde e a falta de respaldo do órgão de fiscalização do exercício profissional, que desestimulam a delegação pelo CD de ações diretas a serem realizadas pelo TSB na cadeira odontológica.

*(...) eu tenho outras atividades aqui dentro, que... não só educação pra saúde... faz parte da saúde também e eu fui capacitada pela prefeitura pra fazer. Eu sou instrutora de Iancum, a ginástica chinesa. Aí eu faço duas vezes na semana, com a comunidade. Eu ajudo a enfermeira da unidade com o grupo de adolescente. Eu fiz um curso também de agricultura urbana, pra ser multiplicador dentro da comunidade, pra desenvolver com horta... Eu tenho feito... procuro desenvolver várias coisas esse... mas eu acho que não é por aí. Mesmo como THD eu posso fazer todas essas atividades e continuar a exercer a minha função como THD, também... (TSB2)*

*(...) eu não tenho respaldo da secretaria, nem do CRO, não vou fazer, enquanto eu não tiver o amparo da lei (estava se referindo às atividades que o TSB pode fazer na cadeira). Faço outras coisas: faço o acolhimento dentro da unidade, o acolhimento da odonto, eu faço remoção de sutura, educação em saúde... [...] A legislação, eu achei que a gente ia dar um passo pra diante e nós demos vários pra trás... E... eu perdi totalmente a motivação de trabalhar. Então vamos ver o que é que vai resolver com a gente. Eu estou aqui sem atividade nenhuma, de cadeira. Até então eu estou suspensa de atendimento de profilaxia, que eu fazia... Desde que a prefeitura suspendeu, eu estou sem atividade nenhuma... assim, de cadeira... (TSB4)*

Essa orientação emanada pela secretaria se manifesta como um desequilíbrio entre o tempo dedicado para as diferentes áreas de competência e a expectativa do respondente, que era de atuar também através de ações clínicas. Isto é atribuído, pelo respondente, à cobrança pelo distrito de procedimentos a serem realizados pelos CD, que se vêem obrigados a aumentar sua produtividade, restando pouco espaço para o TSB nas ações clínicas.

*(...) Uma das esperanças que eu tinha... é que a área do THD é de abranger também essa questão da gente interagir no consultório... só que a parte educativa tomou mais espaço que a parte clínica. Então minha esperança de ter essa parte clínica ficou um pouco frustrada. [...] O distrito, ele cobra muito uma certa quantidade de procedimentos ao dentista.. E aí acaba que a gente fica sem espaço, o THD, de interagir, de fazer a profilaxia, do dentista abrir a cavidade... [...]. Aí a gente às vezes fica um pouquinho frustrado. [...] Porque a gente passa um tempo estudando, então a gente tem capacidade para fazer alguma coisa. Que eles vão delegando as coisas pra gente devagar até sentir firmeza naquilo que a gente esta fazendo, mas que possam dar um voto de confiança aos THD. É isso aí: um voto de confiança aos THD (TSB5)*

Não foi encontrado em nenhum documento a que se teve acesso, orientação da secretaria municipal de saúde oficializando a suspensão das atividades clínicas a serem realizadas pelo TSB. O que se sabe, através dos relatos dos respondentes, é que houve um momento de suspensão para discussão, debate sobre o



tema e em seguida as atividades clínicas do TSB foram retomadas, conforme é notado pelos sentidos dos excertos a seguir.

*(...) a nossa TSB, ela é bem ativa. Ela não só participa nos grupos, como ela trabalha com adolescentes, no grupo de adolescentes... está trabalhando agora com a horta... Então está sempre buscando atividades extracurriculares, além do trabalho delas. E ficou suspenso um tempo a questão do atendimento pela TSB, então ela se envolveu com outras coisas também... (CD2)*

*[...] Eu recebi recentemente um documento aonde especificava quais as atribuições do ACD, do THD, do dentista... E eles têm ciência, leram, discutiram com a equipe... E inclusive falaram recentemente que o THD, tinham tirado algumas atribuições dele e agora, recentemente, foram retribuídas a ele essas funções, pra poder estar desenvolvendo. (C2)*

A falta de confiança do CD no TSB, sentimento vivenciado por este, foi também mencionada como barreira à atuação clínica do TSB.

Conforme alguns entrevistados existem também diferentes linhas de orientação por parte das secretarias municipais em que eles atuam. Esta variação na forma de atuação da ESB na ESF parece não ser bem compreendida pelas equipes que não reconhecem possível associação com diferenças ligadas às características de cada território.

*(...) Tem unidades que tem o técnico que faz apenas uma ação e na realidade parece que tem uma descrição assim, mesmo na secretaria de saúde... a ideia é que o técnico faça mais coletivo, elas fazem mesmo, mais coletivo do que cadeira. Mas eu acho importante dentro do sistema, eu acho profissionalmente, até porque que elas sabem, tem essa destreza, essa parte técnica, eu acho importante que elas façam procedimento. Elas fazem procedimento sim. Não fazem procedimento que não souberem. Fazem procedimento de muito boa qualidade. (C1)*

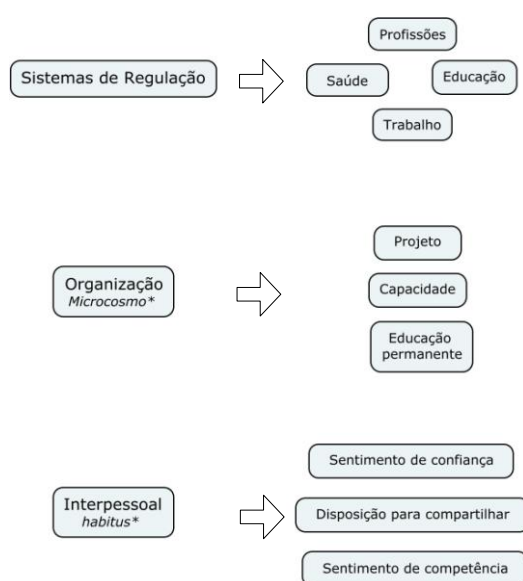
*(...) Eu gostaria de ver mais a THD nos trabalhos externos. Eu tenho feito o possível e o impossível para tentar é tirar (ênfase) a THD de dentro do posto mesmo. Para fazer esse trabalho externo. Inclusive as visitas domiciliares àqueles pacientes que tem problemas*

*locomotores ou a pacientes especiais do hospital, antes do dentista ir, a gente tem feito uma triagem prévia com as THD... [...] está sendo feito um manual sobre a ação da THD... A discussão girou em torno do entulhamento de material. Qual era a discussão? O que é que a THD entende de oclusão? No caso de restaurações altas e tudo? Então, das atribuições do manual da parte básica, a única que a gente não incluiu foi entulhamento de material. (C6)*

As entrevistas mencionadas anteriormente projetam em direção à secretaria municipal de saúde as dificuldades para a atuação clínica do TSB, entretanto, não foram encontradas orientações deste tipo nos documentos consultados.

Há necessidade de explorar possíveis determinantes ligados a essa variação, aspectos ligados à organização do trabalho e à perspectiva presente no discurso dos agentes sociais, assunto que será tratado no capítulo de discussão. Na Figura 1, é ilustrada a relação entre os determinantes e as categorias analíticas que serão exploradas na discussão.

**Figura 1-** Determinantes e categorias de análise associadas aos elementos de apoio e às barreiras à participação dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2010.



**Nota:** \* Com base em Bourdieu (1983a, 1983b, 1996)

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou captar a percepção dos principais sujeitos relacionados à atuação do TSB e identificar os determinantes mais importantes ligados à sua participação nas equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família, tendo sido realizado em municípios estruturados, isto é, que apresentaram condições institucionais que favoreceram a implementação de incentivos federais no âmbito do SUS.

Participaram quatro municípios brasileiros que, com base no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), receberam maior volume de incentivos financeiros, decorridos seis meses da implementação das normas previstas na Portaria GM nº 74, de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004a). Era ofertado um equipamento odontológico adicional para equipes de saúde bucal de modalidade II (com a presença de TSB) inseridas na ESF para aqueles municípios que cumpriram as exigências estabelecidas na referida Portaria.

A seleção dos entrevistados em cada município foi efetuada por amostragem intencional, buscando-se obter heterogeneidade segundo as características de utilização do TSB.

Foram selecionadas duas equipes de modalidade II, sendo uma considerada mais próxima e outra mais afastada da proposição prevista pelas normas federais, conforme a visão do coordenador de saúde bucal, considerado neste estudo um informante-chave. Foi adotado esse critério a fim de identificar elementos que operam tanto como apoio como quanto barreira em municípios estruturados, buscando-se captar a perspectiva dos agentes entrevistados acerca destes elementos.

Considerou-se importante a utilização de fontes documentais, com a finalidade de colaborar para a validação de dados obtidos durante as entrevistas.

Os resultados permitiram identificar elementos que atuam como apoio e elementos que atuam como barreira à atuação do TSB na prestação direta de ações de saúde pública e de atividades clínicas.

Nas ações de saúde pública os elementos de apoio à atuação do TSB foram: os grupos operativos, o modelo de atenção e a existência de um plano de trabalho. Atuaram como barreira os seguintes elementos: a necessidade de aprimoramento das competências do TSB ligadas a atividades que estimulem a adoção das medidas de autocuidado por parte do usuário; a complexidade do trabalho no âmbito da atenção primária; a falta de definição das formas de atuar, a desmotivação do TSB, a inexistência de instrumento normativo, a falta de material educativo.

Com relação à atuação do TSB nas ações clínicas, os elementos de apoio foram: a regulamentação da profissão e definição das ações a serem desenvolvidas pelo TSB nas esferas nacional e municipal; o reconhecimento do incremento da produtividade e da qualidade do serviço gerado pela atuação do TSB nas ações clínicas; e a decisão do CD de trabalhar com o TSB no ambiente do consultório.

Como barreiras à utilização do TSB, destacaram-se: limitações de equipamento, a falta de condições técnicas, a inadequação de espaço físico nas unidades de saúde, o subdimensionamento do número de ASB; orientação emanada pela secretaria de saúde suspendendo as atividades clínicas do TSB; a falta de formação, de capacidade do CD para colocar em prática a “teoria”; a falta de confiança entre os membros da equipe; as diferentes linhas de orientação por parte das secretarias; a ausência de uma orientação mais consistente que não deixe “solto” o TSB na equipe e a inexistência de documento normativo no âmbito municipal.

