

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Laura Bianchi de Melo Mattos

TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL:  
aspectos da inserção no mercado de trabalho

Rio de Janeiro

2019

Laura Bianchi de Melo Mattos

TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL:  
aspectos da inserção no mercado de trabalho

Dissertação apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
como requisito parcial para obtenção do  
Título de Mestre em Educação  
Profissional em Saúde.

Orientadora: Mônica Vieira

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M444t      Mattos, Laura Bianchi de Melo  
                    Técnicos em saúde bucal: aspectos da inserção  
                    no mercado de trabalho / Laura Bianchi de Melo  
                    Mattos. - Rio de Janeiro, 2019.  
                    119 f.

                    Orientadora: Mônica Vieira

                    Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
                    Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
                    Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
                    Rio de Janeiro, 2019.

1. Educação Profissionalizante. 2. Saúde Bucal.  
3. Mercado de Trabalho. I. Vieira, Mônica.  
II. Título.

CDD 370.113

Laura Bianchi de Melo Mattos

TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL:  
aspectos da inserção no mercado de trabalho

Dissertação apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
como requisito parcial para obtenção do  
Título de Mestre em Educação  
Profissional em Saúde.

Aprovada em 30/04/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Dr<sup>a</sup> Mônica Vieira (FIOCRUZ/EPSJV)

---

Dr<sup>a</sup> Marcia Teixeira (FIOCRUZ/ENSP)

---

Dr<sup>a</sup> Filippina Chinelli (FIOCRUZ/EPSJV)

*Dedico este trabalho*

*Ao meu marido, Luiz Antonio;*

*Ao meu pai Cezar (in memoriam);*

*À minhas irmãs Ana e Lair;*

*Aos meus filhos Luiz Neto e Letícia.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Mônica Vieira, pelo incentivo, estímulo, compreensão e apoio na elaboração deste trabalho, minha eterna gratidão!!!!

Ao Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, pelo incentivo a formação e qualificação do corpo docente por meio de políticas de educação permanente em saúde que fortalecem e efetivam a Rede de Escolas Técnicas do SUS – RETSUS.

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como executora do mestrado profissional para as RETSUS nas regiões Norte, Centro Oeste, São Paulo e Sudeste Sul, por oportunizar aos cursistas deslocarem-se dos seus Estados à sede do Campus da Fiocruz, na cidade do Rio de Janeiro, e realizar o mestrado, cuidando de toda a logística, custeio e acolhimento dos discentes do curso nas suas demandas apresentadas;

À Deus que me capacitou e sustentou durante todo este processo, sabendo que este passo era meu sonho;

À minha amiga, colega e companheira de turma, Claudia Krauss pelo companheirismo sempre presente;

À diretora do CEFOR- Osasco, minha querida Graça Lopes Cesar;

Ao meu maior incentivador, meu companheiro, amigo e eterno namorado, *Tóto*, por entender minhas ausências, incentivar e cuidar de mim;

Aos colegas da turma de mestrado RET SUS Sul e Sudeste, em especial minha amigas Isa, Debora, Daniela, Claudia Lange e Tiago.

Aos professores da EPSJV que passaram seus conhecimentos à turma, incansavelmente;

Às queridas Claudia e Patrícia, da secretaria da Poli, sempre atentas e solícitas as nossas necessidades.

A todos o meu muito obrigado!!! Só posso pedir para que Deus os abençoe e retribua infinitamente!!!!

## **RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo analisar a inserção do Técnico em Saúde Bucal (TSB) formado pela Escola Técnica de Saúde (CEFOP- Osasco) no mercado de trabalho em saúde, buscando compreender a percepção dos egressos e a visão do cirurgião dentista sobre a atuação destes profissionais na equipe de saúde bucal na região sudoeste do estado de São Paulo. Para isso foi realizada pesquisa qualitativa com aplicação de questionário fechado e entrevista para as alunas egressas da turma da classe descentralizada de Itapeva- SP e para os dentistas dos municípios de origem das alunas. A conclusão obtida foi que não houve inserção das egressas do curso na região, mesmo após anos de conclusão do curso e que mesmo as alunas inseridas através de concurso público, não realizam as atribuições da profissão, tendo atribuído como causa a falta de reconhecimento profissional, a falta de mais um equipamento odontológico para atuarem e a ausência de planejamento das ações preventivas nas escolas. Em relação aos dentistas ficou claro o desconhecimento da regulamentação profissional, fato que leva a refletir sobre o papel do Conselho de Odontologia, órgão fiscalizador da profissão, além do desconhecimento das atribuições do TSB e do sentimento de falta de confiança em atribuir as ações para estes profissionais. Desta forma, para reconhecimento, valorização e ampliação do mercado de trabalho para estes profissionais, há necessidade de maior divulgação desta profissão para gestores da saúde, cirurgiões dentistas e alunos de odontologia, através das universidades e movimentos de participação social: conselhos, comissões, entre outros.

Palavras-chave: Técnico em Saúde Bucal, Mercado de Trabalho, Inserção.

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyze the insertion of the Oral Health Technician (TSB), formed by the Technical School of Health (CEFOR-Osasco) in the health work market, seeking to understand the perception of the graduates and the vision of the dental surgeon on the performance of these professionals in the oral health team in the southwest region of the state of São Paulo. For that, a qualitative research was carried out with the application of a closed questionnaire and interview for the students who graduated from the class of the decentralized class of Itapeva-SP and for the dentists of the municipalities of origin of the students. The conclusion reached was that there was no insertion of the course graduates in the region, even after years of completion of the course and that even the students entered through public competition, do not perform the duties of the profession, having attributed as a cause the lack of professional recognition, the lack of more dental equipment to act and the lack of planning of preventive actions in schools. In relation to dentists, it was clear that the professional regulations were not known, a fact that leads us to reflect on the role of the Dental Council, which supervises the profession, as well as the lack of knowledge about the duties of the TSB and the lack of confidence in attributing the actions to these professionals. In this way, for these professionals, there is a need for greater dissemination of this profession to health managers, dental surgeons and dentistry students through the universities and social participation movements: councils, commissions, among others.

**Key words:** Oral Health Technician, Labor Market, Insertion.

## LISTA DE SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| APD     | Auxiliar em Prótese Dentária                                      |
| ACD     | Auxiliar de Cirurgião Dentista                                    |
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde                                       |
| ASB     | Auxiliar de Saúde Bucal   |
| CBO     | Classificação Brasileira de Ocupações                             |
| CEFOR   | Centro de Formação  |
| CEO     | Centro de Especialidades Odontológicas                            |
| CFE     | Conselho federal da Educação                                      |
| CFO     | Conselho Federal de Odontologia                                   |
| CIR     | Comissão Intergestores Regional                                   |
| CROSP   | Conselho Regional de Odontologia de São Paulo                     |
| DRS     | Diretoria Regional de Saúde                                       |
| ESF     | Estratégia da Saúde da Família                                    |
| LDB     | Lei de Diretrizes e Bases   |
| PAO     | Pessoal Auxiliar em Odontologia                                   |
| PSF     | Programa da Saúde da Família                                      |
| PNSB    | Política Nacional de Saúde Bucal                                  |
| PROFAE  | Profissionalização dos trabalhadores na área de Enfermagem        |
| PROFAPS | Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde |
| SESP    | Serviço Especial de Saúde Pública                                 |
| SUS     | Sistema Único de Saúde  |
| SUDS    | Sistema Descentralizado de Saúde                                  |
| THD     | Técnico de Higiene Dental   |
| TSB     | Técnico em Saúde Bucal  |
| TPD     | Técnico em Prótese Dentária                                       |
| UOM     | Unidade Móvel Odontológica  |

## **LISTA DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1 - Formação adicional das egressas do curso de TSB
- Gráfico 2 - Vínculo trabalhista atual das egressas do curso de Técnico em Saúde Bucal
- Gráfico 3 - Atividades Profissionais das Egressas
- Gráfico 4 - Registro dos profissionais no Conselho Regional de Odontologia
- Gráfico 5 - Formação complementar do Cirurgião Dentista
- Gráfico 6 - Local de trabalho do Cirurgião Dentista no serviço Público

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1 - Perfil Sócio demográfico das Egressas do curso de Técnico em Saúde Bucal
- Tabela 2 - Motivação para fazer o Curso de Técnico em Saúde Bucal
- Tabela 3 - Perfil Sócio demográfico dos Cirurgiões Dentistas

## **LISTA DE MAPAS**

- Mapa 1 - Regionalização do Estado de São Paulo segundo as Redes Regionais de Atenção à Saúde e os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde.

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro I - Legislações das profissões de TSB e ASB
- Quadro II - Total de Cirurgião Dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal nos municípios da CIR de Itapeva
- Quadro III - Número de egressas entrevistadas/ município

## **LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1 - Mapa das viagens para entrevistas nos municípios da CIR de Itapeva, SP
- Figura 2 - Teleférico que carrega minério da usina de Itaoca até Apiaí
- Figura 3 - Morro do Ouro. Apiaí, SP
- Figura 4 - Cânions de Bom Sucesso de Itararé: Galinha e Camelo

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>1 PROFISSÕES E OCUPAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE E A SAÚDE BUCAL.....</b>                          | <b>16</b> |
| 1.1 PROFISSIONALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE .....  | 16        |
| 1.2 TRABALHO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: BUSCA POR RECONHECIMENTO E CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE..... | 19        |
| 1.3 MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE BUCAL.....                            | 26        |
| 1.3.1 Saúde bucal e suas duas categorias de Pessoal Auxiliar: Breve Histórico.....                          | 27        |
| <b>2 POLÍTICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A SAÚDE BUCAL: TECENDO A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL .....</b> | <b>40</b> |
| 2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .....  | 41        |
| 2.2 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL .....   | 46        |
| 2.2.1 A odontologia sanitária, a odontologia social e preventiva e a saúde bucal coletiva .....             | 48        |
| 2.2.2 A saúde bucal na Saúde da Família e o Brasil Sorridente .....   | 50        |
| 2.3 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E A FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE BUCAL..                                  | 56        |
| 2.3.1 As Escolas técnicas do SUS .....  | 59        |
| <b>3 METODOLOGIA DO ESTUDO .....</b>  | <b>65</b> |
| 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....   | 65        |
| 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....   | 66        |
| 3.2.1 A Escola do Sus e a Classe Descentralizada de Itapeva.....  | 67        |
| 3.3 PROCESSO DE PESQUISA .....  | 69        |
| 3.3.1 Trabalho de Campo .....   | 69        |
| 3.3.2 Coleta de dados.....  | 73        |
| 3.4 ANÁLISE DE DADOS .....  | 76        |
| 3.5 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....  | 78        |
| 3.5.1 Perfil dos Técnicos em Saúde Bucal .....  | 78        |
| 3.5.2 Perfil do Cirurgião Dentista.....   | 82        |
| <b>4 O MERCADO DE TRABALHO DO TSB: PERCEPÇÕES EM QUESTÃO.....</b>   | <b>85</b> |
| 4.1 TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL.....  | 85        |
| 4.1.1 Motivação para fazer o curso.....   | 86        |
| 4.1.2 Reconhecimento Profissional .....   | 88        |

|   |            |
|---|------------|
| 4.1.3 Ser Auxiliar ou ser Técnico em Saúde Bucal? .....   | 91         |
| 4.1.4 O Técnico em Saúde Bucal e seu mercado de trabalho.....                                     | 93         |
| 4.1.5 Planos para o futuro dos Técnicos em Saúde Bucal .....                                      | 95         |
| 4.2 CIRURGIÕES DENTISTAS .....  | 97         |
| 4.2.1 O Cirurgião Dentista e a Equipe de Saúde Bucal .....  | 97         |
| 4.2.2 O Auxiliar de Saúde Bucal e o Técnico em Saúde Bucal sob o olhar do cirurgião dentista..... | 101        |
| 4.2.3 O mercado de trabalho do TSB sob a perspectiva do cirurgião dentista.....                   | 103        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>105</b> |
| <b>REFERENCIA.....</b>  | <b>107</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>113</b> |

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve como objetivo analisar a inserção do Técnico em Saúde Bucal (TSB) formado pela Escola Técnica do Sistema de Saúde (CEFOR- Osasco) no mercado de trabalho em saúde, buscando compreender a percepção dos egressos e a visão do cirurgião dentista sobre a atuação destes profissionais na equipe de saúde bucal na região sudoeste do estado de São Paulo.

A área de odontologia incorpora duas categorias de pessoal auxiliar: o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) que atuam como prestadores de serviço à população sob a supervisão do cirurgião dentista. Esses trabalhadores desenvolvem atividades de menor complexidade que exigem habilidades que demandam decisão, domínio de técnicas e capacidade de observação.

Segundo Lima Junior et al. (2012), a existência do pessoal auxiliar em odontologia é bastante antiga sendo que os cirurgiões dentistas, inicialmente, eram auxiliados pelas esposas e filhas para limpeza e organização do consultório.

No Brasil, a formação teve início na década de 1950, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para realizar atividades nos Programas de Odontologia Escolar. Somente em 1975 o Conselho Federal da Educação (CFE) aprovou o parecer nº460/75 autorizando a formação dos atendentes de consultório dentário (ACD) e dos Técnicos em Higiene Dental (THD), profissões que foram disciplinadas pelo Conselho Federal em Odontologia (CFO) apenas em 1984.

A regulamentação das profissões de ASB e TSB em 2008, foi resultado de “anos de luta, onde estas categorias passam a ser representadas por Câmaras Técnicas dentro dos Conselhos Regionais de Odontologia, e com isso ganham em diferentes aspectos, na qualidade, organização e reconhecimento da profissão” (CROSP, 2015, p.2).

A regulamentação destas profissões através da Lei 11889/2008 e a consequente obrigatoriedade de habilitação e registro no conselho profissional tem a finalidade de elevar os padrões dessas categorias, permitindo que a entrada para o mercado de trabalho ocorra através da incorporação de trabalhadores qualificados visando garantir proteção dos interesses do público e, na medida em que essa tendência persista, permitir que o salário seja colocado num patamar mais elevado.

Para Warmling et al.(2016, p.579), a promulgação desta lei não permitiu que persistissem limitações ao trabalho destes profissionais, destacando a importância de se saber quais as diferenças e semelhanças dos processos de trabalho da ASB e da TSB, analisar as

competências de cada profissional e como são desempenhados seus papéis, concluindo que “está muito aquém do que se espera serem suas potencialidades”.

Esta regulamentação é resultado de um amplo processo de negociações entre técnicos da área, sindicatos, federações, entidades da profissão odontológica, Conselho Regional e Federal de Odontologia e órgãos do sistema de saúde e de educação do Brasil, fixando as atividades competentes ao TSB (FRAZÃO e NARVAI, 2011).

Segundo Liñan & Bruno (2007), ao lutar pelo reconhecimento da profissão, o TSB esperava uma expansão do mercado de trabalho promovendo aumento de salário, maior inserção no setor privado, ampliação de postos de trabalho no serviço público e um reconhecimento de sua identidade profissional.

Em muitos lugares estes profissionais seguem realizando atividades dos ACDs, não conseguindo, “após cinco anos ou mais de formação trabalhar na função, faltando concursos públicos e com raras contratações no setor privado” (LIÑAN& BRUNO, 2007, p.9). Afirmam ainda que a qualificação é importante relatando, entretanto, que a exigência de experiência pelos empregadores dificulta sua inserção no mercado de trabalho.

Essa é uma preocupação antiga, já confirmada por Queluz (2005), antes mesmo da regulamentação da profissão:

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) foi oficialmente instituído em 1975 pelo Ministério da Educação e sua expansão no mercado de trabalho tem sido lenta, dada a resistência da classe dos cirurgiões-dentistas, ociosa de reserva de mercado de que é detentora. As maiores barreiras na década de 80 foram levantadas em São Paulo, onde entidades representativas dos odontólogos mostraram-se corporativistas e conservadoras a respeito da incorporação de pessoal de nível técnico à força de trabalho profissional (QUELUZ, 2005, p. 271).

Minha vinculação ao tema encontra-se associada à oportunidade de participar como docente do curso de formação de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em 2006. Sou cirurgiã dentista e funcionária efetiva do município de Itapeva desde 1991 até os dias atuais.

Esse convite justificava-se pelo meu envolvimento no campo da educação em saúde bucal nas escolas e unidades de saúde, diante do meu interesse pela promoção da saúde. No ano seguinte fui convidada para trabalhar no Departamento de Educação em Saúde da Secretaria da Saúde de Itapeva, organizando capacitações e atividades de educação permanente em saúde. Assim comecei a me envolver e interessar pela educação profissional e me questionar sobre a qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e, no final de 2008, fui convidada para ser docente do curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Consultório Dentário.

Nesta época fui informada que o objetivo do curso era “formar” as auxiliares de odontologia que trabalhavam no Sistema Único de Saúde para se inscrever no Conselho Regional de Odontologia, o que havia se tornado obrigatório para o exercício da profissão.

Neste contexto, a classe descentralizada de Itapeva realiza a primeira formação dos trabalhadores da saúde da área da odontologia da região através da Escola Técnica do Sistema Saúde (RET SUS) -CEFOR de Osasco- em parceria com o Departamento Regional de Saúde (DRS XVI).

Com a formação da primeira turma de ASB surgiu, nos alunos do curso, o interesse de concluir o processo de formação proposto pela escola através da formação em Técnico em Saúde Bucal e, no ano de 2012, concluímos a 1ª turma.

Durante a realização deste curso pude verificar a dificuldade dos docentes da prática supervisionada para entender e aceitar a função do TSB na Equipe de Saúde Bucal, observando certa resistência para ensinar aos alunos procedimentos atribuídos ao TSB como inserção de material restaurador nos preparos cavitários, raspagem supragengival e profilaxia, frustrando os alunos quanto a expectativa de melhoria das condições de vida e trabalho esperada pelo aumento da formação obtida.

Além disso, houve pouca inserção dos egressos da turma de TSB na região o que me fez questionar o porquê de estar formando trabalhadores em uma profissão que não é absorvida pelo mercado de trabalho.

Esse conjunto de questões ajuda a situar a problemática do presente estudo. A preocupação com o reconhecimento da profissão e valorização dos profissionais formados me motivou a compreender com mais profundidade a profissão de TSB.

Nesse sentido acabei por participar de congressos exclusivos para estes profissionais e me aproximei dos formandos de Itapeva organizando visitas em municípios, como o de São Roque, com o intuito de refletir sobre as possibilidades de valorização do TSB nas equipes estimulando-os a lutar pela criação de cargos nos seus municípios e serem inseridos como TSBs nas equipes de saúde bucal.

Assim sendo, a dissertação apresenta a análise da inserção dos egressos no mercado de trabalho na região sudoeste do estado de São Paulo e quais os fatores que interferem nesta inserção, principalmente em relação aos dentistas, considerados centrais para a consolidação do trabalho em equipe no âmbito da saúde bucal.

Buscou-se, assim, compreender melhor as percepções sobre a existência de atividades clínicas do TSB que poderiam ser de apoio para o CDs e, ainda, que aspectos envolvem essa questão. Ou seja, até que ponto as barreiras da ausência de reconhecimento social da profissão

e também por parte dos gestores e equipe, as tensões relacionadas à confiança do dentista em delegar e supervisionar as funções devem ser considerados. Buscou-se questionar o trabalho centrado nas ações e no conhecimento do dentista para que o trabalho em equipe se concretize. Para Esposti et al. (2012, p.377), os dentistas sinalizam a importância dos usuários terem acesso à prevenção e a promoção de saúde bucal que seriam de competência dos TSBs sob a supervisão dos CDS.

Diante do exposto, com a conquista da regulamentação das profissões de ASB e TSB e mesmo assim, quase uma década depois, notando a baixa inserção destes profissionais no mercado de trabalho, esse estudo pretendeu responder a algumas questões como:

- a) Como os egressos do curso estão inseridos no mercado de trabalho após a conclusão da formação?
- b) Se há dificuldade para se inserir no mercado de trabalho em saúde, por que isso ocorre?
- c) Por que as pessoas procuram fazer o curso Técnico em Saúde Bucal?
- d) Qual a percepção dos TSBs em relação aos motivos que interferem na sua inserção no mercado de trabalho?
- e) Como a profissão é reconhecida pela sociedade, profissionais de saúde e profissionais da odontologia?
- f) Qual a percepção do cirurgião dentista em relação às habilidades conferidas ao TSB pela Lei 11889/2008?
- g) Sob a visão do cirurgião dentista, quais são os fatores que interferem na inserção

Para responder a essas questões, a dissertação foi estruturada em quatro capítulos:

- No primeiro capítulo foram abordados a conformação das profissões, os processos de regulamentação em busca de reconhecimento e identidade profissional, para se analisar como estes processos podem interferir no mercado de trabalho dos Técnicos em Saúde Bucal.
- O segundo capítulo, também teórico, buscou trazer as concepções históricas das políticas de saúde e da saúde bucal, as questões de educação profissional e a formação em saúde bucal com destaque para a formação realizada pelas escolas técnicas do SUS.
- No terceiro capítulo é apresentada a abordagem metodológica utilizada no estudo, o campo de estudo e os sujeitos da pesquisa com suas características profissionais e sociais.