Alguns achados foram mais específicos, e podem ser relacionados ao nível interpessoal. Um deles diz respeito à tomada de decisão ou iniciativa do profissional (CD6, pg. 82) para aproveitar o TSB nas atividades clínicas, mesmo em um ambiente desfavorável, onde não se dispõe de duas cadeiras odontológicas para serem utilizadas pelo CD e pelo TSB, simultaneamente.

Este achado expressa sentimento de competência por parte do CD, diante de situações adversas. Embora esse tipo de atitude esteja longe de resolver a questão específica, uma vez que problemas relacionados às características da estrutura de ambientes clínicos odontológicos requerem ações corretivas articuladas, envolvendo

unidades responsáveis pela execução orçamentária, suprimento de equipamentos/materiais, e serviços de apoio/manutenção das edificações, essa disposição por parte do CD representa importante elemento de apoio à utilização do TSB nas ações diretas em ambiente clínico.

Este sentimento de competência diz respeito aos recursos que o agente mobiliza diante de situações de trabalho cada vez mais complexas. Le Boterf (1995) situa a competência numa encruzilhada, com três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. Segundo este autor, competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.

O agir competente realiza-se pela “capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (CNE, 1999). Os valores são elementos culturais e pessoais, associados ao saber-ser, aspecto fortemente valorizado nas relações atuais de trabalho. Os conhecimentos são constituídos pelos saberes teóricos e práticos, tanto os que são transmitidos pela escola, quanto os adquiridos pela experiência. As habilidades são os saber-fazer, também mobilizados na construção das competências profissionais.

No caso do CD6, mesmo diante da complexidade do trabalho no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), declarou mobilizar recursos, e integrar saberes múltiplos, agindo com autoconfiança em sua competência.

O Ministério da Saúde propôs algumas competências específicas para os profissionais da estratégia saúde da família, além daquelas comuns a todos eles. Segundo a Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências globais podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local (BRASIL, 2006a).

Dentre as competências específicas para o CD que atua na atenção básica por meio da ESF, estão: realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e

manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e equipe de saúde da família; realizar supervisão técnica do THD e ACD.

Gontijo (2007) em sua tese de doutorado propôs um decálogo do profissional de saúde (CD) competente para atuar na Atenção Primária em Saúde (APS). A autora entrevistou 337 CD que atuavam em APS no estado de Minas Gerais. A pesquisa teve como objetivo identificar e analisar as competências gerais e específicas do CD da APS.

Dentre as competências identificadas, destacam-se: acolher o usuário; assumir posição de liderança, no trabalho em equipe multiprofissional; possuir a capacidade de autoplanejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos protocolados e validados conjuntamente com a equipe, de gerenciamento de seu tempo e espaço; promover saúde e ter postura e visão preventiva; estar sempre atualizado e ser capaz de aprender continuamente.

Entre os entrevistados, observou-se um CD, cujo discurso mostrou sentimento de competência para acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar (CD6). Sob a ótica de Gontijo, este profissional apresentou o mesmo sentimento, na medida em que, mesmo diante de um ambiente desfavorável, de uma situação complexa, identificou recursos mobilizáveis, tomou a iniciativa de compartilhar as atividades clínicas com o TSB, desenvolveu o trabalho em equipe, assumiu posição de liderança no trabalho em equipe multiprofissional.

Atitudes como essa expressam compromisso com a ESF, com a busca de soluções para colocar em prática o projeto institucional no seu ambiente de trabalho,

onde detém maior grau de governabilidade. No caso, a governabilidade se estende para a dimensão técnica do trabalho de outro profissional (o TSB). Daí a possibilidade de surgir o conflito no lugar da cooperação interprofissional.

Por outro lado, percebe-se em outros depoimentos (CD5 e CD8, p. 85-86) sentimento de incompetência, que constitui barreira para a utilização do TSB em ações diretas nas ações de assistência odontológica individual. O principal fator mencionado é a falta de condições técnicas. Como não foi relatado nenhum projeto de mudança em curso, nota-se por parte destes CD, conformismo e paralisação diante dos motivos apontados. O sentimento de frustração expresso nos depoimentos dos TSB (TSB2 e TSB5, pág. 86), a falta de capacidade para colocar em prática a “teoria” pode ensejar que no fundo há uma atitude para não trabalhar com o TSB nas ações clínicas.

Dispositivos para não colocar o projeto institucional em prática foram identificados em outro estudo, onde a falta de vínculo empregatício estável expressava um contexto muito mais adverso (CHAVES e MIRANDA, 2008). No presente estudo, ela foi identificada em um contexto onde os profissionais possuem vínculo estatutário de 40 horas de jornada semanal de trabalho, condições que embora mais favoráveis, também não asseguraram apropriação do projeto.

Quando não existe por parte do dentista, ou das administrações públicas, este compromisso com o projeto, nem sentimento de competência para utilização do TSB no atendimento clínico e nas ações de saúde pública, pode surgir o conflito interprofissional, no lugar da cooperação.

O sentimento de falta de confiança destacado no depoimento do TSB5 (pág. 88) pode ser reflexo dessa situação, aprofundando as barreiras à utilização do TSB nas ações clínicas.

Sobre este ponto Robbins (2002) afirma que:

*[...] As equipes multifuncionais representam uma forma eficaz de permitir que pessoas de diferentes áreas possam trocar informações, desenvolver novas idéias e solucionar problemas. Evidentemente, essas equipes não são nada fáceis de administrar. Seus primeiros estágios de desenvolvimento costumam ser bem trabalhosos e demorados, enquanto as pessoas aprendem a lidar com a*

*diversidade e complexidade. Leva algum tempo para que se desenvolva a confiança e o espírito de equipe, especialmente entre pessoas com diferentes históricos, experiências e perspectivas.*

Desde o estudo de Narvai et al (1990), são conhecidas as razões alegadas por segmentos da profissão no Brasil para rejeitar este tipo de pessoal e adotar uma postura de conflito interprofissional.

Mais de quinze anos depois, Linan e Bruno (2007) ao entrevistarem egressos de cursos de formação de ACD e de THD da cidade de São Paulo, observaram que, a falta de prestígio social e a baixa credibilidade e respeito profissional que lhes consagram os cirurgiões dentistas permanecem como problemas a serem enfrentados. Para o THD entrevistado, que declarou exercer a função de ACD, recepcionista, trabalho externo (ida ao banco) entre outras atividades, a maior expectativa é que o mercado de trabalho, muito restrito no âmbito do serviço público, se expanda.

Conflitos similares acontecem envolvendo diferentes categorias profissionais em vários países e não somente no Brasil, pois a participação de higienistas dentais tem se expandido por vários países.

Johnson (2009) realizou estudo sobre o perfil internacional de higiene dental em 21 países. As informações foram coletadas de associações nacionais de higienistas dentais através de cinco inquéritos realizados entre 1987 e 2006. Houve grande variação em relação à oferta, à educação, à regulação, ao comportamento da força de trabalho e à remuneração dos higienistas dentais.

Durante o período de 19 anos houve um aumento significativo na oferta, acompanhada pela melhoria da razão entre higienista-população e entre higienista-dentista. As taxas de participação da força de trabalho das higienistas dentais permaneceram altas, houve mudança e aumento do número de programas de educação do nível de bacharelado e aumento no âmbito da prática e autonomia profissional, incluindo, pra vários países, um declínio na fiscalização obrigatória do trabalho e um ligeiro aumento na prática independente.

O aumento da participação do higienistas dentais é considerado



importante para o sistema de cuidados de saúde. Por um lado, há um melhor acesso e maior eficiência técnica na prestação de cuidados essenciais de saúde oral. Por outro lado, o surgimento do higienista dental como provedor de cuidados primários e como empresário, exige novas configurações para suas práticas, uma maior colaboração no trabalho e mais vínculos efetivos entre o higienista dental e outros grupos de saúde.

A dificuldade do CD para trabalhar em equipe pode se constituir em barreira à utilização do TSB nas ações clínicas. Piancastelli et al. (2005) definem equipe como:

*[...] conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido [...].*

Através de estudo realizado em 2006, em um município da região Sul, com finalidade de analisar o processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, os autores constataram pelos depoimentos dos respondentes (CD, ACD, ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) que o CD, tradicionalmente isolado no consultório, parece não compreender seu papel como membro de uma equipe; a formação do CD gera dificuldades para o profissional, no sentido de romper com seu isolamento e integrar-se a outros membros da equipe para desenvolver ações em saúde (FACCIN et al., 2007).

Franco e Merhy (2003) fazem uma distinção entre equipe multidisciplinar e equipe interdisciplinar. Os autores compreendem a equipe multiprofissional como sendo um conjunto de trabalhadores que exercem suas atividades num mesmo espaço, de forma complementar e fragmentada, onde, apesar da proximidade, não há interação ou interpenetrações entre os saberes, ao contrário, os processos de trabalho apresentam-se “como justaposição alienada de trabalhos.

Já a equipe interdisciplinar é compreendida como:

*um grupo de agentes de saúde, articulando seus núcleos de saberes, de forma que os diversos conhecimentos plasmem o processo de trabalho e confluam para práticas criativas e compartilhadas. Deste modo, há, entre os membros da equipe interdisciplinar, co-autorias no processo de cuidar*

*das pessoas, pois os projetos de promoção, prevenção e/ou intervenção têm a tônica da integralidade, de forma cooperativa e articulada.*

Santos e Assis (2006) em estudo sobre a prática de saúde bucal em PSF de um município da Bahia, ao entrevistarem trabalhadores das ESB, os depoimentos e a observação revelaram quão distantes os entrevistados estavam de práticas interdisciplinares, possuindo uma concepção compartimentalizada do conhecimento de cada área. Embora compartilhassem o mesmo espaço de trabalho, a prática permanecia centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, gerando um desencontro dos saberes. Teixeira (2006) concorda com os autores acima ao afirmar que o modo de trabalho do CD raramente tem se inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, revelando escassa familiaridade com o trabalho em equipe.

O outro achado se refere à disposição para o trabalho compartilhado entre TSB e CD nas ações de saúde pública, evidenciado quando este afirma que, no desenvolvimento destas ações, “o CD lembra um braço e o TSB o outro” (CD1, pág. 72), constituindo-se em elemento de apoio à utilização do TSB nas ações de saúde pública.

Francischini et al (2008) ressaltam que na equipe do PSF é importante a alocação de papéis para que não haja centralização do trabalho em um só indivíduo, havendo assim complementaridade. Segundo os autores, para que este sentimento esteja presente no trabalho da equipe é necessário que haja: disposição para compartilhar objetivos, decisões, responsabilidade e resultados; clareza da importância de se construir em conjunto um plano de trabalho e definir a responsabilidade de cada membro para alcançar o objetivo; consciência da necessidade de avaliação constante dos processos e resultados; percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e de que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe.