- O quarto capítulo é dedicado à análise do trabalho de campo, apresentando as “falas” principais dos participantes, abordando as percepções dos ASBs e CDs sobre o mercado de trabalho.

Nas considerações finais, buscou-se sintetizar as questões centrais e possíveis desdobramentos.

## **1 PROFISSÕES E OCUPAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE E A SAÚDE BUCAL**

Neste capítulo tratamos da conformação das profissões, identificamos os processos de regulamentação e suas dinâmicas buscando também compreender como a procura, cada vez maior, por qualificação e reconhecimento profissional, tem interferido no mercado e na organização do trabalho em saúde bucal.

### **1.1 PROFISSIONALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

O setor da saúde, segundo Dedecca et al. (2005), tem o trabalho vivo como elemento central da organização da sua atividade, não conseguindo, na maioria das vezes, ser substituído por tecnologias. Este trabalho de prestação de cuidados é relacional, vinculado a outro ser humano e pode oferecer riscos durante os atendimentos. Esse fator exige uma política de qualificação e regulamentação para prevenir estes riscos de forma adequada.

Para Machado e Ximenes Neto (2018), as atividades humanas realizadas pela sociedade moderna requerem um grau de profissionalismo para serem executadas e a saúde se caracteriza como um campo completamente profissionalizado por preencher os aspectos comuns às profissões. Os autores também salientam a dedicação integral na maioria dos casos, necessidade de treinamento padronizado em escolas especializadas, tendendo à autonomia do exercício profissional e busca da preservação de um monopólio do mercado de trabalho.

A organização do trabalho em saúde, originado a partir da estruturação do modo capitalista de produção, é um modelo baseado na fragmentação de diversas áreas afins, com a característica de ser centrado no médico, profissional que, de forma geral, desencadeia o processo de trabalho, tendo a sua volta as outras profissões. Este modelo apresenta características de trabalho coletivo exigindo mais qualificação do trabalhador, principalmente quando compreende quem é o outro (o paciente) e precisa modificar seu processo de trabalho a fim de produzir o cuidado em saúde (MARTINS e KRAWULSKI, 2012).

Com o avanço do capitalismo, intensifica-se a necessidade da divisão do trabalho através de diferentes profissões e especializações. Pares profissionais passam a

se organizar para defender aspectos corporativos, delimitar fronteiras e se unem para buscar definir regulamentos profissionais, delimitando deveres e direitos sofrendo interferência de fatores como mudanças políticas, econômicas e sociais, padrões culturais para a (re) organização do trabalho em saúde (MACHADO, 1995).

O trabalho em saúde, conforme a divisão técnica concebida pelo Taylorismo apresenta uma direção vertical, na qual há um aumento das ocupações ou dos tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia e outra horizontal, com aumento da diversidade de subunidades que participam do cuidado em saúde, imposta por uma ordem tecnológica e pela especialização dando origem as diferentes profissões (ESPOSTI et al. ,2012).

Visando auxiliar a reflexão do conceito de profissão, Machado (1995) recorre à sociologia das profissões apresentando diversos atributos que, se interligados, caracterizam uma profissão: ocupação em tempo integral, organização a partir de identificação de interesses da categoria, aquisição de um conhecimento formal com a necessidade de um currículo mínimo do conteúdo teórico para ser transmitido aos aspirantes, servir aos interesses da coletividade de forma autônoma, elaborando por fim, o conceito teórico abaixo:

É uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo). E atividade profissional é um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à uma esfera ocupacional. Portanto, a autoridade profissional é centrada no profissional que detém o conhecimento especializado para o problema específico do cliente (MACHADO, 1995, p.18).

Machado e Ximenes Neto (2018) utilizam o conceito de profissão em saúde de Carr-Saunders que, em 1930, o definiu como um campo completamente profissionalizado por incorporar aspectos comuns às profissões em geral. Entre esses se destacam a existência de um trabalho organizado e especializado, associado ao ideal de servir, altruísmo, orientação para o coletivo, dedicação integral na maioria dos casos, necessidade de treinamento padronizado em escolas especializadas, tendendo à autonomia do exercício profissional e busca da preservação de um monopólio do mercado de trabalho.

O processo de profissionalização foi construído ao longo do tempo na medida em que os participantes da mesma atividade, patrões e empregados, buscavam se organizar segundo regulamentos profissionais, construindo uma moral profissional capaz de impedir os egoísmos individuais, os abusos de poder dos fortes sobre os fracos

e por cada tipo de profissão que, conforme surgia, ia se organizando e se conceituando, sendo necessário, para acontecer, incorporar cinco passos de uma profissão (MACHADO, 1995) :

- O trabalho se torna integral derivado de uma necessidade social e da aplicação de um trabalho específico;
- Criam-se escolas de treinamento para transmitir o conhecimento;
- Forma-se uma associação profissional com a definição da identidade profissional;
- A profissão é regulamentada, definido território e assegurando competência não só do saber, como da prática profissional.

Conforme as regulamentações vão se consolidando, estabelecem-se normas e regras profissionais através da adoção de um código de ética assegurando, inclusive, o direito de expurgar os não profissionais que serão considerados não aptos para o serviço.

A regulamentação profissional, ou seja, a instituição de normas para regular ou a normatização através do autogoverno concedido a uma profissão, autoriza o poder de licenciar ou autorizar habilidades para o exercício profissional, ou seja, decidir sobre quem tem o direito à prática e “ganhar” a vida naquela atividade.

A dualidade das demandas é um fator identificado por Girardi (2002) que registra aí uma luta pelo reconhecimento. Como exemplo identifica-se as práticas integrativas e alternativas exercidas por práticos e a luta pelos atos privativos ou exclusivos, em busca da monopolização das atividades e serviços profissionais da área da saúde.

Esta dualidade também está presente na área da odontologia que, no ano de 2008 conseguiu regulamentar profissões de Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal, apesar de muitos dentistas se sentirem ameaçados pelo técnico (FRAZÃO, 2001).

Embora alguns profissionais da saúde possam ver na luta desses trabalhadores pelo reconhecimento da profissão uma ‘conspiração’, a regulamentação profissional em nenhum aspecto se apresenta como ameaça aos dentistas). Ao definir as competências específicas e complementares nos campos de atuação, após duas décadas de debates, é nítida sua contribuição para o exercício das funções do TSB e para o processo de trabalho da equipe de saúde bucal ( FRAZAO, 2001, p.121).

Segundo Linã e Bruno (2007) as atividades realizadas pelos TSB são bastante restritas ao serviço público e, assim como em outras profissões, eles exercem outras funções apesar de se dizerem qualificados para o trabalho. Estes profissionais valorizam o curso de formação profissional, mas relatam que muitos, por estarem desempregados se sujeitam ao trabalho precário, com salários menores e atribuições aquém do que foram qualificados.

Para Tartuce (2007), há uma disputa política entre qualificação e competência, considerando que qualificação é um processo socialmente construído, conceito que depende do valor que uma determinada sociedade atribui ao papel de uma ocupação em um certo momento histórico. É válido entender o conceito de qualificação para não confundirmos com o processo de aquisição de competência que, por recair sobre os ombros do trabalhador, tende a deixar os trabalhadores ainda mais vulneráveis.

Deluiz (2001), define competência como a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnicas profissionais com capacidade para mobilizar estes saberes a fim de resolver problemas e enfrentar imprevistos na situação de trabalho (individual).

Já qualificação estaria relacionada à formação técnica e experiências profissionais (diplomas), comportando a dimensão individual (competências) e social, permitindo observar as estratégias desenvolvidas pelas diversas categorias de trabalhadores para inserir-se ou manter-se no mercado de trabalho.

## 1.2 TRABALHO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: BUSCA POR RECONHECIMENTO E CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE

Pensar sobre trabalho hoje requer também assumir uma postura teórica sobre a sociedade atual, supondo a compreensão das mudanças que a sociedade capitalista proporciona ao próprio conceito de trabalho como “atividade humana, individual ou coletiva, de caráter social, complexa, dinâmica, mutante e irredutível a uma simples resposta instintiva ao imperativo de sobrevivência material” (COUTINHO, 2009, p.191).

O trabalho no mundo contemporâneo, de forma geral, tem passado por uma perda iminente de direitos de proteção social com uma acentuada terceirização e precarização dos trabalhadores. A precarização do trabalho não está relacionada somente à esfera econômica, mas também trata da ausência de vínculo trabalhista e

consequentemente das perdas dos direitos, benefícios e de condições de trabalho direitos perdidos pelos trabalhadores ao longo da história, desde séculos atrás.

No caso do setor público, retira-se do Estado suas funções essenciais, como assistência e seguridade social, que leva a perda de direitos conquistados historicamente através de muita luta (MACHADO, GIONGO E MENDES,2016).

Outra característica da organização do trabalho na contemporaneidade é a (im) permanência na ocupação. Muitos trabalhadores se inserem na área da saúde buscando maior estabilidade, vínculos mais protegidos e qualificações, mas o estudo realizado por Vieira et al. ( 2017), aponta que muitos trabalhadores técnicos da saúde buscam graduação mas permanecem atuando na mesma função até a aposentadoria apontando como uma das causas que a mudança para o cargo de nível superior exige aprovação em um novo concurso público. Outros profissionais, inclusive os da área da saúde bucal, relataram buscar novas áreas para serem melhor reconhecidos e socialmente valorizados.

Linã e Bruno (2007) sinalizam que, para a equipe auxiliar de odontologia, a baixa representação coletiva, a falta de prestígio social, a baixa credibilidade por parte dos cirurgiões dentistas e a rejeição por alguns profissionais da saúde, são fatores que dificultam a permanência destes profissionais na área.

Esse conjunto de fatores interfere na busca da regulamentação da profissão no ano de 2008 que ilustra o processo de profissionalização, através da união de participantes de uma mesma atividade, conquista de formação específica e organização de associações, permitindo o fortalecimento da classe trabalhadora do pessoal auxiliar da odontologia (PAO).

Esse contexto produtivo nos leva a refletir sobre o termo qualificação para o trabalho que é uma discussão sociológica presente com maior destaque na França desde o pós-guerra. A partir desse conceito a sociologia do trabalho busca analisar suas relações com a divisão social do trabalho e com o mercado de trabalho.

No Brasil, a partir dos anos de 1970, este tema ganha maior visibilidade e destaque nas áreas de pesquisa, sendo incorporada a área da educação, aproximando sociólogos de educadores, debatendo questões sobre qual seria a melhor formação para o novo trabalhador: politécnica ou polivalente. Surge a ideia de que, para a reintegração de atividades, era necessário o desenvolvimento de um trabalho mais rico e variado com o emprego de mão de obra mais qualificada (CHINELLI, VIEIRA E DELUIZ, 2013).

O processo de qualificação ganha força no Brasil a partir da década de 90, com a difusão de novas noções e conceitos sobre trabalho e trabalhadores, reestruturação produtiva, aumento do desemprego seguida do incremento da terceirização e flexibilização dos vínculos.

A precarização do trabalho em saúde é caracterizada pelas contratações terceirizadas dos trabalhadores e pelas condições de trabalho aquém do desejado com instalações inadequadas e falta de organização dos serviços.

Assim, apesar das mudanças e conquistas do SUS, a precarização se constitui como um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical.

Sob o ponto de vista sociológico, a qualificação do trabalho é uma relação complexa, variando conforme a época e em função dos valores morais e políticos trazidos pela sociedade quando julga a qualidade de trabalho (MACHADO, 1995).

Desde os anos de 1990, diante das transformações produtivas, as noções de empregabilidade e competência passam a ser utilizadas para retratar as chances de inserção no mercado de trabalho cada vez mais flexível.

Tartuce (2007), já relatava o discurso de crescente associação entre qualificação e aumento da empregabilidade em seu estudo afirmando que, com o desenvolvimento do capitalismo contemporâneo, verifica-se a inserção de um novo modelo de profissionais para o mercado de trabalho onde o tema qualificação se faz bastante presente, exigindo, na maioria das vezes patamares mais elevados de escolaridade. Aumenta a demanda dos jovens por maior escolaridade tendo na qualificação um pseudo remédio para inserir os jovens no mercado de trabalho.

Para a autora:

A equação [entre ensino, formação e qualificação] oculta o fato de que a qualificação não é uma propriedade conferida pelo sistema educativo aos indivíduos, mas uma relação social que combina vários parâmetros e que é determinada pelo mercado” (TANGUY, 1997b, p.395, apud TARTUCE, 2007).

Desta forma a qualificação é concretizada apenas quando a sociedade a reconhece, inserindo os profissionais no mercado de trabalho. “Logo, qualificações sem emprego, sem reconhecimento, deixariam de ser, socialmente, qualificações” (TARTUCE, 2007, p.17)

A dinâmica do processo de qualificação constitui uma mediação que relaciona dialeticamente aspectos que remetem às transformações em

curso no mundo do trabalho – tecnológicas, ideológicas e de gestão da força de trabalho – e a formação profissional, com questões que dizem respeito à organização e à regulação das relações de trabalho. O processo de qualificação constitui, então, uma arena política na qual se disputam credenciais que conferem reconhecimento e podem facilitar o acesso ao mundo do trabalho (CHINELLI;VIEIRA, DELUIZ, 2013, p. 1596).

Cabe, contudo, sinalizar que mesmo no capitalismo contemporâneo, caracterizado pela flexibilidade no trabalho, onde o indivíduo migra de uma tarefa para outra tendo que se mostrar competente para executar multifunções com autonomia e criatividade, os trabalhadores seguem buscando que sua contribuição seja reconhecida.

O reconhecimento dos sujeitos e a sua identidade são necessários para o futuro do trabalho, pois o trabalho reconhecido constitui um aspecto vital no mundo contemporâneo:

No cenário contemporâneo, extingue-se a sensação de segurança advinda dos padrões regulares e das expectativas conhecidas de uma vida em comunidade. Os indivíduos encontram-se numa disputa permanente pelo reconhecimento social escasso que emana, principalmente, de práticas sociais que se estruturam em contextos organizacionais. A questão própria do sentido do trabalho relaciona-se com a produção de identidade, já que as identidades profissionais são as formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego ( VIEIRA, 2007, p.5).

A compreensão do conceito de qualificação e de sua importância no reconhecimento e identidade do trabalhador impõe refletir sobre estes conceitos.

Na linguagem cotidiana da gestão de pessoas, o reconhecimento é amiúde tratado como elemento-chave da relação do sujeito com o trabalho e a organização, com implicações diretas nos processos motivacionais e nas percepções de valorização do trabalhador e de justiça (BENDASSOLLI, 2012, p. 38).

O tema do reconhecimento no trabalho implica diretamente na relação sujeito-trabalho, com implicações diretas no sentimento de valorização do trabalhador, na expectativa de ser retribuído pelo trabalho produzido (BENDASSOLI, 2012).

Nesse sentido, o reconhecimento não é uma reivindicação secundária daqueles que trabalham, aparecendo como decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva no trabalho e na constituição das formas de identidade, dele dependendo o sentido do sofrimento. Quando a qualidade do trabalho é reconhecida, os dramas da atividade produtiva adquirem sentido, tornando o reconhecimento um elemento fundamental no plano da construção da subjetividade do trabalhador que se transforma a partir dele (VIEIRA, CHINELLI, 2013; p.1597).

As autoras sugerem que a inserção nas ocupações auxiliares da saúde, muitas vezes são condicionadas por escassas oportunidades de trabalho, pelo nível de escolaridade e qualificação profissional. A recuperação de trajetórias profissionais indica que ao longo da vida essa inserção pode se tornar uma insatisfação que se manifesta por conta de expectativas associadas à valorização profissional que não foram atendidas.

Muitas vezes, no início da vida ocupacional, trabalhadores de nível médio transitam por várias áreas caracterizando multifunções. Essas múltiplas funções são impostas pela necessidade de sobrevivência que, apesar de insatisfatória, é uma forma que estes trabalhadores possuem para perseguir seus objetivos profissionais, buscando ao longo de suas trajetórias tentarem alcançar a profissão desejada, ao menos do ponto de vista da formação profissional (VIEIRA e CHINELLI, 2013).

Estas situações caracterizam um contexto de precarização social e não necessariamente são partilhadas apenas pelos trabalhadores oriundos de vínculos empregatícios precários. Situações sociais que geram, segundo Vieira e Chinelli (2013, p.1598), dificuldades de aquisição dos “valores de reconhecimento profissional” e demonstram a necessidade de se perceber como estes trabalhadores estão organizados, ampliando a compreensão da relação que vem sendo construída entre trabalho e qualificação profissional em saúde.

A discussão de reconhecimento é central ao longo dos anos de luta social pelo processo de profissionalização dos técnicos de saúde bucal, até o ano de 2008 quando a profissão foi regulamentada permitindo a aquisição de (re)colocação no mercado de trabalho e melhorias de salário.

Segundo Liñan & Bruno (2007), ao lutar pelo reconhecimento da profissão, o TSB esperava uma expansão do mercado de trabalho promovendo aumento de salário, maior inserção no setor privado, ampliação de postos de trabalho no serviço público e um reconhecimento de sua identidade profissional.

De acordo com esses autores, em muitos lugares os técnicos realizam atividades dos auxiliares e não conseguem, “após cinco anos ou mais de formação trabalhar na função, faltando concursos públicos e com raras contratações no setor privado” (LIÑAN & BRUNO, 2007, p.9). Afirmam, ainda, que a qualificação é importante relatando, entretanto, que a exigência de experiência pelos empregadores dificulta sua inserção no mercado de trabalho.

Essa é uma preocupação antiga, já confirmada por Queluz (2005, p. 271), antes mesmo da regulamentação da profissão:

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) foi oficialmente instituído em 1975 pelo Ministério da Educação e sua expansão no mercado de trabalho tem sido lenta, dada a resistência da classe dos cirurgiões-dentistas, ciosa de reserva de mercado de que é detentora. As maiores barreiras na década de 80 foram levantadas em São Paulo, onde entidades representativas dos odontólogos mostraram-se corporativistas e conservadoras a respeito da incorporação de pessoal de nível técnico à força de trabalho profissional (QUELUZ, 2005, p. 271).

O reconhecimento também está ligado com a identificação dos sujeitos:

[...] o conhecimento de si é dado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social que existe objetivamente, com sua história, tradições, suas normas, seus interesses, etc. (CIAMPA, 1984, p. 64 apud MARTINS e KRAWULSKI, 2012, p. 123).

A identificação dos sujeitos com suas atividades de trabalho, suas trajetórias profissionais, suas diversas qualificações, antes e durante sua permanência no quadro funcional, consistem em elementos essenciais para a construção da sua identidade como profissional de saúde (MARTINS e KRAWULSKI, 2012).

Já segundo Coutinho (2008, p. 194), a identidade profissional é um “retrato de tudo aquilo que emerge e se mantém no processo de identificação, e se expressa nas interações, não obstante as mudanças em curso”.

A constituição de identidade profissional é um processo complexo, pois remete as formas sociais construídas pelos indivíduos para reconhecerem uns aos outros no campo de trabalho e emprego.

O conceito de identidade, em uma perspectiva sociológica, é um processo de reconstrução ao longo da vida, que associa identidade e socialização, na medida em que a identidade é produto de sucessivas socializações (FRANZOI, 2003, apud VIEIRA, 2006, p.7).

A análise da temática da identidade profissional permite identificar os modelos culturais de organização social, formas de diferentes grupos para enfrentar o poder, além de permitir abarcar a dimensão da subjetividade para a análise dos fatos sociais contemporâneos (VIEIRA, 2006).

A temática das identidades profissionais está no centro de uma sociologia que busca analisar as dinâmicas de reconhecimento social das atividades de trabalho, pois o trabalho remunerado e reconhecido constitui um

aspecto vital da época atual. Essa questão encontra-se, então, inscrita nos debates sobre o futuro do trabalho, que ultrapassa as organizações e o Estado, mas afeta todos os indivíduos confrontados pelos constrangimentos e pelas escolhas da vida, cada vez mais difíceis, aleatórias e incertas (VIEIRA,2006,p.7).

### 1.3 MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

O trabalho desenvolvido por profissionais especializados surgiu no período da Revolução Industrial configurando parte do processo de consolidação do sistema capitalista e provocou transformações na divisão social do trabalho em saúde.

Este é um mercado particular onde o processo de trabalho possui características peculiares à sua organização estabelecendo um potencial elevado de formalização das ocupações com condições básicas de trabalho diferentes entre as ocupações nucleadas, dividindo os profissionais em profissionais com qualificações reconhecidas pelo órgão público e regulamentadas, os responsáveis por atividades fim (médicos, enfermeiro, técnico enfermagem) e profissionais que cumprem o papel de apoio (motorista, cozinheiro, segurança) sem formação ou habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor (DEDECCA et al., 2005).

Essa força de trabalho é cada vez mais incorporada ao sistema de saúde em decorrência de fatores como o desenvolvimento tecnológico, sem substituir tecnologias existentes, aumentando a demanda por força de trabalho.

Segundo Dedecca et al. (2005), mercado de trabalho em saúde é um segmento particular, exigindo das profissões a regulamentação com características peculiares ao processo de organização da atividade, diferente do mercado em geral, onde as profissões exercidas dependem do entendimento que as partes contratantes possam alcançar no contrato de trabalho.

Sabe-se que a inserção do profissional na área da saúde pode ser formal, através de concurso público ou com vínculo trabalhista baseado na Consolidação das Leis do trabalho (CLT), através de contratação (com ou sem processo seletivo) das Organizações Sociais (OS) ou de forma informal, sem nenhum vínculo ou direito trabalhista, respondendo de forma autônoma.

Dedecca et al. (2005) ao analisar a estimativa de emprego pelas atividades de saúde no Brasil, mostram que 4.2 % da população ocupada no ano 2000 estava envolvida direta ou indiretamente com alguma atividade da saúde e que 72% destas pessoas estavam empregadas formalmente, isto é, eram assalariados formais com exceção para os médicos onde havia uma elevada participação de empregadores ou autônomos.

O processo de trabalho em saúde bucal caracteriza-se pela manutenção de práticas tradicionais, como o atendimento individual curativo e o trabalho preventivo em escolas.

É reafirmando o papel de profissional de saúde que o Cirurgião Dentista ressignifica suas práticas. O tradicional "dentista curador" incorpora um novo campo de atuação para tornar-se um "dentista profissional de saúde", que está atento não só aos problemas bucais, como também ao indissociável contexto em que os mesmos são gerados.

A atuação nos moldes do gabinete dentário, a diferenciação na organização do processo de trabalho em relação aos demais membros da equipe, a organização da demanda em separado, a tradicional atuação do CD em atividades coletivas nas escolas e as próprias políticas ministeriais reforçam a diferenciação entre ESB e equipe de Saúde da Família.

Entretanto Vieira et al (2017), afirmam que quando se analisa as expectativas de futuro destes profissionais há um número expressivo que não deseja permanecer na ocupação desmotivados pela desvalorização, falta de reconhecimento e baixos salários.

Assim, Vieira et al. (2017) ao escreverem sobre as trajetórias ocupacionais dos trabalhadores da saúde, afirmam que a busca por novas formações, principalmente entre os técnicos da saúde, está cada vez maior. A formação técnica não parece mais suficiente, fazendo com que estes profissionais desejem cursar graduação, em busca de uma inserção melhor remunerada, com reconhecimento e autonomia.

Este fenômeno é bastante evidente quando os autores trazem as perspectivas dos Técnicos em Saúde Bucal, objeto desta pesquisa e que nos leva a discorrer nos tópicos seguintes sobre esses grupos ocupacionais:

A saúde bucal parece ser a que menos consegue reter os trabalhadores, que sinalizam insatisfações relacionadas ao fato de permanecerem, de forma geral, restritos aos procedimentos indicados pelo dentista e submetidos às dificuldades de realização profissional à fragmentação e à não integração em equipes de trabalho ( VIEIRA et al., 2017,p.100).

### 1.3.1 Saúde bucal e suas duas categorias de Pessoal Auxiliar: Breve Histórico

A área de odontologia incorpora duas categorias de pessoal auxiliar: o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) que atuam como prestadores de serviço à população sob a supervisão do cirurgião dentista. De acordo com o

conselho profissional esses trabalhadores desenvolvem atividades de menor complexidade que exigem habilidades que demandam decisão, domínio de técnicas e capacidade de observação (CROSP,2015).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), autarquia federal, representado nos estados através dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO), criados pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964 e, posteriormente, instituídos pelo Decreto nº 68.704, de 3 de junho de 1971 é o órgão que tem a função de Supervisionar a ética odontológica em todo o território nacional, zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente legislando por meio de Atos Normativos bem como sobre o número de inscritos em todo o Brasil, entre Cirurgiões-Dentistas, Técnicos em Prótese Dentária, Auxiliares de Prótese Dentária, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnicos em Saúde Bucal, objeto de nosso estudo, através da obrigatoriedade, para exercício da profissão da inscrição destes profissionais em uma de suas sedes.

O ASB e o TSB são ocupações que devem ter seu exercício sob a supervisão do cirurgião dentista, regulamentados pelo Código de Ética Odontológico, Lei 11889/08, e das resoluções nº85/2009 e nº86/2009 do Conselho Federal de Odontologia.

O serviço público estimula a contratação destes profissionais principalmente após a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como objetivo a reorientação de práticas. Essa inserção leva em conta que o pessoal auxiliar em odontologia (PAO), se dedica as ações preventivas e educativas, ultrapassando a redução de custos e sendo peça chave para a modificação do processo de trabalho em odontologia (ESPOSTI et al., 2012)

Com a aprovação da Lei do Exercício profissional houve nova alteração das nomenclaturas THD e ACD para Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), respectivamente, por meio da Resolução CFO-085/2009 aprovada em 30 de janeiro de 2009 que veio a confirmar a Lei 11.889 de 24/12/2008.

Segundo Frazão (2011), esta regulamentação é resultado de um amplo processo de negociações entre técnicos da área, sindicatos, federações, entidades da profissão odontológica, Conselho Regional e Federal de Odontologia e órgãos do sistema de saúde e de educação do Brasil fixando as atividades competentes ao TSB.

Esse processo de profissionalização possui um histórico específico que demanda ser resgatado aqui. A existência do pessoal auxiliar em odontologia é bastante antiga e historicamente se observa que os cirurgiões dentistas sempre precisaram do pessoal

auxiliar papel exercido, inicialmente, pelas esposas e filhas que realizavam a limpeza e organização do consultório.

Lima Junior et al. (2012) afirmam que os Higienistas Dentais aparecem na história a partir do ano de 1906 pela necessidade de realizar educação em saúde e os cuidados profiláticos aos pacientes, diminuindo a sobrecarga de trabalho para o cirurgião dentista.

De acordo com o CROSP (2015), o primeiro caso de auxiliar de odontologia reconhecido foi no ano de 1913 em Connecticut nos Estados Unidos da América, quando o cirurgião-dentista Dr. Alfred Civilion Fones, introduziu o Higienista Dental implantando treinamentos para um grupo de profissionais com o objetivo de assumir a responsabilidade de aplicar métodos preventivos direcionados à redução da cárie dentária o que é confirmado por Reis et al.(2017) ao trazer que estes profissionais trabalhavam com crianças e ensinavam a escovar os dentes e removiam tártaro.

Foi também, nos Estados Unidos que, em 1910 surgiram os primeiros cursos formais para auxiliares, sendo que neste país até hoje estes profissionais atuam como autônomos prestando atendimento para crianças e adultos (REIS et al., 2017).

No Brasil, a atuação destes profissionais, com o nome de Auxiliar de Higiene Dental (AHD) ou Higienista Dental, se deu em 1952, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com a finalidade de realizar atividades nos Programas de Odontologia Escolar sendo que estes profissionais “deveriam fazer atividades de educação , prevenção e promoção de saúde e auxiliar em atividades clinicas nas zonas rurais (REIS et al., 2017, p. 297).

A inserção destes profissionais pelo SESP, promoveu uma profunda mudança na assistência odontológica no Brasil e fez emergir a saúde bucal no âmbito das políticas publicas, introduzindo os profissionais auxiliares com funções higienistas e preventivistas e, com inicio da aplicação da ergonomia nos serviços. Esta mudança foi concretizada, em 1952, com a incorporação da Auxiliar de Higiene Dental que tinha como atribuições a aplicação tópica de flúor, orientação de escovação, profilaxia e instrumentação, em seus programas (KITANI, 2011 p.21).

A assistência odontológica aos escolares introduzida neste período caracterizou um marco inicial das políticas públicas em odontologia e o surgimento de uma nova profissional, na área da odontologia, capaz de melhorar, ampliar e melhorar a qualidade dos serviços através do desenvolvimento de ações educativo- preventivas.

Durante toda a história da odontologia a nomenclatura dos responsáveis pelas “ações odontológicas”, ou seja, os praticantes da arte dentária (NARVAI, 1997) variou bastante aparecendo, na literatura, nomes como: Higienista Dental nos Estados Unidos, Enfermeira Dentária Escolar ou “Enfermeira dental” na Nova Zelândia no ano de 1921, “Terapeuta Dental” e “Técnico de Operatória Dental” na Austrália e, no Brasil, a Auxiliar de Higiene dental (AHD), no ano de 1952.

Nestes países, a atribuição destes profissionais são basicamente: exame bucal, desenvolvimento de ações preventivas educativas, colocação de material restaurador, tomada de RX, extrações simples de dentes temporários e alguns procedimentos de prótese sendo que “a qualidade do seu trabalho é, no mínimo, similar ao executado pelo CD” (PINTO, 2000 p. 258).

À época, os requisitos exigidos para o exercício da profissão eram: frequentar o ensino de nível técnico sendo formado basicamente como técnico de enfermagem e passando por uma complementação de 01 ano para a formação específica na área dental.

Um marco divisor para a profissão foi a aprovação do parecer nº460/75, pelo Conselho Federal da Educação (CFE) autorizando a formação dos atendentes de consultório dentário (ACD) e dos Técnicos em Higiene Dental (THD), aprovando a criação dos cursos de THD e ACD com a definição do perfil profissional adequado e seu currículo mínimo.

Um profissional que, sob a supervisão de CD, executa tarefas auxiliares no tratamento odontológico, competindo-lhe: treinar atendentes, colaborar na educação em saúde e estudos epidemiológicos, administrar a clínica, demonstrar técnicas de escovação, supervisionar o trabalho do ACD, conservar o equipamento, instrumentar o CD, tirar e revelar radiografias entabocais, testar vitalidade pulpar, remover tártaro supragengival, fazer aplicações tópicas, inserir, condensar e polir materiais restauradores, proceder limpeza e profilaxia do campo, remover suturas, preparar materiais restauradores, moldagens e confeccionar moldes ( PINTO, 2000 p. 260).

As profissões de ACD e THD foram disciplinadas pelo Conselho Federal em Odontologia (CFO) em 1984 (CROSP, 2015; LIMA JUNIOR et al. 2012), quando estes profissionais passaram a ter regras e responsabilidades específicas para o exercício da profissão determinadas pela resolução 155/84.

No relatório apresentado para o Conselho Federal da Educação (CFE) a fim de justificar a habilitação para os Técnicos em Higiene Dental (THD) e Atendente de Consultório Dentário (ACD) é relatada a mortalidade infantil no Brasil (cem mil crianças por ano) e a “necessidade de atender bem as que sobrevivem”.

O relator aponta que a odontologia, apesar dos melhoramentos dos cursos de graduação não tem aumentada a eficiência no trabalho, destacando que o serviço realizado pelo pessoal auxiliar, sob a supervisão dos dentistas, possibilita a realização de tarefas indiretas, possibilitando que o profissional cirurgião dentista aumente sua produtividade em atividades que ele possui capacidade técnico-científica para realizar e que o auxílio prestado pelo pessoal auxiliar irá permitir um barateamento do custo dos serviços, além de aumentar a rentabilidade, com atendimento mais eficiente. Para que este auxílio seja eficaz, seria necessária a habilitação regular destes recursos humanos (MEC,1989).

A partir de então, criou-se a necessidade de qualificar estes profissionais para o cumprimento da resolução, visto que havia um grande número de trabalhadores no exercício das funções de THD e ACD em todo o país. O estado do Paraná foi pioneiro na realização de curso autorizado pelos órgãos de educação do país para formar THD no ano de 1984 (KRIGER e col., 2003), respeitando o imposto pela resolução n° 155 do Conselho Federal de Odontologia:

Art. 10. O exercício das atividades privativas do técnico em higiene dental só é permitido com a observância do disposto nestas normas (CFO,1984).

Art. 11. Para se habilitar ao registro e à inscrição, como técnico em higiene dental, o interessado deverá ser portador de diploma ou certificado que atenda, integralmente, ao disposto no Parecer n° 460/75, aprovado pela Câmara de 1° e 2° graus, do Conselho Federal de Educação (CFO,1984).

O parecer do Conselho Federal da Educação n° 460/75, impõe as regras para habilitação de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário:

1. técnico em Higiene Dental 7 — Duração do curso 3 ou 4 séries  
Mínimo de 2.200 horas ou 2.900 horas (esta carga horária global mínima incluindo núcleo comum, formação especial e estágio, dispendo-se os estudos de forma a obedecer ao que prescreve o art. 23 da Lei n° 5.692/71 (CFE,1975).

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada no mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, pela primeira vez proporcionou aos segmentos sociais da população a participação da discussão de propostas para tornar a saúde bucal um direito de todos e dever do Estado.

Uma das deliberações desta conferência, após várias discussões sobre as ações realizadas pelos auxiliares de odontologia nos grupos de trabalho, foi a necessidade de

formação pessoal auxiliar (ACD e THD) com a finalidade de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade:

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

Em outro parágrafo:

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

Com o aumento das atividades realizadas pelo pessoal auxiliar, exigindo maior conhecimento destes profissionais para atuar, o CFO passa a exigir o certificado de formação para fins de registro de Técnico em Higiene Dental.

Na década de 90, mais precisamente no ano de 1992 durante a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, surge a obrigação do poder público estimular e patrocinar a formação do pessoal, auxiliar em odontologia (ACD e THD) realizando formação em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas (CROSP, 2015).

Segundo Frazão, 2011 o primeiro Projeto de Lei foi apresentado para o parlamento brasileiro no ano de 1989 com uma importante movimentação de ACD e THD do país apoiada pelos sindicatos sendo que, após vários encontros para debates e negociações, em 1993 o Congresso Nacional aprovou a lei regulamentadora das profissões de TSB e ASB, mas, para decepção de todos o então presidente da república Itamar Franco, não sancionou a lei “amparando-se no argumento de que a regulamentação restringe o mercado de trabalho, delimita o campo de ação, desmotiva o aperfeiçoamento profissional e impede a plena liberdade contratual” (PEZZATO e COCCO, 2004, apud FRAZÃO e NARVAI, 2011, p.110).

A união dos representantes dos THD e ACD com várias Instituições Nacionais e Consulta Pública, coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, trouxe a homologação do perfil dos Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal permitindo a otimização do processo de trabalho, o aumento da qualidade técnica e da produtividade, a diminuição do desgaste físico, o conforto e

segurança ao atendimento, redução dos custos operacionais e a abertura ao acesso da população aos cuidados (FRAZAO e NARVAI, 2011).

Fruto da persistência, confiança e resiliência dos profissionais da área frente às lutas durante anos mediadas por conquistas gradativas em relação a habilitação profissional, finalmente o Projeto de Lei complementar 003/2007 que regulamenta as profissões de ACD e THD foi novamente apresentado na Câmara Federal em Brasília e sancionado em 24 de dezembro de 2008, pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, determinando que os profissionais passassem a ser chamados de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), em substituição ao nome Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e de Técnico em Saúde Bucal (TSB), em substituição ao nome Técnico em Higiene Dental.

A regulamentação, através da promulgação de uma Lei, tem por objetivo a fixação de competências quanto a adequação terminológica estabelecida pela lei, contribuindo para o exercício das funções e para o processo de trabalho da equipe.

Para Pereira (2009):

Essa regulamentação não só vai qualificar todo o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas brasileiros como vai criar um campo de trabalho enorme para toda categoria. Também esta regulamentação foi um resgate de uma dívida histórica, que se arrasta por mais de 20 anos, de extrema importância para o cirurgião dentista (PEREIRA, 2009, p.180).

A partir desta data e conquista histórica, para atuar na área, passa a ser necessário se inscrever nos Conselhos de Odontologia e, para se habilitar ao registro e a inscrição como TSB, é obrigatório ter ensino médio completo e curso técnico profissionalizante, com no mínimo 1080 horas, registrado no Ministério da Educação e Cultura (MEC), estando estes profissionais sujeitos ao Código de Ética Odontológica (REIS e col., 2017).

Com a aprovação da Lei do Exercício profissional houve nova alteração das nomenclaturas THD e ACD para Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), respectivamente, por meio da Resolução CFO-085/2009 aprovada em 30 de janeiro de 2009 que veio a confirmar a Lei 11.889 de 24/12/2008.

O ASB e o TSB são ocupações que devem ter seu exercício sob a supervisão do cirurgião dentista sob a regulamentação do Código de Ética Odontológico, Lei 11889/08, e das resoluções nº85/2009 e nº86/2009 do Conselho Federal de Odontologia. Desta forma, para estes profissionais atuarem é necessário ser inscritos no CRO, ser

portador de diploma ou certificado que atenda às normas vigentes do Ministério da Educação e, na ausência destas, em ato normativo específico do CFO.

O trabalho do ASB e do TSB é centrado em atividades de menor complexidade, possibilitando a racionalização do trabalho, o aumento da produtividade e da qualidade no trabalho, o desenvolvimento técnico-científico e as mudanças nas práticas e nos modelos de atenção.

De acordo com a Classificação Brasileira de Profissões (CBO), instituída com a finalidade de uniformização da identificação das ocupações no mercado de trabalho, o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), são denominados de Técnicos em Odontologia ( CROSP ,2015)

Quadro I Legislações das profissões de TSB e ASB

| Leis ou Resoluções      | Disposições   |
|-------------------------|---|
| Lei 4.324/ 1964         | Dispoe sobre a criação dos Conselhos de Odontologia   |
| Decreto nº68.704/ 1971  | Dispõe sobre a habilitação de auxiliares e Técnicos na área odontologia( ACD e THD)                       |
| Resolução CFO 155/1984  | Regulamenta o exercício da Odontologia no Brasil.   |
| Parecer CFE nº460/ 1975 | Impõe as regras para habilitação de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário         |
| Resolução CFO 085/2009  | Dispões sobre a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia                   |
| Resolução CFO 086/2009  | Dispões sobre aConsolidação das Normas Para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia                    |
| Lei 8.889/2008          | Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB |

Fonte: autora

### *1.3.1.1 Atividades e Atribuições das Categorias de Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal*

O Auxiliar em Saúde Bucal poderá executar apenas as competências descritas nessa lei, não podendo realizar qualquer atividade que não esteja descrita por ela. Caso

isto aconteça, o profissional pode ser punido e o cirurgião-dentista terá que responder perante o Conselho Regional de Odontologia por essa atuação irregular. É permitido ao Auxiliar em Saúde Bucal:

- Organizar e executar atividades de higiene bucal;
- Processar filme radiográfico;
- Preparar o paciente para o atendimento;
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
- Manipular materiais de uso odontológico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal;
- Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.
- O que o ASB não pode fazer
- A legislação é bem clara em relação às atividades que o Auxiliar em Saúde Bucal não pode exercer. São elas:
- Exercer a atividade de forma autônoma;
- Prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal;
- Realizar no paciente qualquer procedimento que não esteja incluso no que já mostramos anteriormente;
- Fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados da área odontológica.

Desta forma, o ASB não pode trabalhar por conta própria, oferecendo trabalho no formato *freelancer* para os cirurgiões-dentistas. Também não pode fazer qualquer tipo de campanha publicitária para promover seus serviços. E jamais poderá fazer qualquer tipo de procedimento sem o acompanhamento do profissional responsável pelo consultório.

### ***1.3.1.2 O Técnico em saúde bucal***

O Técnico em Saúde Bucal é o profissional habilitado para realizar atividades de promoção, educação e controle das doenças da cavidade bucal. De acordo com o Conselho Regional de Odontologia do estado de São Paulo (CROSP,2015), as ações dos TSBs vão muito além de sua atuação clínica, estando voltadas para a promoção da saúde bucal, para a humanização da atenção tendo o cuidado e o vínculo como eixo de suas ações.