Segundo San-Martín Rodríguez et al. (2005), a colaboração bem sucedida em equipes de saúde pode ser atribuída a numerosos fatores, incluindo os processos de trabalho nas relações interpessoais dentro da equipe (denominado de

determinantes da interação), às condições dentro da organização (os determinantes da organização) e aspectos mais gerais aos do ambiente da organização (determinantes sistêmicos). Para Drotar (2002), A colaboração interprofissional é descrita na literatura, como uma maneira eficaz, eficiente e satisfatória de oferecer os cuidados em saúde.

Os determinantes interacionais são componentes das relações interpessoais. Podem ser citados: a disponibilidade para colaborar, a confiança mútua, o respeito, a comunicação. Pelo depoimento do CD1 (pág. 73), percebe-se sua disposição para comprometer-se com o processo colaborativo. A crença nos benefícios resultantes do processo de colaboração para enfrentar a complexidade do trabalho na atenção primária favorece que ela aconteça. Todos esses aspectos configuram um habitus, conforme o conceito de Bourdieu, favorável à participação do TSB.

Segundo o autor, “habitus é um conjunto de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações” (BOURDIEU, 2003). Para o autor, este sistema de disposições duradouras que o indivíduo adquire durante o processo de socialização é uma “interiorização do exterior”, ou seja, o modo sob o qual a sociedade está depositada nas pessoas, sob a forma destas disposições e que as guiam em suas respostas às solicitações do seu meio social.

Estas disposições referem-se a atitudes, inclinações para perceber, sentir, fazer e pensar, interiorizadas pelos indivíduos. Não é uma aptidão natural, é social. É durável, mas não é estático ou eterno, pois é fruto da experiência passada e presente. Significa dizer que as práticas e representações dos agentes não são totalmente determinadas (pois estes fazem escolhas), nem totalmente livres, porque estas escolhas são orientadas pelo habitus.

Este depende da posição do agente no espaço social e condiciona, de maneira inconsciente, sua visão de mundo, seu comportamento. Mas depende também da trajetória social deste agente.

Analisando as características do CD1 e CD6, constatou-se que ambos possuem pós-graduação na área de saúde pública. A especialização nestas áreas aparece como um componente potencializador do habitus manifestado por estes agentes. É apenas sugestivo porque o habitus é determinado por um conjunto de fatores, dentre eles: as diferenças de origem, a posição que o agente ocupa no espaço social e sua trajetória social.

Esse habitus, esta disposição presente nos CD1 e CD6, foi reforçada pelas características da gestão dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), expressa pelo depoimento dos coordenadores de unidade (C2 e C3, pág. 77-78), que valorizam a realização de ações de promoção da saúde em espaços coletivos e reconhecem a importância do TSB na área de educação em saúde, valorizando suas competências nesta área (C3, C5 e C7, pág. 79).

Um estudo foi realizado por Chaves e Silva (2007), com a finalidade de analisar os meios e processos de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica, em dois municípios da Bahia, em que se buscou identificar em que medida os fatores relacionados à gestão da atenção à saúde bucal, a formação, inserção e perfil profissional influenciam as práticas desenvolvidas pelos mesmos.

De acordo com as autoras, a indução promovida pelos gestores relacionada à mudança do modelo só aparece como bem-sucedida nos casos onde o habitus do profissional tinha incorporado disposições que valorizavam o público.

Um elemento de apoio à utilização do TSB nas atividades clínicas diz respeito à disposição da coordenação da unidade de saúde para apoiar esta prática. No relato do C1 (pág.82), ele reconhece a importância do trabalho do TSB em termos de ações clínicas e ressalta o incremento da produtividade e da qualidade do atendimento ao usuário, decorrentes da atuação do TSB nas ações clínicas.

De acordo com San-MartínRodríguez et al. (2005), a colaboração interprofissional requer uma configuração organizacional favorável. Os determinantes organizacionais combinam atributos da organização, como: estrutura e filosofia, os recursos da equipe e apoio administrativo, bem como de comunicação e mecanismos de coordenação. A filosofia da organização deve apoiar a colaboração

interprofissional, valorizando a participação, a equidade, a liberdade de expressão, entre outros.

Segundo esses autores, estruturas organizacionais flexíveis e descentralizadas podem favorecer o trabalho em equipe e estabelecer espaços de tomada de decisão compartilhada, promovendo, assim, a prática colaborativa.

Não foi propósito deste estudo, fazer uma análise organizacional, tarefa que exigiria um estudo específico envolvendo a estrutura e a dinâmica organizacionais de cada município, mas captar os elementos de apoio e as barreiras relativas a este nível percebidas pelos entrevistados.

Como elementos de apoio pode-se destacar duas ordens de questões: a presença de um projeto de trabalho voltado à organização da atenção primária e aspectos indicativos da capacidade de colocá-lo em prática. Do ponto de vista do referencial teórico, a presença desses elementos no material recolhido das entrevistas (CD1, CD5, TSB4, TSB8 e C1, p. 73-74) é um indicativo dos valores incorporados pelos agentes sociais, os quais refletem a posição específica de cada um neste microcosmo ou campo, onde diferentes projetos de atenção primária estão em disputa.

Segundo Bourdieu (1996, p. 50), o social é constituído por campos, microcosmos ou espaços de relações objetivas, que possuem uma lógica própria, não reproduzida e irreduzível à lógica que rege outros campos. Ele é tanto um "campo de forças", uma estrutura que constrange os agentes nele envolvidos, quanto um "campo de lutas", em que os agentes atuam conforme suas posições relativas no campo de forças, conservando ou transformando a sua estrutura.

De acordo com o autor (1987, p. 32), "os campos são mundos, microcosmos autônomos no interior do mundo social, possuindo valores (capitais, cabedais), objetos e interesses específicos".

Para Bourdieu (1987, p. 124), "o que determina a existência de um campo e demarca seus limites são os interesses específicos, os investimentos econômicos e psicológicos que ele solicita dos agentes dotados de um habitus e as instituições nele inseridas".

Para esse autor, o campo é dinâmico e estruturado; as relações entre as diferentes instituições, corporações profissionais, grupos internos e agentes sociais que o compõem se organizam em rede. Seus membros podem assumir o papel de produtores, distribuidores, consumidores, legitimadores ou reguladores, e, a partir destas posições, produzirem capital (e disputarem poder) econômico, cultural, social e simbólico. O capital econômico é composto pelos bens econômicos e de produção, pela força de trabalho; o capital cultural, pela qualificação intelectual produzida pela família e pela educação; o capital social pelas relações sociais de indivíduos, grupos e coletividades; e o capital simbólico por um conjunto de rituais ligados à honra, ao reconhecimento, à legitimação (BONNEWITZ, 2003).

Vasconcelos (2004) afirma que há uma permanente colaboração e disputa entre instituições e agentes sociais, seja no âmbito da atividade científica ou da prática profissional. Os vários interesses econômicos, políticos e ideológicos, as diferentes visões de mundo e de ciência, os distintos posicionamentos éticos e projetos societários desembocam numa luta pelo monopólio da produção científica e pelo espaço corporativo, privativo do exercício profissional.

Pode-se pensar na constituição e consolidação da ESF como um campo de conhecimento e de práticas profissionais no setor saúde, buscando a compreensão de seus saberes, de suas práticas e das histórias das profissões nele inseridas.

Mesmo considerando que parte desses valores pode ter origem fora do âmbito da organização, admite-se que em certos espaços, ao contrário de outros, eles podem encontrar terreno fértil para se difundir e desenvolver. Neste sentido, as secretarias municipais de saúde desempenham papel extremamente relevante na definição do projeto de atenção primária a ser implementado e na criação de condições para colocá-lo em prática, que em última análise, expressam as orientações políticas mais gerais ligadas à posição que certas políticas públicas ocupam na agenda de cada governo.

Matus (1997) utilizou uma figura conceitual, o triângulo de governo, para caracterizar o ambiente do gestor público. Nos vértices do triângulo estão: o projeto de governo; a capacidade de governo e a governabilidade.

O projeto do ator, ou projeto de governo, é o plano que expressa a direção que o ator pretende imprimir à administração. Este atua apontando uma direção, representada por seu projeto.

Neste estudo, o projeto de governo diz respeito à atenção primária em saúde, com foco na estratégia saúde da família como modelo de reorganização das práticas nesse nível de atenção.

A capacidade de governo é a competência na condução dos processos, referindo-se ao conjunto de técnicas, métodos, habilidades e experiências de um ator e sua equipe, para conduzir o processo social, levando em conta sua governabilidade e o projeto de governo. Expressa a perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta. Refere-se à capacidade de condução ou direção que se acumula na pessoa do líder, em sua equipe de governo e na organização que dirige, sendo sinônimo de perícia para realizar um projeto.

A governabilidade demonstra o potencial de articulação com os agentes envolvidos nos âmbitos interno e externo. Expressa o poder de um ator para realizar seu projeto.

Os atores precisam saber governar e dispor de ferramentas para isso. Em cada nível de governo há necessidade de uma caixa de ferramentas adequadas a seu projeto e a sua governabilidade, contendo saberes e procedimentos de como as coisas devem ser feitas. A caixa de ferramentas dos gestores em saúde deve conter tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho (MERHY, 2002, p. 159).

Em vários discursos (CD1, CD2, TSB1 e TSB2, p.75-76), (CD1, CD5, TSB4, TSB8 e C1 pág. 73-74), o plano de trabalho foi um forte elemento de apoio à utilização do TSB nas ações de saúde bucal. Ele pode ser útil para orientar a programação das atividades coletivas que serão desenvolvidas pelo TSB, apoiado por instrumento normativo que por sua vez, orienta a atuação dos profissionais nas ESB.

Isto foi valorizado por alguns coordenadores (C1 e C6, p.76), cujo discurso é indicativo da capacidade de governo (experiência, liderança, conhecimentos) diante do projeto escolhido, que incluía a promoção da saúde em

espaços coletivos, o reconhecimento da importância do TSB na realização de ações diretas mais simples e a necessidade de um maior número de TSB nos serviços (C2 e C3, p. 77-78), e a valorização das competências na área de educação em saúde (C3, C5 e C7, p. 79). A importância de se construir em conjunto um plano de trabalho e definir a responsabilidade de cada membro para alcançar o objetivo proposto foi destacada também por Francischini et al (2008).

A visão do coordenador, em certa medida, expressa a orientação institucional. Em algumas entrevistas foi nítida a valorização da relação dos profissionais da equipe de saúde bucal com as famílias (C1, p.74), e a importância atribuída ao instrumento normativo para orientar a atuação desses profissionais (C1, C6; p.76).