A Lei 11889/08 descreve as atribuições do Técnico em Saúde Bucal que, segundo Frazão (2011) classificam-se em ações indiretas: treinamento, capacitação, supervisão dos ASBs e participação em levantamento epidemiológico como coordenador, monitor e anotador e ações diretas: promoção da saúde, prevenção das doenças e assistência individual que estão relacionadas a participação nas ações educativas, aplicação tópica de flúor e intervenções na cavidade oral como remover o Biofilme, calculo dentário e distribuir no preparo cavitário, material restaurador.

Esta lei permitiu ao TSB uma certa autonomia ao autorizar que estes profissionais realizem atividades extra clínicas, isto é, aquelas voltadas à promoção da saúde e prevenção das doenças em âmbito coletivo, sem a presença do cirurgião dentista.

Por meio de capacitação e formação, o TSB habilita-se ao exercício profissional em todas as áreas de atuação da Equipe de Saúde Bucal, nos setores público e privado. Assim, as áreas de atuação deste profissional englobam o setor público e privado e particular, a clínica geral e as especialidades, envolvem ações de educação, prevenção e assistência além da docência e supervisão de estágio do auxiliar de saúde bucal. De forma mais específica, o técnico em saúde bucal (TSB) pode desempenhar as seguintes atividades (CROSP,2015) :

- a) fazer a remoção do biofilme, incluídos aqui raspagem e polimento coronários, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- b) inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta;
- c) proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
- d) realizar isolamento do campo operatório;
- e) realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- f) exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares;
- g) remover suturas; h) participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- i) ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio de aplicação de flúor e escovação;
- j) participar do treinamento e capacitação de ASB e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- k) realizar visitas domiciliares acompanhando a ESF;
- l) participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- m) desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde;
- n) desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade;
- o) aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- p) supervisionar o trabalho do ASB;
- q) realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe e usuários; e
- r) atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.

Além destas atividades, Oliveira (2012) também elenca como atribuições do TSB: a) manipular materiais de uso odontológico;

- b) realizar moldagens e confeccionar modelos em gesso;

- c) tirar e processar radiografias intraorais;
- d) preparar o paciente para o atendimento;
- e) marcar consultas e organizar prontuários;
- f) lavar e esterilizar materiais; g) fazer a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- h) realizar a limpeza do consultório.

Para Borges (2014), adicionam-se ainda mais duas atribuições:

- a) organizar o ambiente de trabalho, considerando sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal;
  - b) desenvolver em equipe ações de prevenção de riscos ambientais e sanitários.
- Outros autores que citam algumas destas atividades são Borges (2016), Kitani e Castro (2015) e Brasil (2004b).

Segundo Borges (2014) e Brasil (2008), é vedado ao TSB:

- a) exercer a atividade de forma autônoma;
- b) prestar assistência direta ou indireta ao paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião- dentista;
- c) realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no artigo 5o da Lei no 11.889/2008, de 24/12/2008;
- d) fazer propaganda de seus serviços, exceto em revistas, jornais e folhetos especializados da área odontológica.

Destaca-se que o TSB deve atuar sempre sob a supervisão direta ou indireta de um Cirurgião-Dentista, na proporção máxima de 01 (um) CD para 05 (cinco) TSB (Borges, 2014).

Na esfera pública, por sua vez, o TSB não exerce todas as atividades para as quais está legalmente habilitado, o que Queluz (2005) explica pela falta de estrutura física e pela subutilização do pessoal auxiliar, típicos do poder público. Sua atuação no setor público diz respeito às atribuições clínicas, administrativas e preventivas/coletivas.

Na primeira atribuição, inclui-se remoção de biofilme, tomadas radiográficas e sua revelação, remoção de suturas, inserção e condensação de materiais restauradores,

manipulação de materiais de uso odontológico e instrumentação do cirurgião-dentista.

Na parte administrativa, estão os procedimentos de marcação de consultas, lavagem e esterilização de instrumentais, limpeza do consultório e aplicação de medidas de biossegurança.

As atividades preventivas/coletivas, por sua vez, incluem visitas domiciliares, promoção de saúde nas comunidades, palestras, supervisão de outros profissionais a ele subordinados, escovação supervisionada, revelação de placa bacteriana e aplicação de flúor.

Cabe ressaltar que o TSB engloba também as atividades do Auxiliar em Saúde Bucal. Isso porquê, ao se considerar a hierarquia técnica entre ambos, cabe ao TSB a supervisão das atividades do ASB, o que lhe confere a possibilidade de executar as mesmas atribuições que este profissional.

Essa é a caracterização da relação do Técnico de Saúde Bucal no contexto de equipes multidisciplinares que visam realizar de forma satisfatória a saúde bucal.

## **2 POLÍTICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A SAÚDE BUCAL: TECENDO A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

A recuperação do processo histórico de conformação das políticas públicas de saúde e de educação profissional permite situar a área da saúde bucal e as relações entre esses campos que contextualizam nosso objeto de estudo.

É válido apontar, conforme já apresentado no capítulo anterior, que esse processo se fundamenta na lógica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira sob forte influência do capitalismo internacional (POLIGNANO, 2006).

A saúde, durante muito tempo, não foi tema central das políticas públicas do estado brasileiro, ganhando destaque após a Constituição Federativa de 1988 quando aparece como direito do povo e dever do Estado.

As políticas públicas, por definição, são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. A política pública deve ser construída a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. No Brasil, o direito à saúde é viabilizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que deverá ser universal, integral e gratuito (FIOCRUZ, 2019).

De acordo com Paim e Teixeira (2006) o conceito de Política Pública de Saúde abarca o conjunto de programas, ações e decisões construídas a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito aos serviços, ações ou programa de saúde.

Para desenvolvê-la é necessário estudos sobre a relação do Estado com a sociedade analisando as reações destes entes às condições de saúde da população e seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública, observando sua

relação com as políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, nos dias atuais, a Política Pública de Saúde instituída no Brasil por meio da Lei Federal 8.080 de 1990 garantindo à população o direito à saúde universal, integral e gratuita.

Outro conceito que sustenta o desenvolvimento das políticas públicas de saúde é o de Modelo de Atenção em Saúde que representa a forma de organização do sistema e suas práticas em resposta às necessidades da população. Os modelos são expressos em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS (FIOCRUZ,2019).

O entendimento destes conceitos abre a discussão dos temas abaixo que fundamentam as bases de compreensão das relações entre a educação em saúde, a qualificação, as políticas, os modelos de atenção e suas associações com a inserção do Técnico em Saúde Bucal no mercado de trabalho, tema deste estudo.

## 2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

No período colonial a saúde no Brasil era baseada no uso de ervas limitando-se aos próprios recursos da terra e àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. Nesta época os atendimentos eram realizados pelos jesuítas, pajés das aldeias indígenas e pelos barbeiros práticos, conhecedores de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus (BAPTISTA, 2007).

No início do século XVIII, com a vinda da Família Real para o Brasil, se percebeu a necessidade de uma estrutura sanitária mínima e passou-se a estabelecer um controle em embarcações e navios que chegavam nos portos do país trazendo, muitas vezes, imigrantes e animais com pestes e doenças para o Brasil. Esta estrutura de vigilância foi implantada, inicialmente, na cidade do Rio de Janeiro, capital do país e onde residia a Família Imperial (POLIGNANO,2006).

Com o crescimento das necessidades na área da saúde foi sendo constituída uma demanda pela instalação de cursos de graduação e de formação para estes profissionais. A organização do ensino em saúde iniciou-se neste século com a chegada dos primeiros médicos no Brasil, a instalação dos primeiros hospitais e da primeira Faculdade de Medicina do país (BAPTISTA, 2007).

O quadro de profissionais da saúde nesta época era formado, principalmente, por leigos devido à ausência de pessoal qualificado para exercer tais funções. Com a odontologia não era diferente e as atividades da “arte dentária” eram exercidas pelos “cirurgiões barbeiros”, sem a exigência de formação básica em saúde.

Com a Proclamação da República, a libertação dos escravos e a crescente imigração de povos europeus (italianos, espanhóis e portugueses) para o Brasil, aumentaram as doenças no país. No início do século XX, com a presença de Oswaldo Cruz, promove-se uma reforma nas ações de saúde pública que incluía a necessidade de vacinação da população, processo que gerou a revolta da população pelo sentido obrigatório da campanha:

Destaca-se nesse processo o papel fundamental de Oswaldo Cruz, que, como diretor geral de saúde pública, progressivamente implantou instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das campanhas sanitárias, destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. O modelo campanhista adotava um estilo repressivo, acompanhado pela vigilância policial e foi recebida com desconfiança e medo pela população. Isso porque, frequentemente, a população da época sofria as ações violentas da polícia que reproduzia as práticas opressoras empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.2014).

Em 1924, após um movimento dos trabalhadores, especialmente os italianos, em função das péssimas condições de trabalho, foi aprovada pelo Congresso Nacional a lei Elói Chaves instituindo as caixas de aposentadorias e pensão, sendo aplicada aos segmentos dos trabalhadores das empresas. Esta lei previa um sistema de caixa onde as empresas deveriam recolher mensalmente um valor, dando direito, além das aposentadorias e pensões, a socorros médicos para o trabalhador e para as pessoas que habitassem sob o mesmo teto deste (POLIGNANO, 2006).

O início da formação em odontologia foi anterior a esse processo datando do ano de 1884, com a instalação do curso nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia com muitas dificuldades para reconhecimento e autonomia, sendo inclusive reconhecida, por muitos anos, a atividade do Prático Dentista (PEREIRA, 2009).

Baptista (2007) afirma que a criação do Ministério da Educação e Saúde, durante o Estado Novo (1937- 1945) trouxe um direito à saúde para os trabalhadores da indústria e, posteriormente, a formulação do Plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE). Após a implantação do SALTE, foi criado, no ano de 1953, o

Ministério da Saúde (MS), que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e vigilância sanitária, surgindo, ainda que minimamente, uma saúde voltada para o coletivo, porém sem a abrangência integral e universal. A ênfase era colocada na saúde curativa, com a valorização dos produtos farmacêuticos e direcionada à classe trabalhadora, esquecendo dos menos favorecidos.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro (BAPTISTA,2007, p.40).

Segundo Pereira (2009), a odontologia teve sua autonomia como campo do conhecimento em 1950, devido a elevada incidência de problemas dentários oriundos da falta de escovação e a alta ingestão de açúcares associada ao pequeno número de profissionais qualificados para atender os pacientes. Passou-se então a exigir a habilitação por escola ou faculdade oficial, após o registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior para o exercício da profissão.

A revolução industrial criou, também no campo odontológico, as condições para a rápida transformação do processo de trabalho e do seu sujeito. Logo apareceram diferentes especialistas, dividindo tecnicamente o trabalho em sentido horizontal e também os auxiliares, direcionando verticalmente essa divisão. Dentre os auxiliares, o “protético” e o “auxiliar de consultório” foram e são ainda hoje unanimemente aceitos. Nos dias atuais, contudo, novos tipos de pessoal odontológico vêm sendo utilizados em diferentes países e também no Brasil (NARVAI, 1997, p.449).

Foi no início os anos 50, mais precisamente em 1952, que temos o relato da primeira qualificação para o Auxiliar de Higiene Dental (AHD) através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com a finalidade de realizar atividades nos Programas de Odontologia Escolar (REIS et al., 2017).

O desenvolvimento industrial do país, a partir da década de 50 levou a uma rápida expansão dos serviços de saúde. Nesse período inicia-se a instalação de grandes hospitais, desenvolvimento de novas tecnologias e, conseqüentemente, a necessidade de especialização dos recursos humanos que nela atuam (BAPTISTA,2007).

O modelo de saúde predominante era o da saúde previdenciária e, após o golpe militar no ano de 1964, ocorre a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Servidores (IAPS), com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Propiciava-se, assim, a implementação de uma política de saúde que privilegiava a

contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios, fortalecendo a privatização do setor de saúde.

Baptista (2007) afirma que, durante o regime militar, a saúde apresentava um cenário exclusivista mesmo com a inclusão de algumas categorias profissionais como beneficiários do sistema: os trabalhadores rurais (PRORURAL em 1971), os empregados domésticos e os autônomos em 1972. Neste período o direito à assistência médica prestada pelo INPS, tendo o sistema de saúde direcionado aos contribuintes trabalhadores da indústria e comércio

Com o envolvimento da comunidade acadêmica da Universidade de São Paulo, (Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) dentre outras, surge o Movimento Sanitarista.

O objetivo era a mudança do sistema de assistência à saúde no país, fazendo com que se torne um direito de todos, com gestão descentralizada e com o Estado promovendo a participação da comunidade e trabalhadores na formulação das ações (Baptista, 2007).

Este movimento vai se fortalecendo com as alterações das políticas de saúde, cada vez mais excludente e cara, despertando a necessidade do setor público investir em políticas de saúde.

Polignano (2006) relata que, entre o fim do regime militar e a eleição de Tancredo Neves, no fim da década de 70 e início da década de 80, surgem diversos movimentos sociais na área de saúde, gerando a criação das Associações dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS) que deflagram uma grande mobilização nacional na realização VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Assim eram lançadas as bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Segundo Polignano (2006), o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) tinha um subsistema de atenção Médico Supletiva com 5 modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. Eram custeadas por contribuições mensais dos beneficiários em contrapartida pela prestação de serviços, com prazo de carência e algumas exclusões com o tratamento de doenças infecciosas.

Em 19 de setembro de 1990, por não beneficiar a todos e não ter a preocupação de investir em saúde preventiva, este Sistema foi substituído, com o decreto da lei 8080, pelo Sistema único de Saúde (SUS), política de saúde vigente no país até os dias de hoje (POLIGNANO, 2006).

Desde a constituição de 1988, o Estado assume a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado por políticas sociais e econômicas visando diminuição dos riscos de doença e outros agravos com garantia de acesso universal e igualitário e proteção à saúde integral das pessoas (BAPTISTA, 2007).

O SUS nasce com o desafio de construir uma política universal e integral e, para isso, foram necessárias modificações na forma de “fazer” saúde, mudando o olhar de uma saúde puramente intervencionista e curativa, para uma saúde preventiva e coletiva.

A odontologia também participa deste movimento social promovendo, concomitantemente a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, garantindo, entre outras conquistas, a participação da saúde bucal no Sistema Único de Saúde e a suspensão dos recursos aplicados no setor privado. Estes recursos foram destinados para ampliação dos serviços próprios, para o fortalecimento das pesquisas e do vínculo dos serviços com as instituições de ensino trazendo a obrigatoriedade da formação do pessoal, bem como a incorporação destes profissionais no serviços, exigindo do Estado a organização e custeio das formações (BRASIL, 1986).

O entendimento da saúde bucal amplia-se e passa a constituir um conjunto de condições subjetivas e objetivas que permitem ao ser humano se relacionar, falar, mastigar, desenvolver a autoestima e relacionar-se socialmente, tornando-se um conceito complexo, não apenas de “saúde dos dentes” (PEREIRA, 2009).

A inserção da odontologia como direito de todos promoveu a mudança do modelo de atenção, voltado quase que exclusivamente aos escolares, para um modelo de atenção universal, exigindo, por parte dos gestores dos três níveis, federal, estadual e municipal, a implantação de novos modelos que falaremos no texto abaixo.

## 2.2 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Neste tópico contextualizam-se os modelos de atenção em saúde bucal instituídos no Brasil ao longo da história. A análise sobre essa temática impõe abordar o modo como foram e são produzidas as ações de saúde bucal e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizaram para produzi-las.

Ao longo dos anos, a implantação desses modelos foi acompanhada da necessidade de mudar a forma de trabalho em saúde bucal, inicialmente centrada, de forma exclusiva, no cirurgião dentista, para o modelo atual, desenvolvido como Equipe de Saúde Bucal. O Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e o Técnico em Saúde Bucal (TSB) passam a integrar o desenvolvimento das ações, o que afeta a necessidade de enfrentar questões de gestão e qualificação como exigência para exercer as atividades profissionais com maior eficácia.

Antes da década de 50 predominava no Brasil a odontologia de mercado, com práticas essencialmente em clínicas particulares, abordagem individual, centrada no indivíduo doente. Esse modelo, infelizmente, predomina até os dias hoje, conforme afirmado por Narvai (2006):

A odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Em linhas gerais, sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas (NARVAI,2006, p.143)

Pereira (2009), ao descrever sobre a evolução dos modelos de atenção em saúde bucal na saúde pública do Brasil, afirma que até os anos 50 a odontologia era realizada por dentistas da prática privada passando, entre a década de 50 e 80, por um modelo preventivo e excludente, que dava atenção somente aos escolares e finalmente, ao modelo atual, de uma odontologia voltada para a atenção à família.

Segundo a literatura (PEREIRA, 2009; NICKEL et al., 2008) o modelo inicial de atenção em saúde bucal foi o Sistema Incremental (1950- 1980), seguido pelo Programa de Inversão da Atenção (final da década de 80), a Atenção Precoce em Odontologia (1995) e, por fim, a odontologia a partir do Núcleo Familiar (Saúde da Família), que prevalece até os dias atuais como um dos Programas do Brasil Sorridente, modelo de atenção em Saúde Bucal instituído no ano de 2004.

### 2.2.1 A odontologia sanitária, a odontologia social e preventiva e a saúde bucal coletiva

Antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, as ações de saúde pública na área da saúde bucal eram voltadas para um público específico, passando de ações puramente curativas (antes da década de 1950) para curativas e preventivas com modelos exclusivistas, isto é, atendendo a uma faixa específica da população (NARVAI, 2006).

Segundo Pereira (2009), até os anos de 1980, a saúde pública bucal no Brasil apresentava uma dualidade nas suas ações. A saúde previdenciária, sob a responsabilidade do Ministério da Previdência que dava direito ao acesso à saúde aos trabalhadores por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) convivia com a saúde “pública” a cargo do Ministério da Saúde. Neste período, segundo o autor, a assistência odontológica, na área da saúde pública era bastante precária, realizada apenas nas escolas.

A principal ferramenta utilizada pela odontologia sanitária para tratar e diagnosticar os problemas de saúde bucal, denominada de Sistema Incremental, visava o atendimento completo de uma faixa da população segundo alguns critérios e eliminando as necessidades acumuladas (NARVAI, 2006). Este método surge na década de 1950 com o Serviço Especial de Saúde Pública, apresentando a proposta de “prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela odontologia nas décadas anteriores” (NICKEL et al., 2008, p. 242).

A proposta deste modelo focava na assistência aos escolares de 06 a 14 anos por possuírem, na opinião dos idealizadores do modelo, uma maior incidência de cáries com lesão em fase inicial. Porém, segundo Nickel et al. (2008), os recursos preventivos eram colocados em segundo plano, sendo abordados através da fluoretação da água de abastecimento e/ ou a aplicação tópica de fluoreto de sódio a 2% nas crianças de 7, 10 e 13 anos.

Com o surgimento de novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie, surge a Odontologia Integral que buscava complementar as ações do Sistema Incremental, enfatizando a prevenção através do retorno programado para manutenção preventiva. Utilizava-se, pela primeira vez na saúde pública, a ideia de trabalho em equipe, formada pelo Técnico em Higiene Dental (THD) e pelo Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) (NICKEL et al., 2008).

Segundo Narvai (2006), no final da década de 1980, com várias críticas ao Sistema Incremental, surge o Programa de Inversão da Atenção (Sistema Universal, Sistema de Ações de Natureza Coletiva, ou Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie), que buscava a estabilização do meio bucal através da utilização de métodos preventivos. Nesse caso, somente após o controle da doença, se iniciava o tratamento restaurador definitivo, a reabilitação oral, visando também a ampliação da cobertura populacional, visto que neste modelo abria-se o acesso à população adulta.

Outro modelo de atenção que se difundiu na odontologia dos anos de 1990 foi o da Atenção Precoce ou “Odontologia do Bebê que propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, incluindo as gestantes, visando a educação do núcleo familiar. Neste programa eram desenvolvidas as fases educativas, onde os pais recebiam informações sobre saúde bucal e a fase preventiva, onde a criança recebia atendimento clínico a cada 2 meses, caracterizando um marco na redução da cárie em crianças de 0 a 6 anos (PINTO,2000).

Com a mobilização das instituições de ensino e da sociedade em prol das conquistas dos direitos à saúde e do aumento da participação da odontologia nestes movimentos, no final dos anos 1980, conforme trazido por Polignano (2006), estes modelos já não atendiam a necessidade da política de saúde. Este fator, associado ao crescimento de publicações científicas na área de prevenção e promoção em saúde bucal, (NARVAI, 2006) resultaram em um novo modelo, o da Saúde Bucal Coletiva.

Narvai (2006) explica a mudança de conceitos de odontologia para saúde bucal coletiva, utilizando a “fala” de um outro artigo seu escrito com Frazão e Narvai (2006):

Saúde Bucal Coletiva é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como Saúde Coletiva e que, a um só tempo, compreende também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o [...] a saúde bucal coletiva (SBC) advoga que a saúde bucal das populações “não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível portanto de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos (FRAZÃO e NARVAI, 2006, apud NARVAI 2006, p. 144).

Com o avanço do pensamento da saúde integral e comunitária surge a Saúde Bucal coletiva onde a odontologia sanitária prossegue com a inclusão de estudos científicos, publicação de inúmeros livros sobre a temática. Destaca-se a criação de uma entidade nacional, a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRASBUCCO), em 1998 (NARVAI, 2006).

Desta forma, a saúde bucal coletiva se tornou um campo de conhecimentos que advoga sobre a saúde bucal das populações realizando construções sociais operadas de modo consciente pelo homem, avaliando cada situação como única, singular. De certa forma, isso implicou em uma ruptura epistemológica com a odontologia de mercado por não assentar-se apenas nos aspectos biológicos e individuais, incorporando também os aspectos sociais. (NARVAI, 2006).

A saúde bucal passa, através da Saúde Bucal Coletiva a desenvolver uma *práxis* onde o homem é recuperado por inteiro, a partir de suas necessidades (e de todas as pessoas). Rompe com a odontologia hegemônica, opondo-se a lógica do mercado que se fundamenta na “mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (todos os recursos) odontológicos pelas elites” ( NARVAI, 2006, p. 144).

Com a implantação do SUS, reconhecidamente uma importante conquista social dos brasileiros, surge a necessidade de atenção universal e integral havendo a necessidade de se pensar em um modelo de atenção em saúde bucal que abrangesse toda a população, surgindo, em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) que, segundo Pires (2004, apud NICKEL et al., 2008, p. 244) “se constitui em uma nova porta de acesso ao SUS, uma incorporação prática e reafirmação dos seus princípios”.

### 2.2.2 A saúde bucal na Saúde da Família e o Brasil Sorridente

A saúde bucal inseriu suas equipes no PSF em 2001, através da portaria GM/MS 144, de 28 de dezembro de 2001, mediante incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal. O objetivo era construir um modelo de atenção que melhorasse as condições de vida dos brasileiros através da ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, aumento do acesso da população e conseqüente melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal (BRASIL, 2001)

A regulamentação das equipes de saúde bucal no PSF se deu através da portaria GM/MS n 267, de 06 de março de 2001 que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF (BRASIL, 2001). Este modelo visava assegurar o acesso de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelo PSF realizando ações de promoção em saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Esse processo incluía o uso de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população dando ênfase a atenção básica com a prioridade de eliminar dor e infecção, diminuindo o fluxo dos usuários na atenção complexa (NICKEL et al, 2008).

Para Esposti, et al.(2012):

A inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de 2000, buscou efetivar a promoção da saúde bucal no Brasil, muito discutida no âmbito teórico (Brasil, 2000, 2002), e enfatizada na Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. O objetivo era ampliar o acesso e melhorar as condições de saúde bucal da população (Brasil, 2004c), possibilitando a adequada atenção à saúde bucal aos diversos grupos populacionais nos diversos momentos do ciclo de vida ( ESPOSTI et al. 2012, p.374).

A portaria 1444/2001, apresenta duas modalidades para a inserção da equipe de saúde bucal no PSF: a modalidade I compreendendo um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade II, compreendendo um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD) (BRASIL, 2001).

A exigência dos profissionais auxiliares na equipe e a diferença de incentivo financeiro de acordo com a modalidade da equipe é um destaque para o nosso trabalho, visto que o Técnico em Saúde Bucal é o objeto deste estudo e sua inclusão obrigatória na equipe de uma das modalidades, abriu a possibilidade de formação e aumento do mercado para estes profissionais.

Uma nova forma de trabalho em saúde bucal surge neste modelo, passando de uma odontologia basicamente individual para uma odontologia social onde os profissionais necessitam aprender trabalhar em equipe, ter um olhar para vigilância epidemiológica, para o território, fazer visitas domiciliares e atividades de promoção e educação além das atividades clínicas de atribuições exclusivas do cirurgião dentista e quando modalidade II do técnico em saúde bucal (NARVAI, 2006; PEREIRA, 2009).

Segundo Pereira (2009), o governo democrático, instituído pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, exigiu que a comunidade científica e política se reunissem buscando elaborar uma nova política de Saúde Bucal. O propósito seria ampliar a capacidade de atender as necessidades da população nos três níveis de atenção (básica,

secundária e terciária) em busca da integralidade. Assim surgiu um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, o Brasil Sorridente.

No ano de 2003, com a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva apresentava-se uma proposta de melhorar o processo de construção do SUS que se somava aos resultados dos encontros científicos na área da saúde bucal como o Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), Conferência Nacional de Saúde (CNS) e Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Assim, autoridades e estudiosos da área da saúde bucal organizaram as ideias que foram consolidadas e sistematizadas no Programa Brasil Sorridente, no ano de 2004, novo modelo da política de saúde bucal no Brasil instituído pela portaria 2.607/2004 do Ministério da Saúde

Segundo Pereira (2009), as propostas foram discutidas em uma reunião em São Paulo e os debates

[...] giraram em torno de um conjunto de propostas para uma Política Nacional de Saúde Bucal que, desde o período da resistência à ditadura militar, vinham se firmando como referência para a ação política desses militantes e partido, no âmbito mais geral da saúde e, mais especificamente a saúde bucal (PEREIRA, 2009, p. 24).

Este modelo, vigente até os dias atuais, garante a participação popular, das entidades de classe e dos trabalhadores da área na construção das propostas respeitando os princípios e diretrizes do SUS (Universalidade, Equidade, Integralidade, regionalização, descentralização e participação social) incentivando a realização de encontros técnicos e científicos para discussão da política bem como a realização de levantamentos epidemiológicos (BRASIL, 2008).

A garantia da formação dos trabalhadores, de uma política de humanização das condições de trabalho com menor precarização, a avaliação de desempenho de funções com a instituição de planos de cargos e salários são outras recomendações que encontramos neste modelo (PEREIRA, 2009). Inicialmente este modelo foi chamado, pelos autores, de “Fome zero e boca cheia de dentes”:

[...] preliminarmente, consideramos necessário assinalar que o anúncio do Programa Fome Zero como a primeira manifestação do Presidente eleito ao povo brasileiro sinaliza, clara e inequivocamente, um conjunto de prioridades para as políticas públicas que, em nosso entendimento, inclui a saúde e, nela, a saúde bucal, uma vez que tornar fome zero uma realidade para todos os brasileiros implica assegurar-lhes condições para mastigar bem. E ter dentes é condição para mastigar bem. Manter dentes saudáveis e, na sua falta, prover dentes aos que deles necessitam constitui, sem dúvida, enorme desafio no conjunto de desafios do

Programa Fome Zero. Daí nossa consigna: Fome zero, boca cheia de dentes! (CAPEL, 2011, p.25).

Porém após a nova política ser incorporada no Plano Nacional da Saúde, aprovado no ano de 2004, observou-se que a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), se tratava de uma política específica, particularizada. Por este motivo, constatou-se que deveria ser construída mediante ampla discussão, tendo sua implementação integrada às demais ações, surgindo o “ Programa Brasil Sorridente (CAPEL,2011).

Este novo modelo ampliou o acesso a atenção secundária com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), implantando os Centros de Especialização em Odontologia (CEO), com procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção primária (unidades básicas de saúde), conforme definido por Capel, 2011:

Os CEO são, portanto, unidades de referência para as unidades de saúde encarregadas da atenção odontológica básica, e estão integrados ao processo de planejamento loco-regional, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados por estados, municípios e governo federal. (CAPEL, .2011, p.27)

A partir de então, segundo Capel (2011), entidades odontológicas como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e o Conselho Federal de Odontologia (CFO) foram insistindo na necessidade do PSF contar com mais equipes de saúde bucal.

O CEO realiza atendimentos nas especialidades de periodontia, cirurgia oral menor, endodontia, pacientes com necessidades especiais e, em muitos municípios atende também as especialidades de prótese (reabilitação) e odontopediatria. Já na atenção terciária, a PNSB prevê atividades relacionadas ao câncer de boca (BRASIL, 2008).

Outro serviço instituído pelo novo modelo de atenção em saúde bucal são as unidades móveis para assistência odontológica (UOM), com o objetivo de atender os municípios participantes do território da cidadania que possuem populações em áreas rurais isoladas e/ ou com grande extensão territorial (BRASIL, 2008; CAPEL, 2011).

As equipes inseridas nestas modalidades recebem uma unidade móvel com consultório odontológico, equipamentos, incluindo aparelhos de RX, ar condicionado, armários, pias e reservatório de água, além de uma verba mensal para manutenção e uma parcela única a fim de aquisição de instrumentos e material de consumo (NARVAI,2011).

Na área da promoção e educação em saúde este modelo conta com a continuidade da fluoretacao da água, dos levantamentos epidemiológicos através da Pesquisa Nacional de saúde bucal, conhecido com SB Brasil, através da realização periódica de um inquérito populacional nacional, avaliando as condições de saúde bucal em relação à cárie dental, periodontia, necessidade de prótese, fluorose, traumas dentais, ocorrência de dor de dente, entre outros e a distribuição de Kits contendo escova de dente e creme dental, através do PSF e das ações nas escolas, visitas domiciliares e grupos de determinados ciclos de vida (BRASIL, 2008).

Narvai (2011) aponta que no período entre 2002 a 2010 o número de equipes de saúde bucal no Brasil se elevou de 4.261 para 20.424 tendo uma cobertura nacional de 45 % das equipes de PSF, afirmando que, para manter a saúde bucal na agenda da gestão das políticas públicas, é necessário avançar nas concepções e práticas que possibilitem romper com a hegemonia da Odontologia de Mercado, transformar o modelo de atenção e avançar nos cuidados odontológicos preconizados pela saúde coletiva, tornando concreto o direito humano à saúde, em seu componente saúde bucal.

Para que isso aconteça torna-se necessário reorganizar o processo de trabalho em saúde, fortalecendo o trabalho em equipe em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, busquem a melhor solução que cada problema exige (PEREIRA, 2009; BRASIL, 2008); CAPEL, 2011).

A organização da equipe do Saúde da Família em uma equipe multiprofissional, onde cada profissional desenvolve ações ora comuns, ora específicas, respeitando as especificidades de cada profissão, permite com que ninguém perca seu núcleo de atuação profissional, apesar de compreender os problemas e as situações como um todo (BRASIL, 2008).

A prática da saúde bucal, historicamente entre quatro paredes e restrita ao cirurgião dentista, passou durante anos por transformações, adotando o trabalho coletivo e em equipe composta atualmente pelo cirurgião Dentista, Auxiliar de Saúde bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB) disparando o desafio do trabalho multiprofissional para a conquista de uma saúde bucal de qualidade.

A falta de conhecimento da formação, das atribuições e funções de cada profissional da equipe parece tornar os profissionais auxiliares da saúde bucal, especialmente os técnicos, uma ameaça aos cirurgiões dentistas. Assim, no texto a seguir, apresento uma recuperação do campo da educação profissional em saúde que

possibilita compreender melhor as ocupações de auxiliar e técnico em saúde bucal que podem fortalecer a equipe e aperfeiçoar o trabalho na área.

### 2.3 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E A FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE BUCAL

A educação profissional em saúde pode instituir um processo de transformação de extrema importância que amplia o desenvolvimento do trabalho na área de saúde bucal. A construção crítica do conhecimento, aprendida através do processo de qualificação e/ou de formação profissional auxilia os profissionais da área na prestação do cuidado integral aos seus pacientes.

No Brasil, a educação profissional foi reconhecida, oficialmente em 1961, com a promulgação da Lei de Diretrizes e bases, de 1961 dando a ideia do surgimento de um processo de democratização do ensino propondo duas redes tendo a obrigatoriedade do ensino propedêutico em ambas, exigindo o ensino profissional “para todos que cursassem o chamado segundo grau” passando a fazer parte do currículo de 1º e 2º graus, a educação voltada para o trabalho (KUENZER, 2007).

Pode-se dizer que a educação profissional em saúde passa por transformações na década de 1960 com o decreto da lei de Diretrizes e Bases em 1961, que autoriza a realização de cursos técnicos de nível médio para a área da saúde, tendo, a formação dos técnicos de enfermagem reconhecida pelo ministério da educação em 1966 (RAMOS, 2010).

Porém, a formação para o trabalho sob a responsabilidade do Estado surgiu em 1909 com a criação da escola de Artes e Ofício com a proposta de educar pelo trabalho, órfãos, pobres e desvalidos, retirando-os da rua. A ideia de dualismo cultural se mantém, dividindo os trabalhadores que recebiam formação para fazer, executar, dentro das ideias Tayloristas/ Fordistas, deixando a formação acadêmica e intelectualizada para a classe dominante, a burguesia (KUENZER, 1999).

Na década de 1940, com o processo de industrialização do país exigindo mão de obra qualificada, surgiram, como complementação para o sistema de ensino, o serviço privado de formação profissional, SENAI e SENAC. A Escola de Artes e Ofício foi transformada em Escolas Técnicas Federais para preparar e formar o indivíduo na escola para exercer funções essenciais do mundo capitalista, atendendo as áreas industrial, agrícola e comercial ( KUENZER, 1999).

Na década de 1960 surgiu a orientação de buscar o desenvolvimento tecnológico com interesse no mercado internacional e este fato exigiu que o sistema de ensino se adequasse às necessidades deste mercado. Promoveu-se assim a promulgação de uma

nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) Lei 5.692/71, passando a incluir o ensino profissionalizante no ensino de 2º grau, quebrando o dualismo cultural ao possibilitar uma mesma trajetória da educação e do ensino profissional (KUENZER,1999).

No entanto, como sinalizam Lima et al. (2006), a educação profissional em saúde não segue essa orientação do estado brasileiro até os anos de 1970.

Diferente do ensino técnico- industrial, que apesar de tratar a formação como treinamento, já contava com uma rede de escolas Técnicas Federais, o ensino técnico em saúde e de enfermagem, principalmente, se realizava, na maioria das vezes em escolas que funcionavam como extensão da própria estrutura hospitalar (LIMA et al, 2009).

A realização de cursos de técnico de nível médio na área da saúde data da década de 1960 tendo os técnicos de enfermagem o reconhecimento do Ministério da Educação em 1966 sendo a formação feita, basicamente, como treinamento em serviço. Visava o atendimento médico-curativo, tipicamente taylorista-fordista e com predomínio dos serviços hospitalares. Na década de 1970 surge a necessidade de aliar a formação técnica com a formação geral levando a uma reconstrução histórica da política de educação profissional surgindo o Programa de Preparação de Pessoal de saúde do Ministério da Saúde (PPREPS/MS), resultado de um acordo entre a Organização Pan-Americana da saúde, o Ministério da saúde e o ministério da educação e da Cultura.

Era o início do debate sobre a importância da formação profissional na área da saúde, superando o treinamento para realizar tarefas e tendo a finalidade de construir uma política de recursos humanos em saúde. Em 1986, durante a VIII Conferencia Nacional da Saúde, discute-se uma proposta voltada para a formação dos trabalhadores já inseridos no serviço com ênfase nas discussões pedagógicas de formação dando origem ao Projeto Larga Escala ( RAMOS, 2010).

Assim, com o Projeto Larga Escala, o setor saúde assume, de forma institucionalizada e legal, por meio das secretarias estaduais de saúde, a responsabilidade pela formação profissional dos trabalhadores de nível médio, em alguns estados, com a equivalência aos cursos técnicos de segundo grau (RAMOS, 2010, p.39).

No final da década de 1990 é criado o programa de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE) tendo como base o Projeto Larga Escala e o objetivo de qualificar e profissionalizar os trabalhadores que não tinham escolarização fazendo com que o nível de escolaridade aumentasse do nível

fundamental para o médio visto que ofereciam cursos e exames supletivos, tendo o objetivo de:

... melhorar a qualidade do atendimento ambulatorial e hospitalar principalmente em estabelecimentos que integram ou venham integrar o Sistema Único de Saúde, por intermédio da capacitação dos trabalhadores da área da Enfermagem e do fortalecimento das instâncias reguladoras e formadoras de recursos humanos para o SUS (SORIO, 2002, p. 55).

Costa, Lima e Castro (2017) apontam o início do PROFAE em 2000 e o término em 2007 com a formação de 80.124 Técnicos de Enfermagem e 207.844 formandos em Auxiliar de Enfermagem com a capacitação de 482 tutores em todo o Brasil.

Em 1996, com a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) o ensino profissional de nível médio passa por mudanças surgindo um novo conjunto de regulamentações que separa o ensino médio e técnico com diretrizes para cada área e subáreas de formação técnica. Essa elaboração foi realizada por consultores contratados pelo Ministério da Saúde que adota a Pedagogia das Competências como referência do ensino procurando “relacioná-la com o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar os acontecimentos dos processos de trabalho, na sua complexidade, heterogeneidade e imprevisibilidade” (RAMOS, 2010, p.51).

Em 2004, com o objetivo de garantir a qualificação dos trabalhadores de vigilância em saúde de todo o país, é criado o Programa de Agentes Locais de Vigilância em saúde (PROFORMAR) sendo concluído em 2006 com a formação de 30.000 trabalhadores de nível médio de todo o país.

Ao se analisar a proposta do PROFORMAR, autores observam que sua proposta buscava romper com a lógica da Pedagogia das Competências. Este projeto foi elaborado pela Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV- FIOCRUZ), com o propósito de desenvolver relações éticas do respeito a dignidade e a autonomia do educando, encimando a partir da experiência do aluno (COSTA; LIMA; CASTRO, 2017).

No ano de 2009, no segundo mandato do presidente Lula, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.189, de 18/12/2009 o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) é criado com o intuito de ampliar a oferta de cursos para outras áreas como técnicos em Radiologia, Patologia Clínica, Citologia, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem. Também voltava-se ao aperfeiçoamento ou capacitação para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), enfermeiros com temas sobre a

saúde do idoso, além da formação de Agentes Comunitários de Saúde. Este programa dá prioridade às escolas Técnicas do SUS e aos Centros de Formação vinculados às gestões estaduais e municipais na formulação e execução técnica e pedagógica dos cursos. A definição das áreas integrantes do PROFAPS resultou de um longo processo de discussões nas instâncias de pactuação do SUS.

Em 2001, durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff criou-se o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) que apesar de oferecer mais vagas, apresentou dificuldades de acompanhamento e avaliação dos cursos (COSTA; LIMA; CASTRO, 2017).

### 2.3.1 As Escolas técnicas do SUS

No final da década de 1980 e início da década de 1990, há necessidade de implementar a educação profissional em saúde devido ao crescimento das ações de saúde pública instituídas no país. Conforme discutido no tópico anterior, a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988 e da criação do SUS, o Ministério da Saúde inicia programas visando a profissionalização de trabalhadores de nível médio.

Buscam atender as demandas crescentes no campo da atenção a saúde derivadas da municipalização da assistência à saúde amplia-se a necessidade de qualificação e formação de pessoal de nível auxiliar e técnico para atuar na atenção básica e na média e alta complexidade (hospitais e ambulatórios de especialidades). As escolas técnicas do SUS também implementam ações formativas voltadas aos laboratórios e centros de diagnósticos, área de registros e informação e ainda as atividades administrativas, de desenvolvimento e gestão de programas e processos em saúde.

As ações educativas desenvolvidas pelos CEFOR estão embasadas em processos de planejamento ascendente e participativo, nos quais os representantes das esferas municipais/estaduais/federais (sediados no Estado) de gestão do SUS são atores/parceiros na proposição/planejamentos dos projetos, na construção coletiva de currículos, no planejamento da execução dos cursos utilizando como estratégias articulação, pactuação, negociação e celebração de parcerias com gestores, Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, Órgãos de Classe, Secretarias da Educação e outros.

Ainda assim, essas ações de formação profissional em saúde não lograram atingir um quantitativo importante de trabalhadores da saúde que, majoritariamente

constituídos por profissionais da área de enfermagem são formados pelo setor privado e em cursos noturnos. O censo de educação profissional realizado pelo Ministério da educação (MEC), por meio do instituto nacional de Estudos Pedagógicos (INEP), no ano de 1999, apontou que 61% dos cursos ofertados para a educação profissional na área da saúde pertenciam a instituições privadas, concentrados na região sudeste.