De acordo com Mendes (1996) existem diferentes interpretações sobre atenção primária, ligadas à trajetória histórica de como esse conceito foi gerado, de como evoluiu e pela ambigüidade das definições estabelecidas em fóruns internacionais em relação ao termo. Essas interpretações variam de: Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade.

Nos países do terceiro mundo, pode predominar a interpretação da Atenção Primária à Saúde como um programa específico para os marginalizados e excluídos, materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva, destinada às populações pobres.

No Brasil, a política de atenção primária desponta na agenda de prioridades do governo como estratégia de reestruturação do modelo de atenção a partir de 1990.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) alcançou status de política nacional e passou a priorizar as áreas de maior risco social. O fato de o gestor nacional ter assumido o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PSF



como política nacional deu início a um processo de construção de uma institucionalidade no âmbito federal, como também nos contextos estaduais e municipais, o que proporcionou mais visibilidade à própria política e garantiu também maior adesão de outros grupos e atores interessados no desenvolvimento das políticas de saúde no âmbito local nos moldes de uma atenção básica.

Entretanto, ela ganha maior plenitude somente a partir de 2006 quando é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde visando “revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil” (BRASIL, 2006a), considerando o PSF como “a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica”, mantendo a ênfase na priorização da atenção básica tendo como eixo estratégico o PSF (BORGES E BATISTA, 2010).

Os resultados desta pesquisa mostraram que o TSB tem uma atuação mais próxima ao modelo onde os profissionais compartilham uma percepção mais “robusta” da APS, que compreende os seus fundamentos e princípios ordenadores.

Nas situações mais afastadas do modelo, as perspectivas apresentadas no discurso dos entrevistados, desvelam falta de definição das formas de atuar, de material educativo e de instrumento normativo, além de limitações de equipamentos, de espaço físico e subdimensionamento do número de auxiliares e técnicos. São situações, no nível organizacional, que representam barreiras à atuação do TSB.

Campos (2002) propõe aproximar os profissionais do resultado de seu trabalho, por intermédio do envolvimento de todos os participantes de uma equipe com o funcionamento de um programa dentro da sua instituição. Desta forma, o profissional adquire estímulo e responsabilidade pelo objeto final de sua intervenção.

Dentre os princípios ordenadores da APS estão: a longitudinalidade e a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). A longitudinalidade é o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde, podendo ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde, e a continuidade significa oferta regular dos serviços; a coordenação relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção, quando necessário.

A estratégia saúde da família é utilizada para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, privilegiando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua.

Em alguns discursos (CD1, CD2 e TSB1, p. 75), houve indicações que revelam a existência de mudanças em curso no modelo de atenção em saúde bucal. O modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), baseado no sistema incremental, que tinha por foco, entre outros aspectos, o tratamento das necessidades acumuladas da população escolar de menor idade ou ingressante na escola, tem sido substituído por um modelo onde a população-alvo é representada por todos os escolares da escola assistida segundo critérios de atividade de doença e/ou de risco biológico e social. Isto é bastante significativo e expressa um esforço organizacional para implementar essas mudanças. Pelo depoimento do TSB1 (p. 75) percebe-se que este esforço pela organização reflete diretamente na participação do TSB na equipe, que passa a ter uma atuação mais próxima ao modelo.

Segundo Sousa (2000), o PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência, assumindo o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo de maneira apropriada.

O trabalho no âmbito da atenção primária é complexo e apresenta desafios. O estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias na ESF auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente e a busca da satisfação das necessidades de saúde (OLIVEIRA e SPIRI, 2006). Mas a falta de apoio para o trabalho na ESF pode gerar sentimentos de impotência e sofrimento psíquico, destacados nos depoimentos do TSB1 e TSB5 (p. 80), podendo se constituir em barreira para utilização do TSB.

Bagatini et al. (2006) realizaram estudo com profissionais da ESF, com o objetivo de compreender seu possível sofrimento psíquico na perspectiva do cuidado do cuidador. Segundo esses autores, estar em contato direto com os problemas das pessoas, os quais muitas vezes extrapolam suas áreas de competência e atuação, pode desencadear a sensação de impotência e aumentar a vulnerabilidade frente ao sofrimento psíquico.

Nesse estudo, a falta de capacitação para a equipe de Saúde da Família é ressaltada no grupo focal como desresponsabilização do Estado para com esses profissionais. Entende-se que a capacitação do trabalhador faz parte da produção qualitativa em saúde, na medida em que diz respeito a sua formação para lidar com os desafios cotidianos no trabalho. Não se pode colocar todas as expectativas relacionadas ao trabalho em PSF na questão da capacitação, visto que a produção da saúde ocorre pela corresponsabilização entre os vários atores sociais envolvidos no processo. Os profissionais citaram algumas estratégias de enfrentamento às situações que lhes causam sofrimento. Ouvir o trabalhador consiste na primeira tarefa de quem tem a intenção de ajudá-lo. Eles identificam a necessidade de contar com alguém que fizesse a interlocução, um líder que atuasse como mediador (o “termômetro”) da situação. Eles relataram experiências positivas de enfrentamento do sofrimento. Porém, pensa-se que devem estar relacionadas ao coletivo.

Quanto às estratégias coletivas, os trabalhadores ressaltaram o aspecto positivo dos momentos de lazer, descontração e relaxamento no ambiente de trabalho, quando comemoram aniversários, conversam, elogiam uns aos outros, aprendem a conhecer e respeitar o jeito de cada um, compartilham fotografias, entre outras coisas. Nesse sentido, percebe-se que a valorização e o desenvolvimento das potencialidades do sujeito deve ser uma das metas do trabalho no PSF.

Nesta pesquisa, diante da complexidade do trabalho no âmbito da atenção primária, uma das equipes buscou estratégias de superação, onde, por iniciativa interprofissional (uma dentista e uma auxiliar), foi criado um grupo de ajuda mútua, com enfoque na motivação e na melhora da autoestima do profissional da ESF. Este grupo depois de criado, passou a ter o apoio da coordenação da unidade (C1, p. 80).

Mas até onde foi possível perceber, trata-se de iniciativa isolada, não institucionalizada. Durante as entrevistas, não foram identificadas iniciativas organizacionais para apoiar os trabalhadores diante do desgaste psíquico decorrente da complexidade do trabalho na atenção primária.

Os relatos do TSB1 e TSB5 (p.79-80) denotam também um sentimento de falta de ações de apoio ao trabalho do TSB na área de educação em saúde, visando ao aprimoramento das competências do TSB ligadas a atividades que estimulem a adoção das medidas de autocuidado por parte do usuário. A inexistência destas ações de apoio pode se constituir em barreira para atuação do TSB nas ações de saúde pública.

A importância do desenvolvimento de competências na área de educação em saúde pelo TSB é destacada nas falas dos coordenadores, tanto os da esfera local, quanto distrital (C2 e C3, p. 77-78; C5 e C7, p. 79).

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), a busca da autonomia dos cidadãos é um dos requisitos das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Concorda com isto Campos (2002) ao afirmar que os serviços de saúde que pretendam se responsabilizar, de fato, pelos problemas de saúde, devem ter, por base, a ampliação do que ele denomina "coeficiente de autonomia" dos sujeitos-usuários.

Uma atribuição básica da ESF inclui a promoção da qualidade de vida e a contribuição para que o meio ambiente se torne mais saudável, o que exige da equipe, competências na área de educação em saúde.

Para Ferreira et al. (2004), os entraves à implantação das práticas de educação para a saúde podem transcender obstáculos importantes, como a receptividade dos educandos e as habilidades dos profissionais da área de saúde em persuadir as pessoas para que elas se motivem a adotar um estilo de vida mais saudável. A discussão sobre educação em saúde pode envolver uma reflexão sobre a origem das desigualdades sociais, o desenvolvimento da cidadania e a participação

política, objetivando reduzir a exclusão social.

Segundo Barbosa e Lima (1996), a baixa capacidade gerencial dos profissionais, associada ao sucateamento dos equipamentos e à desqualificação dos recursos humanos, agrava a precariedade do atendimento prestado nos serviços públicos de saúde. É necessária aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento da capacidade de análise e de ação, aprimoramento de práticas e determinação para alcançar resultados. Investir no gerenciamento das unidades básicas de saúde levará o sistema de saúde a dar passos importantíssimos rumo à melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Dussalt (1992) afirma que para desenvolver a competência gerencial deve-se agir em três dimensões: no nível do saber ou dos conhecimentos, compreendendo as teorias, os conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção e as organizações; no nível do saber-fazer, que se dá pela capacidade pessoal em utilizar situações, sabendo diagnosticar problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho e gerir o pessoal; e, por último, no nível do saber-ser ou das atitudes, que compreende abertura de espírito, sentido ético, empatia e pragmatismo.

Para Santana (1999), ao passar pela questão da gerência, faz-se necessária a discussão e implementação de medidas que levem em consideração: o reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização, implicando, no âmbito organizacional, a prática da administração participativa e, em termos de processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e iniciativa do trabalhador, substituindo o controle da gerência no desempenho de atividades programadas, pela responsabilização para com os objetivos e práticas institucionais; efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, demandando ações e iniciativas por parte dos gestores, situadas no campo da negociação com as estruturas do Estado e das organizações corporativas desses trabalhadores.

Campos (2003) discute a importância do papel gerencial nas equipes, porém sua perspectiva é a de que haja uma horizontalização no processo de

supervisão/acompanhamento. Para o autor, há que se criar equipes apoiadoras que compreendam e exerçam um papel interativo, reconhecendo os limites e as potencialidades, para possibilitar articulação entre os sujeitos e envolvê-los no planejamento de suas atividades.

Segundo Matus (1997), a capacidade de governo é determinada pela competência técnica e a disponibilidade dos recursos necessários, sendo este último tudo o que for preciso para o êxito da aposta do ator: dinheiro, conhecimento, organização, trabalhadores, comunicação, entre outros.

As limitações de equipamento, a inadequação de espaço físico nas unidades de saúde, o subdimensionamento do número de ASB nas equipes, presentes em alguns discursos, (CD5, CD7, TSB5, TSB7 e C6, p. 84-85) caracterizaram a falta de capacidade da direção da unidade de saúde de implementar, em nível local, o projeto de governo.

Como dizem Almeida e Mishima (2001), a saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, onde haja interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

O envolvimento de todos os participantes da equipe com o funcionamento de um programa dentro da sua instituição, proposto por Campos (2002), imprime direcionalidade das ações (projeto) e exige capacidade gerencial para operacionalizar a proposta de governo.