Os cursos de educação profissional de maior ingresso eram os de auxiliar ou técnico de enfermagem, patologia clínica e nutrição e dietética (SORIO, 2002). Surge assim a necessidade de criar uma rede pública de escolas de formação profissional em saúde:

A Portaria Ministerial n 1.298 de 28 de novembro de 2000, veio formalizar a constituição de uma rede nacional de ETSUS. O movimento nessa direção é fundamental para o avanço das instituições, ao mesmo tempo em que se relaciona com iniciativas anteriores de ampliar a interlocução interinstitucional, fortalecer esses espaços e ampliar a capacidade de normativa e reguladora das ETSUS no campo dos Recursos Humanos em Saúde (SORIO, 2002, p. 49).

Assim, ao longo das últimas décadas, através de projetos ministeriais foram formuladas e implementadas ações de formação profissional em saúde como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) que lograram ampliar o patamar de escolaridade de boa parte dos trabalhadores técnicos do setor.

Este programa apresenta uma dimensão nacional, criando a necessidade de organizar espaços para os processos de capacitação, surgindo os Centros de Formação mantidos pelas secretarias Estaduais de Saúde, à exceção do CEFOR da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e da Escola Técnica de Saúde de Blumenau e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, vinculada à fundação Oswaldo Cruz. Houve, na época um maior investimento para a criação das ETSUS na região norte e nordeste, onde havia menor número de escolas profissionalizantes (SORIO, 2002).

Essas instituições de ensino são diferenciadas por apresentarem, desde as suas primeiras unidades, características peculiares, tais como: eixo metodológico baseado na integração ensino-- serviço; adequação do currículo ao contexto regional; utilização dos espaços de trabalho para ações pedagógicas; avaliação do desempenho dos (as) alunos (as) nos serviços de saúde com supervisão e acompanhamento pedagógico; e docência exercida por profissionais de nível superior atuantes nos serviços, qualificados (as) pedagogicamente em consonância com os

princípios e diretrizes do SUS (GALVÃO e SOUSA, 2012, apud COSTA, LIMA e CASTRO (2017).

As ETSUS – escolas técnicas que compõem a RET-SUS - atuam no segmento da Educação Profissional, seja por meio de cursos FIC (Formação Inicial e Continuada), Técnicos e Pós-Técnicos, na perspectiva da Política de Educação Profissional e da Política Nacional de Educação Permanente. No Estado de São Paulo, as ETSUS são denominadas como Centro Formadores de Pessoal para a Saúde - CEFOR, sendo instituições públicas criadas para atender as demandas locais de formação profissional dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, acompanhando o processo de municipalização do SUS no Brasil.

Sua concepção foi desenhada a partir do reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos serviços de saúde que, embora atuassem na assistência à população e "sofressem" inúmeros treinamentos para o desempenho de atividades no trabalho, não dispunham de condições materiais para participar de um processo educativo que lhes propiciasse dignidade e identidade profissional, conseqüentemente respeito e valorização. Assim desde seu início, as ETSUS tem como princípio a inclusão social de milhares de trabalhadores da saúde (SORIO, 2002).

Estas escolas se apresentam como alternativa para as necessidades de preparação de pessoal do setor saúde, como uma escola, aberta, moderna e flexível, atendendo as necessidades do serviço. O acesso do trabalhados empregado era direto, independente de seleção. O processo de formação segue a concepção pedagógica de integração ensino- serviço trazendo a realidade como referencia para a problematização no sentido requalificar a pratica profissional. O currículo integrado é a base para a elaboração do material levando em conta as habilidades, conhecimentos e atitudes dos profissionais/ educandos para o alcance das competências. Outra necessidade, por estarem os trabalhadores distribuídos em serviços de saúde dispersos e de diferentes complexidades foi a descentralização das salas de aula:

Para atingir o fim para o qual foi criada, buscou-se implantar a escola função, que vai até o aluno, levando a ele a oportunidade educacional, mesmo que ele resida num município distante da sede da escola. Se toda a execução curricular é descentralizada, os processos administrativos dos registros escolares são centralizados na escola para assegurar ao serviço de inspeção escolar o controle do processo burocrático ( SORIO, 2002, p.55).

Atualmente existem 36 escolas constituídas em rede (RETSUS) pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009. A coordenação dessa rede está a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde.

A SES/SP conta com 06 (seis) Escolas Técnicas do SUS/SP – ETSUS/SP, que constituem um Colegiado com regimento escolar único, vinculadas técnica e pedagogicamente a Coordenadoria de Recursos Humanos. Desta forma, as Escolas atuam respectivamente na ordenação e execução da formação de pessoal na área da saúde.

Os CEFOR encontram-se instalados nos Municípios de Araraquara, Assis, Franco da Rocha, Osasco, Pariquera-Açu e São Paulo, atendendo aos 645 municípios, organizados nos 63 Colegiados de Gestão Regional e 17 Departamentos Regionais de Saúde.

### 2.3.2 A formação técnica em saúde bucal nas ETSUS

Com a regulamentação da profissão, no ano de 2008, e a consequente obrigatoriedade de habilitação e registro no Conselho Profissional surgiu a necessidade de formar trabalhadores mais qualificados, garantindo proteção dos interesses do público.

O itinerário formativo do TSB baseia-se nos termos do inciso I do artigo 39 da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e na redação dada pela Lei 11.741/2008, possuindo formato modular, estruturado em dois módulos curriculares, sendo cada módulo com carga curricular diferenciada, sistematizados de modo integrado, por nível de complexidade crescente, respeitados os aspectos legais e a carga horária mínima (1200 horas).

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF), traz uma nova perspectiva para a consolidação legal da profissão e mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde bucal, se criou a necessidade de realizar a qualificação profissional do TSB pelas escolas Técnicas do SUS (RET-SUS, CEFOR).

Desta forma a escola técnica do Sus- ET SUS de Osasco iniciou o curso de Técnico em Saúde Bucal visando responder às necessidades dos serviços em preparar os trabalhadores para o desenvolvimento das ações de saúde, tendo como valores e princípios norteadores:

- Educação como ação transformadora;

- Descentralização da execução curricular;
- Integração ensino/serviço/comunidade;
- Valorização profissional;
- Incentivo a cidadania;
- Compromisso com a melhoria da qualidade de atenção à saúde da população.

Do ponto de vista pedagógico, segundo o Guia Curricular para Formação Técnica de Nível Médio (MINAS GERAIS, 2009), material utilizado como norteador do curso de habilitação em ASB do CEFOR de Osasco por ser um material bem elaborado e completo e um dos únicos editados e publicados pelas escolas técnicas do SUS (ETSUS), os cursos técnicos estão fundamentados em concepções filosóficas crítico-reflexivas, que vão ao encontro da proposta pedagógica da RETSUS e que têm como eixos norteadores:

- Aprender a aprender, que engloba aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser;
- A autonomia e o discernimento, no âmbito de sua competência, para assegurar a integralidade, a equidade, a qualidade e a humanização das ações prestadas ao indivíduo, à família e à comunidade;
- A integração teoria e prática;
- A articulação do processo ensino-aprendizagem e do trabalho em saúde;
- Atitudes e valores éticos orientados para a cidadania e para a solidariedade.

Neste contexto, e com base na Lei nº11.889, de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008), o curso Técnico em Saúde Bucal pretende habilitar o aluno considerando as seguintes atribuições (perfil de saída):

- Desenvolver em equipe ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários, visando à melhoria da qualidade de vida da população.
- Desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde.
- Organizar o ambiente de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal.
- Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade.

- Realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe, usuários e seus familiares.
- Realizar ações de atendimento clínico em odontologia voltadas para o restabelecimento da saúde do indivíduo, conforme sua área de atuação.
- Atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.

Segundo este Guia de formação curricular (MINAS GERAIS,2009), a organização do curso se dá da seguinte maneira:

O curso tem como princípio a articulação teoria e prática, ensino e serviço. Sua organização está sustentada na interdisciplinaridade e tem como eixos transversais a ética, a comunicação, o trabalho em equipe e a ação educativa. Está organizado em 3 (três) módulos. Cada módulo é dividido em Unidades de estudo, que, juntamente com a indicação das cargas horárias (teórica/concentração e prática/dispersão), constituem a Matriz Curricular do Curso.

O módulo I trata dos contexto do trabalho em saúde no Sus, com uma carga horária de 400 horas divididas em 200 horas de aulas teóricas (concentração) e 200 horas de aulas práticas (estágio supervisionado/ dispersão).

O módulo II aborda os assuntos da promoção e recuperação da saúde bucal. Com carga horária de 600 horas distribuídas em 240 horas de concentração e 360h de dispersão.

O modulo III tem a carga horária de 300 horas divididas em 120 horas de concentração e 180 horas de dispersão.

A metodologia do curso está fundamentada em uma concepção de aprendizagem geradora de reflexões, possibilitando ao aluno crias hipóteses de solução para problemas, de forma contextualizada, tornando-o capaz construir o seu conhecimento de acordo com a demanda de sua realidade.

### 3 METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia, segundo Habermas (1987, apud MINAYO, 2014, p. 44), constitui “o caminho do pensamento” sendo importante teoria e metodologia caminharem juntas e vinculadas para atingirmos o objetivo de uma investigação social cujo campo é complexo e o debate perene e não conclusivo.

Este capítulo se diferencia dos capítulos anteriores, também importantes, por abordar o momento exploratório deste estudo e apresentar as características dos participantes da pesquisa, descritos nos textos a seguir em tópicos separados.

#### 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta investigação foi conduzida com base nos pressupostos teórico metodológicos da pesquisa qualitativa em face da necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da compreensão dos egressos sobre sua absorção pelo mercado de trabalho e de como os cirurgiões dentistas veem a inserção profissional desses técnicos.

A pesquisa qualitativa permite trabalhar com o universo de significados, motivos, valores e atitudes referentes a grupos particulares propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Assim, segundo Minayo (2014), suas amostras são propositais e buscam singularidade, aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado.

Taquette (2016) ao estudar sobre a pesquisa qualitativa em saúde afirma que a maioria dos estudos desenvolvidos na área da saúde utiliza a pesquisa qualitativa por ser um campo de investigação que atravessa disciplinas e temas, permitindo diversas abordagens para compreender e entender experiências, comportamentos, interações e contextos sociais. Corrobora com Minayo (2014) quando aponta que as pesquisas qualitativas se ocupam de realidades trazidas pela história das relações, dos significados, dos motivos, crenças, valores e atitudes que movem o trabalho empírico.

As ferramentas propostas para o levantamento dos dados desta pesquisa são documentos, questionário fechado e um roteiro de entrevista contendo questões intrínsecas ao objeto para dar forma ao conteúdo, contribuindo para “emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores” (MINAYO, 2014, p. 189).

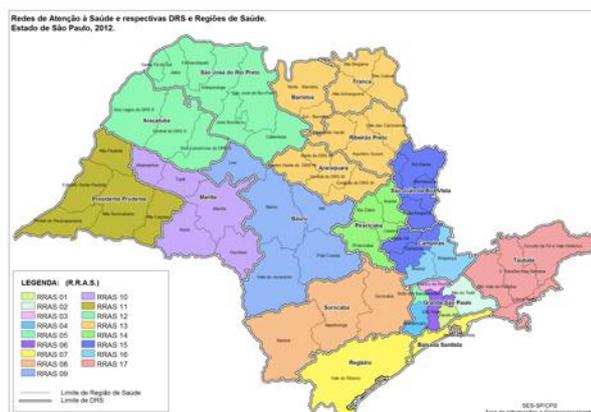
O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Para garantir o anonimato dos entrevistados, as falas foram identificadas por letras e números que significam, TSB 1- Técnico em Saúde bucal 1 e CD1- Cirurgião Dentista, alterando a numeração em ordem crescente.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A investigação teve como foco as 26 alunas egressas do Curso Técnico em Saúde Bucal e 19 Cirurgiões Dentistas trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) dos diferentes serviços de Saúde Bucal, Atenção Básica (AB), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e na Estratégia da Saúde da Família (ESF). Todos atuam nos municípios que compõem a Comissão Intersetorial Regional (CIR) de Itapeva, estado de São Paulo.

O curso foi realizado pelo Centro Formador de Pessoal de Osasco (CEFOP- Osasco) na classe descentralizada do município de Itapeva localizada na região sudoeste do estado de São Paulo, pertencente a Rede Regional de Atenção à Saúde 08 (RRAS 08). Essa regional é constituída por 48 municípios agregados em 03 diferentes Regiões de Saúde: Sorocaba, Itapetininga e Itapeva, abrangendo uma população total de 2.243.016 habitantes (IBGE, 2010).

**Mapa 1-** Regionalização do Estado de São Paulo segundo as Redes Regionais de Atenção à Saúde e os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde.



Fonte: Fundação SEADE, 2011

### 3.2.1 A Escola do Sus e a Classe Descentralizada de Itapeva

O CEFOR de Osasco, sede da classe descentralizada de Itapeva, funciona, atualmente no município de São Paulo, atendendo o Centro de Integração de Ensino em Serviço (CIES) da Grande São Paulo atendendo 63 municípios da região de Mananciais (8), Rota dos bandeirantes (7) integrantes do DRS I e 48 municípios da região de Sorocaba, integrantes do DRS XVI.

A classe descentralizada de Itapeva está localizada na região Sudeste do Estado de São Paulo e pertence a Diretoria Regional de Saúde de Sorocaba (DRS XVI) composta por 48 municípios agrupados em 3 Regiões de Saúde (RS) pela proximidade geográfica, constituindo as RS de Sorocaba com 20 municípios; Itapetininga com 13 municípios e Itapeva composta por 15 municípios.

Esta divisão forma a Comissão Intergestores Regional (CIR) sendo que a CIR de Itapeva, município sede da classe descentralizada possui uma população estimada de 261.809 habitantes (IBGE, 2017), com 78% residindo em áreas urbanas (contra 96% no Estado) sendo o município mais populoso Itapeva com 93.57 habitantes e o menos populoso, Itaoca com pouco mais de 3 mil habitantes .

Os municípios que compõem a região de saúde de Itapeva são: Apiaí, Barra do Chapéu, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Guapiara, Itaberá, Itaoca, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Riversul e Taquarivaí. Dentre estes os municípios, Ribeira e Barra do Chapéu e Bom Sucesso de Itararé não demonstraram interesse em matricular aluno para o curso.

Em relação as demais regiões de saúde do Brasil, a CIR de Itapeva apresenta baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde e médio desenvolvimento socioeconômico sendo uma das regiões mais pobres do Estado, juntamente com o Vale do Ribeira, Pontal do Paranapanema e certas áreas do Vale do Paraíba.

No ano de 2012, esta classe realizou a formação de 01 (uma) turma de TSB dando continuidade à turma de ASB formada pelo Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Osasco, em 2009, tendo, entre suas alunas, apenas 01 (uma) egressa de curso de ASB de outra instituição. Formou Técnicos em Saúde Bucal oriundos de 10 municípios da CIR de Itapeva, com exceção dos municípios de Barra do Chapéu, Bom Sucesso de Itararé, Guapiara e Ribeira. O município de Itapirapuã Paulista matriculou 02 alunas que não concluíram o curso.

Através desta escola, a região formou mais 02 turmas de ASB (2014 e 2016) e os ex-alunos manifestam interesse em fazer a formação completa para Técnico em Saúde Bucal.

Também foram formados pela classe descentralizada de Itapeva, 01 turma de Técnico de Enfermagem (2008) e três turmas de Agente Comunitário de Saúde, fase 1 (2006, 2010 e 2013).

Em relação as demais regiões de saúde do Brasil, a CIR de Itapeva apresenta baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde e médio desenvolvimento socioeconômico. Conforma uma das regiões mais pobres do Estado, juntamente com o Vale do Ribeira, Pontal do Paranapanema e certas áreas do Vale do Paraíba.

Segundo o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP, 2019) a região da CIR de Itapeva conta 272.902 habitantes, 235 cirurgiões dentistas, 8 Técnicos em Saúde bucal (TSB) e 88 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). Ver quadro 1

**Quadro II-** Total de Cirurgião Dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal nos municípios da CIR de Itapeva

| Município              | População      | Cirurgião Dentista | Técnico em Saúde Bucal | Auxiliar em Saúde Bucal |
|------------------------|----------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Apiáí                  | 25.020         | 16                 | 0                      | 4                       |
| Barra do Chapéu        | 5.282          | 2                  | 0                      | 2                       |
| Bom Sucesso de Itararé | 3.605          | 1                  | 0                      | 2                       |
| Buri                   | 18.654         | 14                 | 3                      | 3                       |
| Guapiara               | 17.850         | 6                  | 0                      | 11                      |
| Itaberá                | 17.767         | 14                 | 0                      | 4                       |
| Itaoca                 | 3.228          | 1                  | 1                      | 1                       |
| Itapeva                | 88.221         | 108                | 1                      | 35                      |
| Itapirapuã Paulista    | 3.909          | 2                  | 0                      | 2                       |
| Itararé                | 48.066         | 54                 | 1                      | 12                      |
| Nova Campina           | 8.638          | 2                  | 0                      | 0                       |
| Ribeira                | 3.344          | 2                  | 0                      | 2                       |
| Ribeirão Branco        | 18.023         | 6                  | 2                      | 4                       |
| Riversul               | 6.076          | 6                  | 0                      | 2                       |
| Taquarivai             | 5.219          | 1                  | 0                      | 4                       |
| <b>TOTAL</b>           | <b>272.902</b> | <b>235</b>         | <b>8</b>               | <b>88</b>               |

**Fonte:** CROSP, 2019

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2019) existem nos municípios da CIR de Itapeva, 52 estabelecimentos de saúde com Equipe de Saúde Bucal compreendendo os Centros de Especialidade Odontológica (CEO), as Unidades Básicas com Agente Comunitário de Saúde (UACS), Escola, Unidade Móvel

Odontológica e Estratégia da Saúde da Família (ESF). Não há ESF na modalidade tipo II que inclui o TSB como parte integrante da equipe.

### 3.3 PROCESSO DE PESQUISA

Com a finalidade de garantir a realização da pesquisa com os profissionais das unidades de saúde dos municípios, este projeto foi apresentado na Reunião da Comissão Intergestores (CIR) de Itapeva solicitando-se autorização junto aos Secretários Municipais da Saúde ou seus representantes, para a visita da pesquisadora aos profissionais de saúde pertencentes ao quadro de servidores municipais mediante assinatura do Termo de Anuência (ANEXO A).

Os gestores que não estavam presentes na reunião foram contatados pela pesquisadora por telefone que explicou o objetivo do trabalho, seu desenvolvimento e importância. Após o contato, a pesquisadora enviou a carta de anuência por e-mail que foi impressa, assinada e devolvida pelo gestor via correio ou através do motorista de transporte de pacientes que se dirigem à Itapeva, diariamente.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ANEXO G) e agendamento prévio com os gestores do serviço de saúde bucal local, a pesquisadora se dirigiu, durante os meses de novembro e dezembro até os municípios da CIR de Itapeva para realizar a pesquisa através da aplicação do questionário fechado e a entrevista aos participantes.

#### 3.3.1 Trabalho de Campo

As entrevistas foram realizadas nos locais de residência ou trabalho dos profissionais e essa experiência permitiu conhecer as dificuldades enfrentadas pelas alunas formadas para se dirigir até o município de Itapeva. Esse foi um dos propósitos da pesquisadora, além de garantir a participação de maior número de egressas e cirurgiões dentistas, ao se propor esse deslocamento até os entrevistados.

A região, conforme escrito anteriormente, é uma área de grande extensão territorial e a distância entre os municípios é um desafio que as alunas precisam enfrentar para frequentar os cursos no município de Itapeva.

As estradas são, na maioria, com muitas curvas, de mão dupla, sem acostamento, com trechos sem asfalto e, por ser uma área de extração de minério e madeira, circulam

muitas carretas carregadas destes materiais. Sem falar do trecho de aproximadamente 44 Km de estrada de terra entre Bom Sucesso de Itararé e Itapirapuã Paulista. Foram, no total, aproximadamente 900 km rodados entre os municípios. Fazer as entrevistas foi aventura e um desafio vencido!

As visitas para realização das entrevistas foram divididas por região e proximidade dos municípios. Desta forma as entrevistas foram realizadas momentos distintos para os dentistas e egressas do município de Itapeva, sede da classe descentralizada; em um segundo momento, nos municípios de Buri e Taquarivai; no terceiro momento Riversul e Itararé; no quarto momento em Apiaí, Itaoca e Barra do Chapéu; no quinto momento em Bom Sucesso e Itapirapuã Paulista; no sexto momento em Itaberá e, finalizando as entrevistas presenciais, no município de Ribeirão Branco e Guapiara. (ver figura 1)

**Figura 1-**Mapa das viagens para entrevistas nos municípios da CIR de Itapeva, SP



|                              |
|------------------------------|
| Buri - 40 km                 |
| Taquarivaí - 19 km           |
| Nova Campina - 21 km         |
| Itaberá - 35 km              |
| Itararé - 60 km              |
| Riversul-100km               |
| Guapiara - 64 km             |
| Ribeirão Branco - 35 km      |
| Apiaí - 80 km                |
| Ribeira - 110 km             |
| Itaoca- 76 KM                |
| Barra do Chapéu-85           |
| Bom Sucesso de Itararé- 64km |
| Itapirapuã Paulista-104 km   |

Fonte: IBGE, 2019

A distância do município de Itapeva para os demais foi compensada pela beleza da natureza presente nas estradas, com lindas paisagens, vales imensos, teleférico que carrega minério da usina de Itaoca até Apiaí, o famoso Morro do Ouro no meio de um vale belíssimo, incluindo as imagens da “galinha” e do “camelo” desenhadas pelo vento nos Cânions de Bom Sucesso de Itararé (Fig. 2 a 4)

**Figura 2-** Teleférico que carrega minério da usina de Itaoca até Apiaí



Fonte: arquivo autora

**Figura 3-** Morro do Ouro. Apiaí, SP



Fonte: arquivo autora

**Figura 4** - Cânions de Bom Sucesso de Itararé: galinha e Camelo



**Fonte:** arquivo da autora

Outra característica marcante desta pesquisa foi a receptividade dos profissionais e dos gestores municipais, muitas vezes aguardando a chegada da pesquisadora com cafés e lanches da região, prontos a colaborar com a entrevista.

### 3.3.2 Coleta de dados

Considerando os objetivos e os sujeitos do estudo, foram utilizados dois instrumentos para o levantamento do material empírico desta pesquisa: um questionário fechado e um roteiro de entrevista com questões que pretendiam deixar “emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores” (MINAYO, 2014, p. 189).

Além do trabalho de campo foram analisados documentos públicos que tratam do objeto de estudo como a legislação acerca da formação e regulamentação profissional do técnico em saúde bucal e foi realizada a revisão da literatura pertinente ao tema.

Conforme relatado anteriormente, para realizar a entrevista a pesquisadora fez contato com a gestão local das equipes de saúde bucal para marcar data e horário da aplicação. Foi solicitado para o gestor a indicação do profissional para participar, de acordo com o serviço que realizava.

Para a realização das entrevistas e preenchimento do questionário, a fim de garantir confiabilidade, privacidade, anonimato e sigilo de identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, os participantes receberam informações sobre os objetivos,

riscos, benefícios e metodologia do estudo. Em seguida, foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), garantindo o sigilo de identidade e o compromisso de tratamento ético das informações colhidas. Seguiu-se assim a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para as pesquisas que envolvem seres humanos, deixando uma cópia com o participante.

A pesquisa foi realizada individualmente, em sala fechada para garantir sigilo das informações e liberdade nas respostas, além de um menor barulho na gravação das entrevistas.

O questionário fechado foi entregue pela pesquisadora e preenchido pelo participante, seguido da entrevista, gravada pelo aplicativo de gravação de voz do celular para, posteriormente, ser salva no computador e transcrita para análise.

Em todos os municípios houve boa aceitação dos participantes para a realização da pesquisa, muitas vezes perguntando se poderia “falar a verdade” o que, prontamente, foi garantido pela pesquisadora.

Uma dificuldade do trabalho de campo esteve relacionada à egressa do município de Itaberá que estava doente e não pode ser incluída. Ao explicar para os gestores da saúde bucal que um dos participantes seria essa egressa do curso, houve a solicitação de não procura-la para participar da pesquisa. Soube assim que estava em tratamento oncológico, já não exercia atividades na área de saúde bucal, tendo sido readaptada da função.

### **3.3.2.1 Coleta de dados dos Técnicos em Saúde Bucal**

A técnica de coleta de dados utilizada com os egressos da turma de TSB foi realizada com a aplicação de questionário fechado, para analisar o perfil profissional com informações sobre idade, local de trabalho, tempo de formação, escolaridade, atuação profissional, mobilidade ocupacional e situação trabalhista. (ANEXO C)

Em seguida foi realizada entrevista a fim de analisar sua percepção em relação a inserção no mercado de trabalho, trabalho em equipe e sua percepção de reconhecimento como profissional. (Anexo D)

Foram entrevistadas 25 egressas, 24 de forma presencial e 01 por Skype, visto que reside no estado do Paraná e não seria possível entrevista-la pessoalmente. Uma egressa do município de Itaberá não participou da pesquisa por estar em tratamento de

saúde (oncologia) estando afastada do serviço e em condições debilitadas de saúde. (ver quadro2) .

**Quadro III-** Número de egressas entrevistadas/ município

| Município               | Quantidade Egresso entrevistado | Município   | Quantidade Egresso entrevistado |
|-------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Apiá                    | 04                              | Itapirapuã Paulista**   | 00                              |
| Barra do Chapéu*        | 00                              | Itararé   | 02                              |
| Bom Sucesso de Itararé* | 00                              | Nova Campina  | 00                              |
| Buri                    | 03                              | Ribeira*  | 00                              |
| Guapiara*               | 00                              | Ribeirão Branco   | 02                              |
| Itaberá                 | 01                              | Riversul  | 01                              |
| Itaoca                  | 01                              | Taquarivai  | 01                              |
| Itapeva                 | 10                              | *sem egresso- não matriculou alunos<br>**sem egressos- não concluíram o curso |                                 |
| TOTAL 25                |                                 |   |                                 |

Fonte: autora

### 3.3.2.1 Coleta de dados dos Cirurgiões Dentistas

Com a finalidade de levantar o perfil de cada cirurgião dentista, foi aplicado um questionário fechado ( ANEXO F) abordando idade, formação e mobilidade ocupacional seguido de entrevista ( ANEXO E) com a finalidade de analisar a visão do cirurgião dentista sobre a atuação do TSB e sua inserção no mercado de trabalho (Anexo D).

Durante a realização da pesquisa considerou-se relevante para o estudo captar diferentes visões que integram a percepção dos cirurgiões dentistas sobre o trabalho dos técnicos e assim buscou-se garantir a participação de profissionais que atuavam em municípios com condições econômicas e sociais diferentes, distintas áreas da saúde bucal e que tinham pós-graduação nos seus diferentes níveis (graduação, especialização, mestrado e doutorado).

Em relação aos cirurgiões dentistas foram entrevistados 19 dentistas nos 15 municípios da CIR. Uma das particularidades observadas na pesquisa é o trabalho destes profissionais em mais de um município da região. Dentre os entrevistados encontramos 02 dentistas que possuem vínculo de trabalho no serviço público dos municípios de Itapeva e Ribeirão Branco (AB), 02 em Itapeva e Taquarivai (01 no CEO e 01 em ESF) , 01 em Itapeva e Nova Campina (ESF) e 01 que atua em Itararé e Bom Sucesso de Itararé.(ver quadro 3)

**Quadro IV-** Número de Cirurgião Dentista entrevistado por serviço e município

| Município               | Dentista entrevistado /Serviço |    | Município   | Dentista entrevistado /Serviço |     |
|-------------------------|--------------------------------|----|---|--------------------------------|-----|
| Apiáí                   | CEO                            | 01 | Itapirapuã Paulista   | ESF                            | 01  |
|                         | AB                             | 01 |   | Itararé*                       | ESF |
| Barra do Chapéu         | ESF                            | 01 | Nova Campina*   | ESF                            | 01  |
| Bom Sucesso de Itararé* | ESF                            | 01 | Ribeira   | ESF                            | 01  |
| Buri                    | ESF                            | 01 | Ribeirão Branco*  | AB                             | 01  |
| Guapiara                | ESF                            | 01 |   | ESF                            | 01  |
| Itaberá                 | ESF                            | 01 | Riversul  | ESF                            | 01  |
| Itaoca                  | ESF                            | 01 | Taquarijal*   | ESF                            | 01  |
| Itapeva*                | AB                             | 01 | *Cirurgião dentista possui vínculo com dois municípios da CIR |                                |     |
|                         | CEO                            | 01 |   |                                |     |
|                         | ESF                            | 01 |   |                                |     |
| TOTAL: 19               |                                |    |   |                                |     |

Fonte: autora

Para uma melhor participação dos cirurgiões dentistas, a pesquisadora entrevistou pelo menos um cirurgião dentista de cada município, solicitando ao gestor a indicação de outro profissional, caso o indicado inicialmente já tivesse sido entrevistado no outro município que possui vínculo de trabalho.

### 3.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados, segundo Minayo (2014), pode ser realizada de formas distintas e a autora apresenta três possibilidades dentro de uma pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica-dialética.

Para a análise do material empírico foi utilizada a análise de conteúdo visto que, segundo Minayo (2014) este permite tornar válidos os dados de uma determinada realidade ou contexto, através de procedimentos especializados e científicos.

Para realizar esta análise foram transcritas as falas dos participantes de acordo com o roteiro e destacadas as falas mais significativas em cada questão, realizando o agrupamento dos trechos comuns por grupo e por tema.

A análise de conteúdo possui uma dinâmica própria que parte de uma leitura das falas, depoimentos e documentos até atingir um nível mais aprofundado, indo além dos sentidos informados no material trabalhado, sendo capaz de considerar variáveis psicossociais e o contexto cultural.

As entrevistas foram transcritas, concomitantemente à reprodução e escuta das gravações de áudio, sendo que foram realizadas pelo mesmo pesquisador que participou da situação de entrevista.

No tocante as informações, estas foram tratadas mediante a modalidade que Minayo (2014) denomina de análise temática que contempla a pré-análise caracterizada pela escolha dos documentos, retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa.

Em seguida, foi realizada uma leitura para a exploração, análise, tratamento e interpretação dos resultados obtidos, seguido do que Minayo (2014) chama de *Constituição do Corpus* buscando contemplar os aspectos levantados no roteiro, a homogeneidade com base nos pressupostos e objetivos do trabalho, possibilitando a definição de unidades de registro (palavra chave ou frase), a unidade do contexto, os recortes, codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

Assim, após a conclusão do trabalho de transcrição e de acordo com os tópicos do roteiro foram selecionadas as frases que permitiram definir categorias de significação e que podem conferir destaque aos temas:

- Entrevistas dos Técnicos em Saúde bucal
  - motivação para fazer o curso
  - reconhecimento profissional
  - diferença entre ser ASB e TSB
  - mercado de trabalho do TSB sob a perspectiva do TSB
  - plano para o futuro
- Entrevistas com os Cirurgiões dentistas
  - quem é a equipe de saúde bucal
  - visão do Cirurgião dentista sobre o ASB e TSB
  - conhecimento sobre a Regulamentação das profissões auxiliares em odontologia
  - mercado de trabalho do TSB sob a perspectiva do cirurgião dentista

Entende-se que assim foram contempladas as questões centrais do roteiro de entrevista descritos na introdução deste trabalho.

### 3.5 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

#### 3.5.1 Perfil dos Técnicos em Saúde Bucal

A descrição geral e comparativa entre as Técnicas em Saúde Bucal pode ser analisada através dos quadros abaixo, que contem características sócio demográficas como gênero, estado civil, idade, formação escolar, renda e características específicas, como tempo de atuação na profissão de Técnico em Saúde Bucal (TSB), motivação para frequentar o curso, tempo de atuação como Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), tipo de vínculo trabalhista, inscrição no Conselho Regional de Odontologia, órgão que regula o exercício da profissão no país.

Em relação ao gênero, estado civil, idade, formação escolar e renda atual os resultados encontrados após análise estão apresentados no quadro a seguir:

**Tabela 1** - Perfil Sócio demográfico das Egressas do curso de Técnico em Saúde Bucal

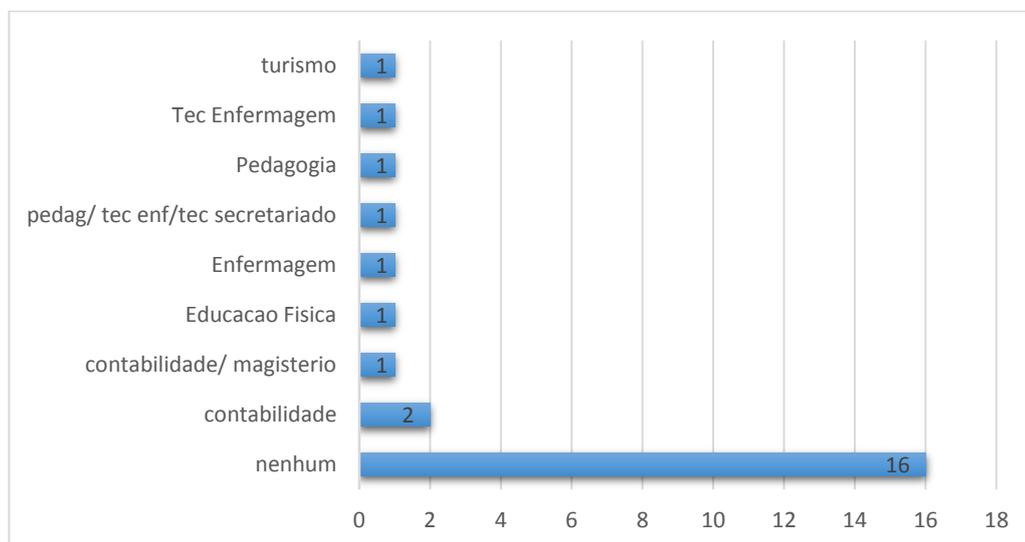
| Variáveis                 | Modalidades     | n  | Porcentagem |
|---------------------------|-----------------|----|-------------|
| Gênero                    | feminino        | 25 | 100%        |
|                           | masculino       | 0  |             |
| Estado civil              | casada          | 13 | 52%         |
|                           | solteira        | 07 | 28%         |
|                           | união estável   | 03 | 12%         |
|                           | divorciada      | 02 | 8%          |
| Faixa etária              | 30  —  40       | 10 | 40%         |
|                           | 41  —  50       | 10 | 40%         |
|                           | 51  —  60       | 05 | 20%         |
| Formação escolar          | ensino médio    | 19 | 76%         |
|                           | ensino superior | 06 | 24%         |
| Conclusão ensino médio    | escola pública  | 25 | 100%        |
|                           | escola privada  |    |             |
| Renda (em salário mínimo) | até 1           | 03 | 12%         |
|                           | de 01 à 02      | 16 | 64%         |
|                           | de 03 à 05      | 06 | 24%         |

Nesta tabela podemos observar que 100% das entrevistadas são do gênero feminino, casadas e concluíram ensino médio em escola pública confirmando os resultados das pesquisas com estes profissionais (QUELUZ,2005; GALVÊAS et al.,2016;).

A busca por outra formação pode ser causada, segundo Lima Junior (2011) pelas dificuldades do mercado de trabalho, salários baixos, a dificuldade de contratação e pela pouca aceitação do TSB pela ESB.

Dentre as entrevistadas, encontramos 09 que foram em busca de outras formações, muitas distantes da área da saúde. Apenas 02 (técnica em enfermagem e enfermeira) deixaram a atividade de ASB para exercerem sua nova formação, o que pode ser melhor observado no Gráfico 1, abaixo:

**Gráfico1— Formação adicional da egressas do curso de TSB**



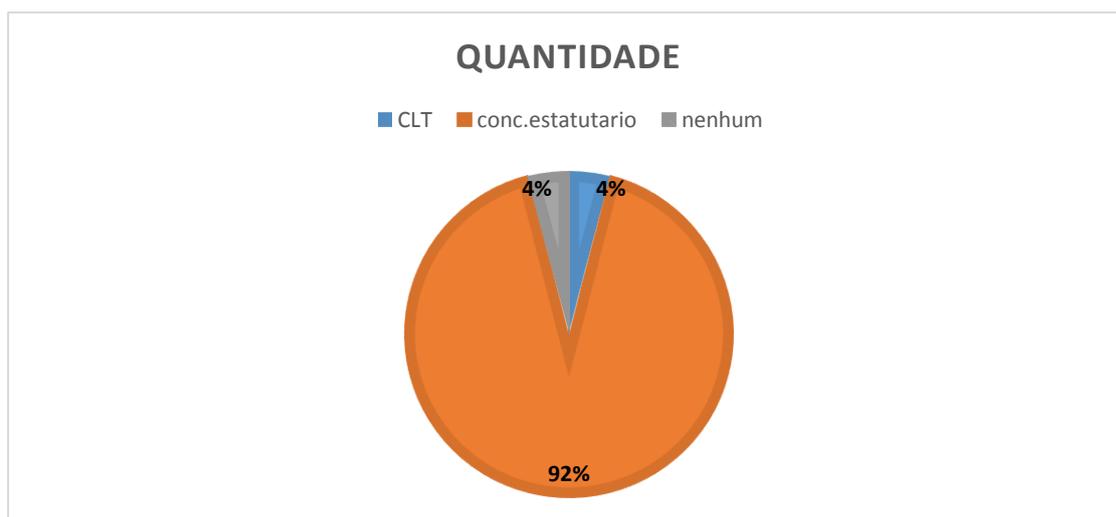
Em relação a faixa etária, nota-se que a prevalência de pessoas com idade superior a 30 anos, com conclusão do ensino médio em escola pública e com renda média de 01 a 02 salários mínimos indo ao encontro aos resultados obtidos por Warmling, Cipriani e Pires (2016).

Em relação à motivação para fazer o curso encontramos uma maioria que diz gostar da área da odontologia e ter a oportunidade de crescer profissionalmente. Outras motivações declaradas foram: realizar um sonho, ser gratuito, ajudar a melhorar a saúde bucal da população e por não conseguir frequentar um curso superior. Podemos analisar as respostas na tabela 2 apresentada a seguir:

**Tabela 2** —Motivação para fazer o Curso de Técnico em Saúde Bucal

| Motivo  | n  |
|---|----|
| gostar da área/ crescimento profissional                      | 20 |
| gostar da área/ realizar sonho/ melhorar situação saúde Bucal | 01 |
| realizar um sonho   | 02 |
| não conseguir fazer curso superior                            | 01 |
| ser gratuito/ gostar da área                                  | 01 |

Quando questionamos sobre vínculo de trabalho encontramos que a predominância é do vínculo estatutário admitido através de concurso público, mesmo entre as e que mudaram de função como enfermeira, oficial administrativo e auxiliar de serviços gerais. Somente 02 egressas apresentam diferença pois 01 é autônoma, por isso não tem vínculo trabalhista, e a outra, que atua com técnica de enfermagem em uma entidade filantrópica tendo o vínculo celetista.

**Gráfico 2** — Vínculo trabalhista atual das egressas do curso de Técnico em Saúde Bucal

Ficou evidente que o principal empregador desses profissionais era o serviço público (92%) e que poucos egressos estavam inseridos na prática privada, mas não

com a função de TSB e sim como técnico de enfermagem e empresa própria, conforme demonstrado no gráfico 2, inserido abaixo:

**Gráfico 3** — Atividades Profissionais das Egressas



Quanto a atividade que realizam atualmente podemos constatar que das 25 entrevistadas, 04 exercem a atividade de TSB, 09 estão fora da área da saúde bucal e 14 atuam com ASB, ou seja, a maioria dos TSBs não são aproveitados no serviço, uma realidade que vai ao encontro de “recente estudo sobre auxiliares e técnicos de saúde bucal, que constatou não haver diferenças expressivas entre as competências realizadas pelos TSB e aquelas desenvolvidas pelos ASB (WARMLING, CIPRIANI E PIRES,2016, p. 594).