Outras barreiras à utilização do TSB nas ações diretas de assistência são: existência de diferentes linhas de orientação num mesmo espaço organizacional (expresso pela suspensão temporária da atuação clínica do TSB, segundo entrevistado, por orientação da SMS); ausência de uma orientação mais consistente (deixando o TSB “solto”); inexistência de documento normativo na esfera municipal, e a falta de apoio do órgão de fiscalização do exercício profissional, mencionadas pelos TSB2 e TSB4 (p. 86). A falta de ações de educação permanente para capacitar o CD que se sente despreparado para trabalhar com o TSB, também foi identificada

como barreira à utilização desse profissional nas ações clínicas, conforme depoimento do CD5 (p. 86).

A educação permanente em saúde pode ser definida como um processo de atualização das práticas do cotidiano de trabalho, no qual se envolvem equipes de saúde, gestores e instituições (CECCIM, 2005).

Em estudo realizado por Cruz et al (2009) sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal na ESF, um dos pontos do questionário aplicado a 196 trabalhadores (dentre CD, TSB e ASB) diz respeito à educação permanente dos mesmos, onde se observou que a maior fonte de atualização dos profissionais de saúde bucal da ESF foram cursos e/ou palestras com duração de 12 horas ou mais. Não se pode deixar de reconhecer a importância dos cursos ofertados pelo gestor municipal na busca da melhoria da resolutividade da atenção; mas estes parecem insuficientes e dão maior ênfase aos temas relacionados ao diagnóstico e a terapia. Maior investimento em capacitação e sensibilização da equipe em temas diretamente relacionados à saúde coletiva e à ESF deveria merecer maior atenção por parte dos níveis decisórios institucionais.

Segundo estes autores, o acesso da equipe aos conhecimentos fundamentais na área de saúde bucal coletiva, conhecimentos essenciais ao melhor desenvolvimento da estratégia da atenção familiar devem ser priorizados, ao lado das atividades voltadas ao desenvolvimento de habilidades clínicas. A busca de conhecimentos, por meio de incentivo e facilitação do acesso aos meios pedagógicos disponíveis (livros, periódicos, revistas, meios eletrônicos, cursos e palestras, entre outros), deve estar incluída no aperfeiçoamento, capacitação e educação permanente dos profissionais das ESB inseridos na estratégia saúde da família.

Vale a pena aqui discutir um pouco sobre os conceitos de educação continuada e educação permanente em saúde, por vezes usados erroneamente como sinônimos, na área da saúde.

A Educação Continuada surgiu como uma estratégia para atualizar os profissionais de saúde, para que estes pudessem exercer suas funções com melhor desempenho. Visa à atualização de conhecimentos específicos. Em 1978, a

Organização Pan-Americana da Saúde conceituava a Educação Continuada como um processo permanente que se iniciava após a formação básica e buscava atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais. Por se constituir num processo esporádico e por visar apenas à atualização técnica por meio da transmissão de conhecimentos, entre outros aspectos, foi alvo de muitas críticas.

A educação permanente em saúde constitui-se num dos pilares para a construção de práticas inovadoras para a gestão democrática do sistema e para a configuração de práticas de saúde capazes de aproximar o SUS do objetivo de ofertar atenção de saúde integral e de qualidade para todos os brasileiros (BRASIL, 2004c). Visa à transformação das práticas.

Para Merhy et al (2006), a condição indispensável para que uma pessoa ou organização decida transformar ou incorporar novos elementos à sua prática é através da percepção de que a maneira atual de fazer ou de pensar não está sendo suficiente ou satisfatória, para dar conta dos desafios de seu trabalho.

Para esses autores, os processos educativos devem ser construídos a partir da realidade dos trabalhadores, de suas concepções e relações de trabalho.

Deve acontecer a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, é centrada na resolução de problemas, é um processo contínuo e visa à transformação das práticas. Ela se insere de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre trabalhadores, gestores e instituições de ensino para o desenvolvimento institucional e individual. Um de seus desafios consiste em inscrever na agenda de gestores a prioridade dos processos educacionais nas redes de serviços de saúde.

A educação, para ser completa, não pode se limitar à transmissão de informações. A garantia da competência profissional exige não só a aquisição de conhecimentos, mas também o desenvolvimento de habilidades e de atitudes apropriadas a cada categoria profissional (DUSSAULT, 1992). Dessa forma, o raciocínio crítico, a sensibilidade humana, a conduta ética, a capacidade de adaptar-



se a novas situações, de se comunicar e de liderar são habilidades e atitudes fundamentais em um profissional de saúde.

As organizações dependem do empenho de seus integrantes. Em se tratando de organizações de saúde isso se aplica de modo radical, pois utilizando as expressões do autor, “são organizações profissionais, nas quais o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”.

Os trabalhadores profissionais podem ser responsáveis por muitas decisões e tendem a preservar, com todo o zelo, os limites de autonomia possível em cada ato de seu trabalho. São trabalhadores diferenciados, particularmente pelo fato de que o próprio exercício das suas competências exige que disponham de um certo grau de independência. Nenhum superior hierárquico pode impor ao profissional uma conduta determinada. O chefe do serviço, por exemplo, não pode dizer ao nutricionista que dieta adotar para o paciente, porém o nutricionista deve agir de modo justificado.

Em certas organizações o que se observa é que os decisores (os gestores e gerentes) têm pouco poder sobre o trabalho dos produtores de serviços (os profissionais de saúde), os quais, devido ao monopólio do conhecimento e as competências adquiridas, definem as características do processo de trabalho sem considerar, na maioria das vezes, como um desdobramento da missão e dos objetivos da organização.

De modo geral, cada indivíduo trabalha de maneira autônoma, com relativa margem de controle sobre seu próprio trabalho. O gerente de unidade de saúde e os colegas têm poucas possibilidades de impor uma conduta determinada a um dos seus pares.

A produtividade da força de trabalho é freqüentemente, baixa. As causas dessa baixa produtividade são muitas. Em geral, o trabalho é organizado de modo ineficiente: estratégias como o trabalho em equipe, o uso sistemático de auxiliares e a delegação de tarefas são pouco utilizadas. Dificuldades na manutenção de equipamentos, ausência de supervisão, planejamento inadequado e falhas nos

sistemas de suprimentos também contribuem para a reduzida produtividade, aspectos presentes no material discursivo (TSB2 e TSB8, p.84).

Baseados nisso é que Merhy et al. (2006) afirmam que o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois está embasado na relação entre pessoas em todas as fases de sua realização, estando portanto, sempre sujeito à vontade do trabalhador, em seu espaço autônomo e privado, de concretização das práticas.

O único controle a que os profissionais admitem se submeter é o exercido por entidades corporativas (Conselhos Federais e Regionais das profissões), cujos representantes foram escolhidos por eles, sendo que esse controle limitado a aspectos éticos, através de um Código de Ética elaborado pela própria profissão e que visa proteger os usuários e os próprios profissionais.

A Constituição Federal em seu artigo 22, inciso XVI estabelece competência privativa à União para legislar sobre a organização das profissões (BRASIL, 1988). Entretanto, a regulação destas tem obedecido mais aos interesses de reserva de mercado e preservação de jurisdição das categorias profissionais. As iniciativas legislativas reproduzem, na maioria das vezes, resoluções internas dos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional, sem observar as necessidades do SUS, prevalecendo os interesses corporativos (BRASIL, 2006b).

Uma das características do atual regime regulatório brasileiro é a existência de uma legislação que preserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, que muitas vezes extrapolam seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde. Sendo assim, é fundamental um Estado presente e atuante no papel de gestor e regulador do trabalho em saúde (BRASIL, 2006b).

Se ao olhar para dentro das organizações é reconhecido que elas dependem do empenho de seus integrantes, ao olhar para fora, observa-se que as organizações não estão isoladas completamente umas das outras. Elas podem interagir e frequentemente compartilham características do ambiente ou sistema de ação social.

A divisão técnica do trabalho e a cooperação interprofissional são exigências crescentes para elevar a resposta dos sistemas de saúde. O pessoal mais qualificado deverá estar mais concentrado naquelas atividades que necessitam de habilidades elevadas, delegando outras ações para o pessoal com nível de formação mais simples.

Em 2005 foi realizado um estudo na Noruega, com o objetivo de investigar as atitudes dos CD e higienistas dentais para a política do país de delegar mais trabalho do CD para as higienistas. Os resultados mostraram que os CD gastaram apenas metade de suas horas de trabalho em serviços complexos, ou seja, tarefas que apenas os CD são capazes de realizar, apesar de 60% dos entrevistados responderem que desejavam delegar mais tarefas às higienistas dentais. Os resultados sugerem que não haverá mudanças na divisão de trabalho entre CD e higienistas dentais na Noruega, se os CD forem responsáveis por tomarem iniciativas nesse sentido (ABELSEN e OLSEN, 2008).

Nesta pesquisa, a divisão de tarefas foi destacada nos relatos de alguns coordenadores de unidade de saúde entrevistados, onde esses reconhecem a importância do TSB na realização de ações diretas mais simples, liberando o cirurgião-dentista para as atividades mais complexas (C2 e C3, p.77-78).

Emergiram também aspectos que refletem a influência de determinantes sistêmicos nas disposições e perspectivas presentes nos discursos dos agentes com relação à participação dos TSB.

A falta de exercício das competências atribuídas ao TSB mencionada em algumas entrevistas foi associada ao respaldo insuficiente oferecido pelo órgão de fiscalização do exercício profissional (TSB2 e TSB4 p.87).

De fato, “apesar de o então Conselho Federal de Educação ter autorizado a formação de ACD e THD em 1975, apenas nove anos depois, em 1984, o Conselho Federal de Odontologia aprovou a Decisão 26/84, disciplinando o exercício dessas profissões no Brasil”, definindo normas para a habilitação ao exercício de ACD e THD. No artigo 22, inciso XVI da Constituição Federal consta que: “compete

privativamente à União legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões”.

Segundo Linan e Bruno (2007), é importante se definir um referencial do dia-a-dia para os trabalhadores da saúde bucal. Isso exige o esforço de construção de uma identidade, por meio de uma ação reguladora institucional, pois as novas tecnologias, o aumento da complexidade organizacional, o crescimento das demandas sociais, tudo isso reforça a necessidade da profissionalização através da regulamentação dos campos de atuação profissional.

A regulamentação da profissão de TSB, com a definição das ações a serem desenvolvidas por este profissional no âmbito nacional, ocorrida em dezembro de 2008 (BRASIL, 2008) foi encarada de maneira positiva pelos entrevistados, constituindo-se em elemento de apoio à utilização do TSB (CD6, p.81; C2, p.88).

Como consequência seis meses depois da sanção presidencial da Lei, o órgão de exercício profissional atualizou a Resolução 63/2005, incorporando na íntegra o texto aprovado que se refere, entre outros pontos, às competências do TSB.

Assim, se de um lado, a regulamentação da profissão do TSB pode ter pacificado, pelo menos no momento, alguns dos embates no campo do sistema de profissões, e apontado uma nova perspectiva no campo da regulação do trabalho, os resultados do presente estudo mostraram que permanecem resistências e conflitos tanto no nível das organizações como das disposições dos agentes que explicam a ampla variação na utilização do TSB documentada em alguns estudos no país.

A regulamentação da profissão de ASB e TSB se deu em um cenário onde depoimentos de representantes de organizações no âmbito da odontologia, vindos a público, destacaram ampla disputa no campo das profissões, a exemplo do representante da FNO e membro do Conselho Nacional de Representantes da ABCD, que expressou sua opinião favorável à regulamentação da profissão de THD e ACD (p. 36), desde que a realização de raspagem de tártaro e a inserção, escultura, condensação e polimento de restaurações fossem mantidas como tarefas exclusivas do CD.

A Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Funcional (ABOR), em 2006, através de revista da entidade, posicionou-se em relação à regulamentação de THD e ACD, considerando louvável a proposta de utilização da mão-de-obra das THD's e ACD's, mas ressaltando a existência da força de trabalho de um grande excedente de Cirurgiões-Dentistas, profissão devidamente regulamentada pelo CFO (p. 36).

Por outro lado, a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), em 2006 expressou seu posicionamento contra o último substitutivo que restringe as ações do THD, afirmando que “a argumentação que questiona a “capacidade técnica” de um THD realizar as atividades de remoção de biofilme e de cálculo dentário e de participar do processo de restauração dentária está defasada em pelo menos meio século” (p.37).

Para Narvai et al (1990), grande parte das críticas referentes às competências do THD e do ACD são devidas ao “desconhecimento dos dispositivos legais já existentes e que deveriam disciplinar o trabalho de equipes de saúde bucal sob comando, coordenação e controle do CD”. Narvai e Frazão (1999) afirmam que, somado a esse desconhecimento dos dispositivos legais, a principal polêmica dos cirurgiões-dentistas em relação ao THD diz respeito à reserva de mercado. Mais uma vez evidencia-se a disputa no campo das profissões no âmbito da odontologia.

Neste campo, os trabalhadores lutam entre si por um espaço exclusivo de prática e por jurisdição. O sistema de profissões possui certas regras de funcionamento que tenta proteger os membros, ampliar as jurisdições de suas práticas, aumentar o status da profissão.

Segundo Abbot (1988), o estudo das profissões deve centrar-se nas jurisdições; as disputas, os conflitos e a competição em áreas jurisdicionais constituem a dinâmica de desenvolvimento profissional; as profissões existem não como entidades isoladas e sim, no conjunto do sistema ocupacional, pelo que, sua abordagem deve considerar o sistema de interdependência nas relações entre os grupos profissionais; o principal recurso na disputa jurisdicional e a característica que melhor define a profissão é o conhecimento abstrato, que confere sobrevivência,

pois só um sistema de conhecimento abstrato permite redefinir e dimensionar novos problemas e tarefas.

Linan e Bruno afirmam em seu estudo (2007) que a falta de prestígio social aliada à baixa credibilidade e respeito profissional atribuídas pelos dentistas aos auxiliares da área de odontologia persistem como problemas a serem enfrentados. A falta de legitimidade profissional faz com que os auxiliares da odontologia fiquem à mercê das oscilações do mercado de trabalho e das políticas de saúde.

Segundo as autoras, duas questões polêmicas apareceram durante a pesquisa: uma é a inclusão legal dos auxiliares no trabalho odontológico; a outra diz respeito à sua rejeição por alguns profissionais da saúde, que vêm na luta desses trabalhadores pelo seu reconhecimento profissional uma ‘conspiração’ e forte ameaça à integridade da profissão.

Elas afirmam que a profissão de cirurgião-dentista não existe isoladamente, requer a força de trabalho de auxiliares e técnicos. Estes, por sua vez, se organizam em torno da autoridade que define e supervisiona suas atribuições. Mesmo que consigam a regulamentação que buscam, continuarão subordinados ao cirurgião-dentista. Dessa forma, não se entende a razão pela qual muitos dentistas se sentem ameaçados pela regulamentação do trabalho dos auxiliares.

Na verdade, as ameaças derivam da perda relativa do monopólio de um saber específico, pois dado o aumento dos níveis de educação escolar por parte de segmentos expressivos da população, estes começam a questionar diagnósticos, formas de tratamento, ao mesmo tempo em que aumentam os níveis de exigência dos usuários dos serviços odontológicos e crescem os grupos de proteção ao consumidor. Esses elementos resultam, muitas vezes, na perda de confiança nos profissionais e na queda do prestígio que cercavam as profissões até recentemente.

Segundo Adams (2004), o conflito interprofissional é moldado pelos esforços de grupos de trabalho para atingir ou manter o status profissional e a autoridade. Ele pode se dar em um ambiente de trabalho, quando as atividades de uma profissão podem ser afetadas pelas atividades de outra.

Os resultados deste estudo refletem um campo de disputas que ocorrem dentro do campo das profissões (TSB2, p. 84; TSB2 e TSB4, p. 87 e TSB5, p. 88), quando são destacados nos depoimentos aspectos como: o deslocamento do TSB para a realização de atividades não previstas dentro de suas atribuições; a falta de respaldo da secretaria municipal e do CRO com relação às atividades clínicas a serem realizadas pelo TSB; o apelo do TSB a favor da delegação de funções, como um pedido de voto de confiança.

Aliado a isso existe o fato de que os trabalhadores do SUS não têm muita oportunidade de realizar cursos de formação técnica em saúde bucal; existem poucas escolas públicas no país que ofertam esse tipo de formação, o que acarreta conflitos também no campo da educação. Estes campos de disputas geram consequências na prestação de serviços no âmbito dos sistemas locais de saúde.

A compreensão desses aspectos é importante para a gestão do trabalho e da educação na saúde, e as reflexões produzidas neste estudo podem contribuir tanto para a condução do trabalho em nível de atenção primária, como para a participação do TSB na estratégia saúde da família.

A despeito desses aspectos, aponta-se como limitação do estudo dificuldades inerentes às pesquisas que se valem de entrevistas. É reconhecido que elas não oferecem dados sobre o que os sujeitos fazem, mas sim sobre o que eles relatam sobre uma determinada questão, e principalmente, de que modo relatam, o que pode ser muito importante para a compreensão do significado que certa questão assume para determinado entrevistado.

Entende-se que em alguns casos, maior reflexão de alguns pontos abordados nas entrevistas poderia ser obtida se houvesse uma maior disponibilidade de tempo por parte do entrevistado ou se, no planejamento da pesquisa, tivesse sido previsto recurso para o retorno do entrevistador e a continuidade da entrevista. Outra limitação diz respeito à seleção dos municípios. É possível que outros determinantes, de natureza interacional, organizacional e sistêmica, pudessem ser identificados, se houvesse a participação de sujeitos vinculados a municípios de estrutura incipiente.

No que pesem esses pontos, admite-se algum grau de generalização para os resultados apresentados, restrito aos municípios relativamente bem estruturados do sistema, onde o contexto e as condições de trabalho tendem a ser similares.

A seleção de entrevistados, de semelhante regime, jornada e tipo de trabalho dentro do sistema de saúde, em diferentes pontos do país contribui, em algum grau, para que os elementos de apoio e as barreiras identificadas sejam examinadas menos, como um evento particular relacionado estritamente aos sujeitos ou às organizações a que estão afiliados, e mais, como um relevante problema de cooperação interprofissional no campo da gestão do trabalho que diz respeito às equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família e que deve ser considerado na agenda dos responsáveis pela gestão dos serviços de atenção à saúde.



## 7 CONCLUSÕES

Diferenças significativas nas formas de atuar do TSB nas equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família foram observadas em municípios estruturados. Segundo os entrevistados, parte dessas diferenças pode ser explicada por características de cada instituição, pelos diferentes projetos de governo existentes nas mesmas, por características ligadas aos sistemas locais de saúde e por disposições internas (*habitus*), ligadas aos diversos agentes sociais que compõem cada equipe.

Com relação aos instrumentos normativos, foram identificados em três municípios, protocolos de saúde bucal, contendo, dentre outros aspectos, os princípios norteadores das ações das ESB e as atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal na ESF, sendo os mesmos citados durante as entrevistas. Em um dos municípios, ele foi considerado um instrumento de gestão da clínica. Um dos documentos estava sendo revisado, segundo informações da coordenação de saúde bucal. Somente em um dos municípios visitados não se identificou a existência de instrumento normativo para as ações de saúde bucal, nem durante as entrevistas houve menção sobre a existência do mesmo.

A análise das entrevistas gerou um quadro discursivo no qual se destaca heterogeneidade na visão sobre a participação do TSB na ESF observando-se percepções que traduzem disposições favoráveis e desfavoráveis a sua participação.

Como elementos de apoio à utilização do TSB foram destacados na perspectiva do CD aspectos ligados à visão de equipe de trabalho, a complementaridade, a continuidade das ações, a existência de um plano de trabalho, o indicativo de mudanças no modelo de atenção em saúde bucal, a preocupação com os resultados do trabalho, a regulamentação da profissão. Na perspectiva do TSB destacam-se pontos relacionados ao compromisso com a saúde da população, vínculo com a família, plano de trabalho, mudança em curso no modelo de atenção em saúde bucal. No discurso dos coordenadores emergiram aspectos ligados ao vínculo com as

famílias assistidas, existência de instrumento normativo para as ações do TSB na ESB, crença de que a atuação do TSB nas ações mais simples possa liberar o CD para outras atividades mais complexas, entre outros pontos relativos às competências na área de educação em saúde e à regulamentação da profissão de TSB.

Nos relatos do TSB destacam-se os seguintes aspectos: o compromisso com a saúde da população, o vínculo com a família, o plano de trabalho, o indicativo de mudança no modelo de atenção em saúde bucal.

No âmbito interpessoal, as principais barreiras para a participação do TSB foram relacionadas ao sentimento de incompetência do CD para supervisionar sua atividade, combinado à reduzida disposição para o trabalho compartilhado. Em se tratando de organização, destacou-se a falta de clareza quanto ao projeto de trabalho proposto para a ESB na ESF, a incapacidade para colocá-lo em prática combinado à inexistência de ações de apoio voltadas à superação dos nós críticos. No âmbito mais geral (sistêmico), embora a regulamentação da profissão tenha representado um expressivo elemento de apoio para sua atuação, as entrevistas refletiram as disputas de diferentes projetos para esse profissional no sistema de educação e no sistema de profissões.

É preciso identificar as barreiras que se contrapõem à atuação do TSB nas equipes de saúde bucal e seus determinantes, buscando superá-las, com vistas ao desenvolvimento de cooperação interprofissional e à atuação plena do TSB na ESF, a fim de que o mesmo contribua para a ampliação do acesso da população às ações de saúde bucal, de caráter individual e coletivo.

As informações produzidas neste estudo ajudam a compreender algumas das perspectivas que orientam a conduta dos agentes envolvidos na participação do TSB nessas equipes e apontam alguns desafios que perpassam pela formação desse profissional, sua inserção na ESB da estratégia saúde da família e o desenvolvimento de condições para a plenitude de sua prática. Foram apontados determinantes interacionais, organizacionais e sistêmicos, cuja compreensão pode auxiliar a condução do trabalho nas unidades de atenção primária.

## 8 REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. **The system of professions: an essay on the division of expert labour.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

ABELSEN, B.; OLSEN, J. A. Task division between dentists and dental hygienists in Norway. **Community Dentistry and Oral Epidemiology.** Volume 36, Issue 6. p. 558-566. 2008.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL. ABOR participa de audiência pública que discute regulamentação da profissão de auxiliares. **Revista Gazeta.** Ano 7, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.abor.org.br/gazetas>>. Acesso em: 30 ago. 2007.

BAGATINI, T.; SELLI, L.; RIVERO, N. O sofrimento psíquico do profissional de saúde na perspectiva do cuidado. **Bioética**, v. 14, n. 2, p. 193-217, 2006.

BARBOSA, P. R.; LIMA, S. M. L. Gestão em saúde: bases para maior eficiência e eficácia. **Rev Espaço Saúde**, v. 5, n. 5, p. 5-12. 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro Lisboa: Edições 70, 2006.

BEZERRA, L. A. M. L. **Novas formas de flexibilização dos regimes de trabalho no setor público:** um estudo de caso do programa de saúde da família em Araruna em 2003. Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Administração. 2007. Disponível em: <<http://www.admpg.com.br/2007/anais/2004/artigos/T03-19.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2010.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciencias sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.** v. 2, n. 3, jan./jul. p. 68-80. 2005. Disponível em: <<http://www.emtese.ufsc.br>> Acesso em: 4 ago. 2009.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

BORGES, C. F. B.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Revista Trabalho, Educação**

e **Saúde** v. 8. n. 1, mar./jun. 2010.

BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo: Editora do Instituto de Saúde (Série Tendências e Perspectivas em Saúde 1). v. 1, 94 p. 1994.

BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983a.

BOURDIEU, P. O campo científico e esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz, R. (Org.) **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983b (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 39)

BOURDIEU, P. **Choses Dites**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1987.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In.: ORTIZ, R. (Org). **A sociologia de Pierre Bourdieu**. P. 39 – 72. São Paulo: Olho d'Água, 2003.

BOURDIEU, P. Entrevista a Yvette Delsault: sobre o espírito da pesquisa. **Tempo Social**, v. 17, n. 1, p. 175-210, jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação federal do setor saúde: consultoria jurídica**. 3. ed. Brasília, D.F.,1978. V. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_3/constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/constituicao)>. Acesso em: 12 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia curricular para a formação de Técnico de Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Abrindo a porta para a dona saúde entrar: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000a. 19 p.

BRASIL. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** v. 34, n. 3, p. 316-319. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF. 2000c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>> Acesso em: 21 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde-Recursos humanos para a Área Técnica de Saúde Bucal. **Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002.** Brasília: MTE, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 673, de 3 de junho de 2003.** Altera a relação entre equipes de saúde bucal e equipes do Saúde da Família e dá outras providências. 2003. Disponível em<[http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/dados/psf/port673.03\\_relacao.pdf](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/dados/psf/port673.03_relacao.pdf)>. Acesso em 30 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria N° 74/GM, em 20 de janeiro de 2004.** Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família. Brasília. DF. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, DF. 2004b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria No. 648/GM de 28 de março de 2006, Anexo I.** 2006a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/sausedafamilia.php>>. Acesso em: 31 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde.** Brasília, DF, 2006b. 34 p. – (Série E. Legislação em Saúde).

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 11.889, de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. SIAB. Dez/ 2009.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei e outras proposições**. Brasília, DF, 1989a. Disponível em <<http://www.camara.gov.br>>, Acesso em: 05 set. 2007.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei “Substitutivo ao substitutivo” do Projeto de Lei Nº 2244/89 do autor**. Regulamenta o exercício das profissões de THD e ACD. 1989b. Brasília, DF, 1989.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Seguridade Social e Família. **Substitutivo ao Projeto de Lei Nº 1.140, de 2003**. Relator: Dep. Benjamin Maranhão. 2004.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público. **Substitutivo ao Projeto de Lei Nº 1.140, de 2003**. Relator: Dep. Marcelo Barbieri, jan. 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 229-266.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.
- CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, nov. 2007. Suplemento 0.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.
- CARMO, H.; FERREIRA, M. **Metodologia da Investigação** - Guia para auto-aprendizagem. Universidade Aberta. 1998.
- CARVALHO, C. L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em Odontologia. **Revista Ação Coletiva**. Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 25-33, 1999.
- CARVALHO, D. Q. et al. A Dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. **Bol. Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 175-184, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.1 6, p.161-177, 2004/2005.

CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discourse among dentists within the Family Healthcare Program: crisis and change of habitus within public health. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.24, p.153-167, jan./mar. 2008.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, dez. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 10 maio 2010.

CHEDIAK, W. Regulamentação do THD. **RET-SUS**, n. 13. Novembro 2005. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf>> Acesso em: 31 ago. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer nº 460 de 06 de fev. de 1975**. Dispõe sobre habilitação de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. Brasília, D.F., p.20-24.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Decisão 26/1984 e 185/1993**. Resoluções: 155/1984, 157/1987, 153/1993, Portaria 25/1995 e 179/1998. Rio de Janeiro. Ofício 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Decisão 47/2003**. Altera a denominação de atendente de consultório dentário e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de Odontologia**: Resolução CFO 063/2005. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 02 set. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Dados do CFO**. Atualizada em 01 de junho de 2010. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCACAO (Brasil). Camara de Educação Básica. Parecer n. 16, de 5 de outubro de 1999. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**. Disponível em <<http://www.mec.gov.br/cne/parecer>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

CRUZ, D. B.; GABARDO, M. C. L.; DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. J.; NASCIMENTO, A. C. Processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma

perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec**. [Thèse de doctorat]. Montréal: Université de Montréal. 1997.

D'AMOUR, D. **La collaboration professionnelle: un choix oblige**. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*, p.339-363, Boucherville: Gaetan Morin Éditeur, 2002.

D'AMOUR, D.; SICOTTE, C.; LEVY, R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. **Sciences Sociales et Santé**, v. 17, p. 68 -94.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, p.116-131, may, 2005. Suppl. 1.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982. P.17-35.

DROTAR, D. (2002). Reflections on interdisciplinary collaboration in the new millennium: Perspectives and challenges. **Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 23, p. 175-180, 2002.

DUNNING, J. M. Extending the field for dental auxiliary personnel in the United States. **American Journal of Public Health**, 48 (8): 1059-64, 1958.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun., 1992.

DUSSAULT, G. The health professions and the performance of future health systems in low-income countries: Support or obstacle? **Social Science & Medicine**, v. 66, 2008.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de Trabalho em Saúde Bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2007. Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva>>. Acesso em: 24 out. 2009.

FERREIRA, R. I.; MORANO JÚNIOR, M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência.



**Revista de Odontologia da UNESP**. V. 33, n. 3, p. 149-156. 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clinico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n. 5, setembro-outubro 2006.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Investigação**, v.8, n.1-3, p.25-32, jan/dez 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

FRAZÃO, P.; GONZÁLES, C. C.; ROSA, A. G. F. Ambientes de trabalho odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 10, p. 21-28, 1995.

FRAZÃO, P. **A participação do pessoal auxiliar em dez sistemas locais de saúde de cinco municípios**. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar na promoção da saúde bucal. **Rev. de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 12, n. 4, São Paulo, out./dez. 1998.

FRAZÃO, P. **Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde**. 1999. 196 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GARCIA, P. P. N. S.; TERENCE, R. L, SOUSA, A.C. Avaliação de cirurgiões-dentistas quanto ao uso de pessoal auxiliar na organização do atendimento clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 25-32, 2004.

GIBBONS, D. E.; CORRIGAN, M.; NEWTON, J. T. A national survey of dental hygienists: working patterns and job satisfaction. **Br. Dent. J.**, v. 190, n. 4, p. 207-210, feb. 2001.

GIRARDI, S. **A Regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina**. Documento produzido para a Organização Pan-americana da Saúde, Washington DC., Dez 1999 (mimeo), 53 p.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; FERNANDES JÚNIOR, H. A. regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 2, n.1, dez. 2000.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar - como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 1997.

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde**. 2007. 228 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2007.

GORDON, N. A.; RAYNER, C. A. A national survey of oral hygienists in South Africa. **SADJ**, v. 59, n. 5, p. 184, 186-188. Jun., 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

HALL, P.; WEAVER, L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. **Med. Educ.**, 2001, v. 35, p. 867-875.

HAMMONS, P.E.; JAMISON, H. C. Expanded functions for dental auxiliaries. **J. Americ. Dent. Ass.**, 75: 658-672. 1967.

HANSEN, L. M. M. M. **Atendente de consultório dentário: interação entre formação, prática e condições de trabalho**. 2002. 107 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio**. 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 31 ago. 2007.

JOHNSON, P. M. International profiles of dental hygiene. **International Dental Journal**. V. 59, n. 2, p. 63-77. Apr. 2009.

KNEVEL, R. J. Dental hygienists on top of the world: supporting oral health education in Nepal. **Int. J. Dent. Hyg.** V. 113, n. 4, p. 205-212. Nov. 2005.

KIM, S. H. Dental hygienists in Korea. **Int J. Dent. Hyg.** v. 1, n. 2, p. 89-97. 2003 May.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LE BOTERF, G. De la compétence – essai sur un attracteur étrange. In: **Leéditiond'organisations**. Paris: Quatrième Tirage, 1995.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Desdobramentos. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LIÑAN, M. B. G.; BRUNO, L. E, N, B. Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental. **Trabalho, educação e saúde**, v.5 n.2, p. 297-316, 2007.

LOGAN, R. K. Dental care delivery in New Zealand. In: Ingle JI, Blair P. International dental care delivery systems. Cambridge: Ballinger; 1978. (Chapter 5).

LOTZKAR, S.; JOHNSON, D.W.; THOMPSON, M. B. Experimental program in expanded functions for dental assistant: phase 3 experiment with dental teams. **J. Americ. Dent. Ass.** v. 82, n. 5, p. 1067-1081. 1971.

LUORES, O. F.; FREIRE, P. S. **Utilização efetiva de pessoal auxiliar de Odontologia sanitária**. Brasília. FSESP. 1964.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada**. 3a ed., Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATUS C. **Política, planejamento & governo**. 3ª ed. São Paulo: IPEA; 1997. Tomo I.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1996

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, mayo-agosto 2006

MINAYO, C. Z. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTLEY, W. E. **History of the American Dental Hygienist's Association: 1932-1982**. Chicago. 1983.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1995.

NARVAI, P. C. et al. Contra o técnico em higiene dental. **Saúde em Debate**, 28, p. 59-65, mar 1990.

- NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção de saúde bucal. In: Kriger, L., coordenador. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.447-463.
- NARVAI, P. C. Recursos humanos para a promoção de saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Araújo, M. E. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: manual do aluno**. São Paulo, 2003. p. 68-93. Apostila do Curso de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP.
- NARVAI, P. C. Regulamentação do THD. **RET-SUS**, n. 12. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf>> Acesso em: 31 ago. 2007. Setembro de 2005.
- NARVAI P. C., FRAZÃO P. **Técnico em higiene dental: hora de recuar?** Pousada do Rio Quente: FSP/USP, FIO; 1999. Trabalho apresentado ao V Congresso da Federação Interestadual dos Odontologistas, realizado na Pousada do Rio Quente, GO. 1999.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: Antunes, J.L.F.; Peres, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 346-362.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- OHRN, K. The role of dental hygienists in oral health prevention. **Oral Health Prev. Dent**. v. 2, p.277-281, 2004. Suplemento 1.
- OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.
- OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no programa de saúde da família de Campos de Goytacases. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 297-302, 2005. Suplemento.
- PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982. p.3.
- PEZZATO, L. M. **O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário: uma história silenciada**. 2001. 187 p. (Dissertação Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Revista Ciências & Cognição**, 2006. v. 08, p.68-87.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe**. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos\\_apoio/texto\\_1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/texto_1.pdf)>. Acesso em 5 junho 2010

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POURAT, N. Differences in characteristics of California dentists who employ dental hygienists and those who do not. **J. Am. Dent. Assoc.** v. 140, n. 8. p. 1027-1035. Aug. 2009.

QUELUZ, D. P. Recursos humanos na área odontológica. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejamento, ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 7, p.40-59.

QUELUZ, D. P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. **Rev. Odonto Ciênc.** v. 20, v. 49, p. 270-80, jul./set. 2005.

QUELUZ, D. P. Pessoal auxiliar em odontologia: estrutura ocupacional e qualificação. **Rev. ABO Nac.** v. 16, n. 8, ago-set, 2008.

RABELLO, P. M.; ROSA, M. R. D.; GOMES, R. M. P.; MÁSCULO, F. S. Ergonomia nos consultórios odontológicos de João Pessoa-Paraíba-Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde = Rev. bras. pesqui. m.d. Biol.**, v. 5, n. 2, p. 141-148, 2001. ilus, tab.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez; 1993 p.114.

RING, M. E. **Dentistry: An Illustrated History**, 320 pages, New York: Abrams-Mosby, 1986.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. Tradução técnica de Reynaldo Marcondes. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

SALIBA, T.A. et al. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. **Rev. Pós-Grad.**, v. 5, n. 3, p. 171-176, jul./set. 1998.

SAN-MARTÍN RODRÍGUEZ, L. et al. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**, p. 132-147. may, 2005. Suppl. 1.

- SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.1, p. 53-61. Disponível em:<http://www.scielo.br>. Acesso em: 30 out. 2009.
- SCHULLER, A. A.; VAN, O. K.; OOIJENDIJK, W. T. Direct access to the dental hygienist 2. Opinions of dental hygienists and dentists. **Ned Tijdschr.** v. 113, p. 4-9, 20, jan. 2006.
- SERRA, M. C.; GARCIA, P. P. N. S. Delegação de funções: utilização de pessoal auxiliar na clínica odontológica. **Rev. ABO Nac.**, v. 10, n. 2, p. 98-104, abr./maio 2002.
- SGUARIO, E. **Programa saúde da família: potencialidades e limites**. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- SILVA, R. F. et al. Utilização de auxiliares odontológicos em ortodontia-implicações éticas e legais. **R. Dental Press Ortodon. Ortop.Facial**. Maringá, v.11, n. 5, p. 121-128, set/out. 2006.
- SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **R. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 25-30, 2000.
- SOUZA, D.S. et al. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 07-29, 2001.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- TEIXEIRA, M. C. B. 1. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.
- THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, Fevereiro 2006 .
- TOMASSO, S. **Atribuições dos auxiliares odontológicos e suas implicações éticas e legais**. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Piracicaba. UNICAMP. 2001. 115 f.
- TOMAZ-MOREIRA, S. et al . Fundamentos da abordagem qualitativa para a

pesquisa em saúde sexual e reprodutiva. **Rev Colomb Obstet Ginecol**, Bogotá, v. 58, n. 1, Mar. 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; BERNARDINO, J. M.; GOMES, L. O. Fazem um PSF lá de cima. Discursos e vivências na implementação de uma nova unidade do Programa Saúde da Família. **Psicologia em estudo**, v. 12, n. 3, p. 593-602, set.-dez. 2007. tab.

TOMAZEVIC, J. M. **Componente educativo na formação e prática profissional do pessoal auxiliar odontológico**. 2005. 140 p. (Dissertação Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2004

VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas**. 2a. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health Program**. Genebra, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/oral\\_health/en](http://www.who.int/oral_health/en)>. Acesso em: 30 ago. 2007.

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA  
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 – São Paulo - Brasil

---

*PESQUISA DE SAÚDE PÚBLICA*

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é **Dulce Maria de Lucena Aguiar**. Sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão do Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira, com o objetivo de descrever o papel do Técnico em Saúde Bucal na Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. A metodologia da pesquisa prevê entrevistas, sobre esse assunto, com o cirurgião-dentista da equipe, o coordenador da unidade básica de saúde onde estão lotadas as equipes escolhidas e o próprio Técnico em Saúde Bucal. Você foi selecionado para ser um dos entrevistados e sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha valor científico. Para isto, convido-o (a) a participar falando do que você conhece sobre o assunto. Para abreviar o tempo da entrevista e facilitar a coleta, os dados serão gravados. As gravações serão mantidas em sigilo sob posse apenas do pesquisador responsável. As informações obtidas receberão tratamento analítico, assegurando-se a confidencialidade e o sigilo do respondente. Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, que suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária. Participar ou não da pesquisa não acarretará em nenhum benefício indevido, nem vai prejudicá-lo (a) de nenhum modo. Você também não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar a qualquer momento. Se após sua participação, em algum momento, você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para (85) 31011429. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que poderá ser contactado pelos fones: (0XX11) 3061-7779 e 30617742; e também pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, cujo telefone de contato é: (0XX85) 31011406.

*Dulce Maria de Lucena Aguiar*  
RG nº 894.435 - SPSP-CE.

---



*Declaro que li o texto acima, esclareci as dúvidas com a pesquisadora, entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e, livremente, aceitei participar. Ficou claro também que, caso não aceite participar, não terei qualquer prejuízo, nem haverá qualquer tipo de sanção ou constrangimento. Estou ciente também de que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível no endereço anteriormente citado.*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do (a) entrevistado (a) \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) entrevistado (a): \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 – São Paulo - Brasil

---

***Roteiro para Entrevista com o TSB***

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Ano do curso: \_\_\_\_\_ Local do curso: \_\_\_\_\_

As formulações abaixo indicam os aspectos que o pesquisador pretende obter com a realização da entrevista.

- a) Informações sobre a filiação social (trajetória, ocupação dos pais).
- b) Motivação e interesse que impulsiona o respondente a trabalhar no serviço público e no PSF. (Que significado atribui ao seu trabalho?)
- c) As principais fontes de satisfação e de insatisfação no trabalho mais geral.
- d) Características do trabalho realizado por ele (a) como TSB na Equipe de Saúde Bucal. Ações coletivas e ações de assistência realizadas rotineiramente. Quando/Como foi o treinamento/aprendizado dessas atividades. Condições/possibilidades para aplicar esse aprendizado na unidade de saúde. Pretende-se obter o ponto de vista do respondente sobre três dimensões: o que o THD pode e não pode fazer no programa; o que o THD quer e não quer fazer no programa; o que ele conhece e sabe fazer e o que ele conhece e não sabe fazer.

## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 – São Paulo - Brasil

---

***Roteiro para Entrevista com o CD***

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Ano e local de formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

1. Informações sobre o trabalho
  - a) Como você começou a trabalhar no PSF?
  - b) Você está satisfeito (a) em relação ao seu trabalho? Por quê?
  - c) Existe uma orientação (normas) para aquilo que faz?
  - d) Existe uma programação (cronograma) para aquilo que faz?
  - e) Qual a sua visão sobre o papel do THD na Equipe de Saúde Bucal?

**APÊNDICE D**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 – São Paulo - Brasil

---

***Roteiro para Entrevista com o Coordenador da Unidade Básica de Saúde***

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Ano e local de formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

**1. Informações sobre o trabalho**

- Motivação e interesse que impulsiona o respondente a trabalhar no serviço público e no PSF, e especificamente na área gerencial.
- Relação do coordenador com a ESB da unidade. Percepção sobre a dinâmica/funcionamento da ESB.
- As orientações e normas para as atividades realizadas
- Como é estabelecida a programação das atividades
- Onde for o caso, pretende-se obter o ponto de vista do respondente sobre três dimensões: o que o THD pode e não pode fazer no programa; o que o THD quer e não quer fazer no programa; o que ele conhece e sabe fazer e o que ele conhece e não sabe fazer. Qual o significado destes aspectos na sua visão?