Este fato é notório na região estudada, pois, ao se consultar o Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2019) pelo cadastro brasileiro de Ocupações (CBO), não foram identificadas, nos municípios pesquisados, TSBs cadastradas. As egressas contratadas como TSB, ao serem questionadas sobre quais atividades exercem na rotina diária, afirmam que auxiliam o cirurgião dentista, mas não realizam as atribuições específicas do TSB:

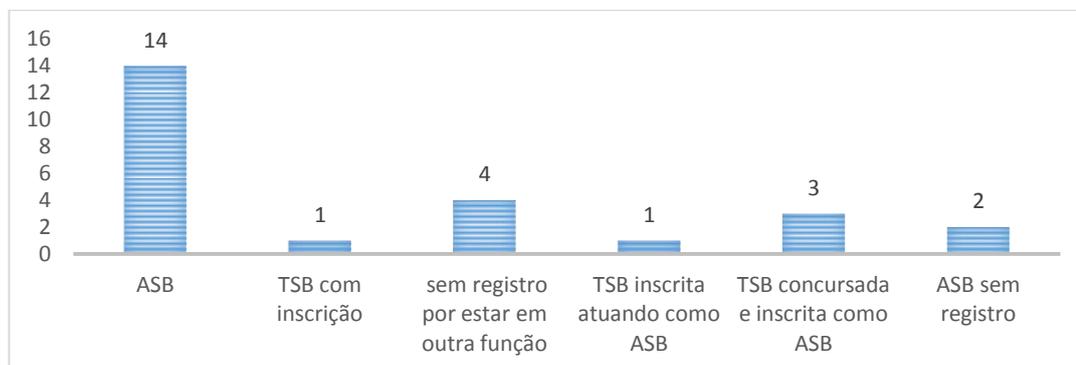
Um fator analisado foi a inscrição dos profissionais no Conselho Regional de Odontologia a fim de verificarmos o cumprimento da Lei 11889/2008 que regulamenta as profissões de ASB e TSB.

Em seu artigo esta lei 3<sup>o</sup> exige a inscrição dos profissionais no Conselho de sua jurisdição para o exercício das atividades:

Art. 3º- O Técnico em Saúde Bucal e o Auxiliar em Saúde Bucal estão obrigados a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerçam suas atividades. ( Brasil, 2008)

No levantamento de dados foi observado que nem em todos os lugares esta Lei é cumprida, visto que existem ASB e TSB contratadas, exercendo as atividades e que não estão registradas no Conselho com a função que exercem pelo concurso público. Foi observado que 2 das 25 egressas que exercem a função de ASB, não tem a inscrição no CROSP; 01 egressa, apesar de exercer a função de ASB, está inscrita no CROSP como TSB e , das 4 egressas contratadas para o cargo de TSB, apenas 01 está registrada no conselho como tal.

**Gráfico 4**— Registro dos profissionais no Conselho Regional de Odontologia



As 4 egressas que conseguiram se inserir no mercado de trabalho como TSB, relatam que fizeram o concurso público, foram aprovadas e contratadas em menos de uma ano após a conclusão do curso.

### 3.5.2 Perfil do Cirurgião Dentista

Para caracterizar o perfil dos cirurgiões Dentistas que participaram da pesquisa e suas implicações no mercado de trabalho, foram analisados os 19 questionários aplicados neste estudo.

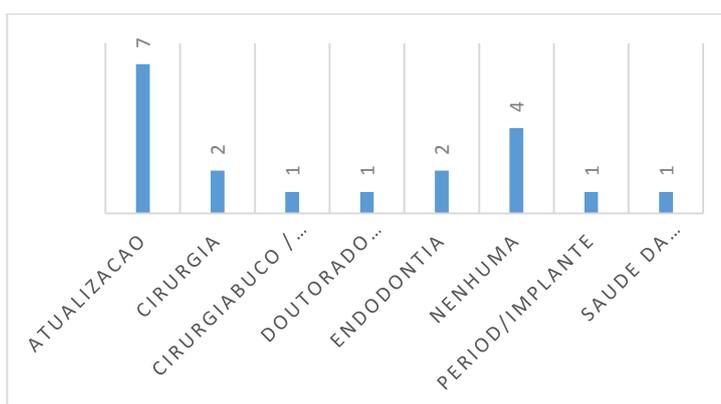
As respostas do questionário fechado apontam que a maioria dos dentistas entrevistados é casado (74%), do sexo feminino (63%), trabalha no serviço público (63%) e exerce exclusivamente a função de cirurgião dentista ( 94%). Estes dados podem ser conferidos na tabela 2, apresentada abaixo:

Tabela 3 — Perfil Sócio demográfico dos Cirurgiões Dentistas

| Variáveis     | Modalidades      | n  | Porcentagem |
|---------------|------------------|----|-------------|
| Estado civil  | solteiro         | 04 | 21%         |
|               | Casado           | 14 | 74%         |
|               | divorciado       | 01 | 5%          |
| Gênero        | masculino        | 07 | 37%         |
|               | feminino         | 12 | 63%         |
| Tipo trabalho | público          | 12 | 63%         |
|               | público/ privado | 07 | 37%         |
| atividade     | dentista         | 18 | 94%         |
|               | dentista e outra | 01 | 6%          |

A pesquisa levantou informações sobre a formação dos profissionais envolvidos. A maioria dos participantes (15) já fez algum curso complementar. O objetivo deste levantamento foi de observar se a formação complementar alterava a visão sobre o TSB. Dos profissionais que buscaram formação adicional, 07 fizeram atualização, 07 especialização e 01 mestrado e doutorado em educação.

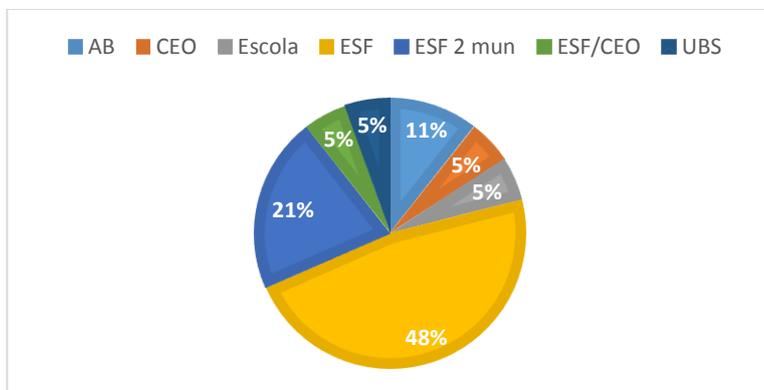
Gráfico 5 — Formação complementar do Cirurgião Dentista



Aproximadamente metade dos cirurgiões dentistas trabalham em unidades da Estratégia da Saúde da Família onde a equipe de saúde bucal deve ser composta de dentista e equipe auxiliar ( ASB e/ou TSB), de acordo com a modalidade que está inscrita no programa.

O gráfico 5 representa os locais onde os dentistas participantes da pesquisa desenvolvem seu trabalho:

**Gráfico 6** —Local de trabalho do Cirurgião Dentista no serviço Público



Outra característica observada na região é o vínculo de profissionais em mais de um município, trabalhando em unidades da Estratégia da Saúde da Família (21%) e Centro de Especialidade Odontológica (5%).

## **4 O MERCADO DE TRABALHO DO TSB: PERCEPÇÕES EM QUESTÃO**

Este capítulo discute os resultados do trabalho empírico e apresenta a análise realizada a partir da relação dos achados no campo com a literatura apresentada nos capítulos iniciais dessa dissertação, sintetizando aspectos que se articulam com os objetivos do estudo.

Como o roteiro que embasou as entrevistas com os técnicos em saúde bucal distinguiu-se do utilizado com os cirurgiões dentistas, optou-se por dividir o capítulo pelos resultados encontrados com os dois grupos profissionais.

As entrevistas realizadas com as egressas do curso de TSB da escola descentralizada de Itapeva e com os cirurgiões dentistas permitiram que a construção analítica deste estudo fosse desenvolvida a partir dos seguintes temas:

- Técnicos em Saúde bucal: motivação para fazer o curso; reconhecimento profissional; diferença entre ser ASB e TSB; mercado de trabalho do TSB sob a perspectiva do TSB e plano para o futuro.
- Cirurgiões dentistas: percepção sobre a equipe de saúde bucal; visão sobre o trabalho do ASB e TSB; conhecimento sobre a regulamentação das profissões auxiliares em odontologia e perspectiva de mercado de trabalho para o TSB.

Apenas uma questão foi colocada para ambos os grupos de profissionais. Esse tema comum entre os sujeitos foi o papel dos gestores municipais, estaduais e federais no acesso ao mercado de trabalho do Técnico em Saúde Bucal.

### **4.1 TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL**

As egressas do curso que participaram da pesquisa são, na sua maioria, Auxiliares de Saúde Bucal. Entre as 26 participantes, 01 esta fora da área por ter vencido o contrato de trabalho e atualmente é autônoma mas relata que, se tivesse a oportunidade de voltar a trabalhar na área, com certeza voltaria. Duas egressas ( TSB 25 e TSB 16) prestaram concurso público em outra área (agente de saneamento e agente de serviço escolar) e afirmam que mudaram de função e foram em busca de um novo

concurso por não terem perspectiva de melhora na área de saúde bucal, principalmente em relação a salários e o exercício da nova formação que é de TSB.

A busca por nova formação também se mostrou presente neste estudo visto que 01 egressa (TSB 23) cursou graduação em enfermagem e deixou a área da odontologia para se dedicar a nova profissão em busca de melhores salários e outra após exonerar do município como ASB foi para a área de técnico de enfermagem em uma instituição privada (TSB10).

Outra característica encontrada entre as participantes foi a motivação estabelecer moradia em outro estado que apresenta maiores oportunidades e reconhecimento na área pessoal auxiliar em odontologia. Segundo esta egressa (TSB 18) o estado do Paraná oferece ótimas oportunidades para o PAO. Deixou sua família no interior de São Paulo e, após aprovação em concurso publico para ASB em uma cidade do Paraná, mudou-se e se diz feliz por ter sua profissão reconhecida pela população e pelos colegas. Este reconhecimento e valorização esta estimulando a egressa para estudar e passar em um concurso público de TSB que em breve acontecerá onde reside atualmente.

Também existiram, entre as participantes, egressas que foram aprovadas em concurso público para TSB, assumiram o cargo mas não se veem reconhecidas como tal por desenvolverem atividades laborais com as atribuições de ASB ( TSB 12, TSB 6, TSB5 e TSB 4).

A característica predominante entre as demais entrevistadas é estar atuando como ASB, sem ter a oportunidade de se inserir no mercado de trabalho como TSB.

#### 4.1.1 Motivação para fazer o curso

Os depoimentos dos nossos entrevistados vão ao encontro do que outros estudiosos do tema também sinalizam. Assim como outros trabalhadores técnicos da saúde que abordamos a partir de estudos de LINÑAN E BRUNO (2006); VIEIRA e CHINELLI (2013), o Técnico em Saúde Bucal reconhece a importância da qualificação. A busca por essa formação profissional é marcada pela esperança de serem encaminhados ao mercado de trabalho e adquirirem maior valorização profissional.

Todas as entrevistadas já exerciam a função de auxiliar de saúde bucal e, ao se questionar sobre a motivação para fazer o curso de TSB, relataram ter resolvido fazer o curso para serem mais valorizadas, por desejarem crescer profissionalmente e ter um

salário maior. Muitas das entrevistadas relatam que ao fazerem o curso de TSB realizaram um sonho e que gostam muito da profissão.

Vale apontar ainda que uma egresso, TSB1, já tinha formação profissional em uma área distinta antes de se inserir na área de saúde bucal. Iniciou o curso exercendo a atividade de ASB há 5 anos, tem o ensino médio completo e formou-se, antes de ser ASB, em técnico em contabilidade e magistério.

“Foi por querer crescer profissionalmente. Por eu ser já ser ASB; eu queria um complemento profissional e eu gosto muito da área”. (TSB 1)

No período de formação como técnico, TSB 7 já exercia a função de ASB há 10 anos e segue trabalhando como ASB. Chama atenção para a prevenção que afirma ser “super importante” e, mesmo já tendo finalizado a formação técnica, sinaliza que queria ter mais conhecimento para “salvar dentes”:

“Eu já era ASB e daí fui me desenvolvendo. O trabalho é maravilhoso. Um passo a mais. Amo o que faço e salvar dente, deixar o dente lindo vale muito a pena” (TSB 7)

A TSB 3 realizou a formação de ASB em uma escola privada e frequentou o curso de TSB na turma de Itapeva solicitando análise de seu curso e adequação de carga horária. Quando iniciou o curso trabalhava como ASB há 14 anos. No momento da entrevista já havia concluído a graduação em pedagogia, mas diz que não quer sair da área. Vai trabalhar até aposentar como ASB ou TSB.

“Então eu sempre trabalhei na área. Fui fazer o curso de ASB em outro município. Quando soube do curso de TSB corri atrás para fazer. O que me motivou foi a progressão, a melhoria de salário, de conhecimento, tudo isso”.(TSB3)

TSB 4 trabalhou como ASB até fazer o curso por 07 anos, quando foi convidada para fazer o curso de TSB . Diz ser apaixonada pelo que faz:

“O que me motivou foi o conhecimento. Ter mais bagagem. Eu pensei na época que a gente ia ter um super reconhecimento. Porque entrando no curso nós já pedimos para colocar o TSB no concurso. E foi colocado... E a gente achou que ia ser um SUPER sucesso. Mas não foi não...”(TSB4)

Apesar de buscarem mais conhecimento, ao se matricularem no curso de TSB, nota-se uma busca pelo reconhecimento, pela valorização social e salarial. A exigência

de ter concluído o curso de ASB também é fator determinante para a matrícula no curso confirmando a presença de interligações entre as profissões auxiliares na área da odontologia.

De forma geral, pode-se considerar que a busca pelo curso de Técnico em Saúde Bucal encontra-se associada a uma ideia de terminalidade formativa. Após adquirir conhecimentos específicos de determinada categoria profissional, o trabalhador diplomado pode permanecer na função sem exigência formal de novas aprendizagens. Como verificado no capítulo 1, a padronização dos conteúdos da qualificação seria um dos critérios atribuídos ao processo de profissionalização. Esse conteúdo encontra-se relacionado com um nível escolar, ou seja, cada profissão constrói uma padronização de aprendizado, hierarquizado através do diploma (TARTUCE, 2004).

#### 4.1.2 Reconhecimento Profissional

Durante as entrevistas, pouquíssimos trabalhadores se consideravam reconhecidos. Conforme apontado por Vieira e Chinelli (2013), estes trabalhadores esperavam ter a sua dedicação reconhecida e tal falta tem sido um fator desestimulador para trabalhar na área da saúde bucal:

“Acho que nosso trabalho é muito desvalorizado em todos os sentidos. No salário, dinheiro mesmo. Se for falar, por no papel tudo o que a gente faz, em tudo que nos fazemos. O TSB não é reconhecido, a população não sabe, não conhece”. ( TSB 1)

A baixa remuneração, a falta de consideração da população com o profissional, desconhecendo a profissão, a possibilidade de mudar da função de ASB para TSB também são fatores, na opinião das entrevistadas, que promovem a falta de reconhecimento:

“ O que mais afeta é o salário. Na verdade a população em geral não consegue definir a ASB do dentista. Não sabem muito bem a diferença entre ASB, TSB e dentista. Confunde a gente com dentista. Chegam até a chamar a gente de dentista. Os pacientes não diferenciam a Técnica da Dentista, na verdade não enxergam. Eles veem como um todo. Não sabem nossa atribuição no todo”. ( TSB 8)

Para as técnicas entrevistadas reconhecer é valorizar o trabalho. Isso inclui uma remuneração digna e que contemple as qualificações realizadas.

Para TSB 9 é “tipo” nesta parte de remuneração aumentar o salario. Ter salários diferentes conforme a sua função.

Um dos aspectos mais associados ao reconhecimento, no entanto, é o sentimento de ser percebido como sujeito.

Para a TSB 6, formada há 4 anos e logo após aprovada no concurso de TSB onde está no cargo mas não desempenha as atribuições específicas do cargo mas sim as de ASB, é:

“Você saber valorizar e reconhecer que faz falta. Reconhecer o que a gente faz, valorizar o trabalho”. Argumenta também acerca das relações interpessoais com os usuários, nem sempre marcadas pelo respeito que sentem merecer”.(TSB 6)

E ainda continua:

“...não é porque somos pagas que o paciente pode falar o que quer. O paciente tem que respeitar a gente, saber que apesar de estar trabalhando para eles, somos seres humanos que procuram fazer o melhor para eles”. (TSB 6)

Essa dimensão da desvalorização de si foi bastante apontado na relação de reconhecimento profissional. Parece central a relação entre não reconhecimento e desvalorização do sujeito. As entrevistadas apontam, muitas vezes, o fato de não atuarem na sua área de formação (TSB) como uma questão que afeta a falta de reconhecimento:

“Não me sinto reconhecida. Infelizmente ninguém dá valor. A não ser quando a gente falta. Como técnico nunca trabalhei. Não valorizam a ASB que é tão importante, pois ninguém trabalha sem ASB”. (TSB10)

Também mencionam os colegas dentistas, com os quais trabalham diariamente, não valorizarem o que fazem. Com isso não se sentem importantes e, mais uma vez, não se sentem reconhecidas como apontado pela TSB 2:

“ Ahh eu acho que ultimamente em nenhuma profissão agente é reconhecido, né? É até esquecido... pela população nem tanto, mas, pela equipe...(TSB 2)

A falta de reconhecimento, na teoria social, segundo Bendassoli (2012, p.44), traz sofrimento para as pessoas e ainda “o reconhecimento só tem valor se ele for congruente com o significado do trabalho”.

“ Eu gostaria de ser valorizada no que eu faço, que as pessoas entendessem que eu sei fazer, que estou apta para isso. Parece que ficou um ponto de interrogação:.. para que TSB? não tem necessidade”. (TSB 14).

Apenas duas das egressas se consideram reconhecidas, mesmo que atuando como ASB e mostram que sentir-se reconhecida traz motivação para o trabalho conforme relatam em sua falas:

Uma é a TSB 18 que se mudou de cidade, trabalha como servidora pública em outro estado, após ter feito concurso, estimulada por uma amiga. Na sua entrevista afirma que no Estado que trabalha as profissões de ASB e TSB tem reconhecimento:

“Agora sim. Aqui sou reconhecida como ASB. Aqui a população e os dentistas sabem o que é ASB e TSB. Não trabalho ainda como TSB porque tenho que fazer outro concurso. Sou chamada de ASB. E se fosse TSB seria chamada assim. Ser reconhecido pra mim é ser chamada de ASB, poder fazer as atividades de ASB, poder exercer minha profissão, o que estudei, me formei”. (TSB18)

A outra técnica que se sente reconhecida é TSB 19 que trabalhou como ASB por 12 anos. Estava “desviada do cargo de Agente Comunitária de Saúde (ACS) e atuava como ASB”. Foi readaptada por motivos de saúde exercendo, atualmente, a função de Oficial Administrativo, mas recorda do tempo em que atuava como ASB e era reconhecida:

“Como auxiliar sim. Por causa do meu trabalho. Sempre tinha elogios e isso me motivava a trabalhar. O próprio pessoal da equipe me elogiava e isso é ser reconhecida pelos próprios colegas de serviço”. (TSB 19)

O entendimento das técnicas de saúde bucal sobre o conceito de reconhecimento foi analisado na entrevista. Foi relevante a inclusão mais explícita dessa questão a fim de verificar o quanto as egressas sabiam e entendiam deste conceito quando respondiam sobre serem reconhecidas ou não. Para Bendassoli (2012):

O reconhecimento é definido como uma reação construtiva e autêntica, personalizada e ética, podendo manifestar-se de modo formal ou informal, público ou privado, financeira ou simbolicamente, cotidiana ou ritualisticamente. Consiste de um julgamento sobre a contribuição do trabalhador em termos de resultados e investimento pessoal. É fundado na crença de que a pessoa deve ser reconhecida como um ser único, livre, igual e merecedor de respeito (BENDASSOLI, 2012, p.40)

A pergunta foi feita às egressas logo após serem questionadas sobre o sentimento de serem reconhecidas. Para a TSB 25 ser reconhecido é ter espaço, salário digno, ter reconhecimento do que a gente e capaz de fazer”. Para a TSB 16, significa poder fazer o que sabe:

É ter a oportunidade de fazer o que você sabe, aprendeu a fazer. Poder desenvolver seu trabalho, o que você estudou. E eu estudei muito, o trabalho de prevenção eu fazia BEM!! Gostava do que fazia e acho muito importante”. (TSB 16).

Já a TSB 21 enfatiza a capacidade de ser vista:

“ser reconhecido para mim é ver e dar valor para o trabalho que nós fazemos”. Lamenta que “para muitos sou a mocinha do dentista”.

Estas falas retratam, nitidamente a sensação de frustração das egressas e ainda ASB. Segundo Vieira e Chinelli (2017), os trabalhadores se esforçam para fazer o melhor e esperam que essa contribuição seja reconhecida. “A ausência desse retorno resulta em sofrimento devido à desestabilização do referencial em que se apoia a subjetividade” (p. 1598).

Este reconhecimento é esperado por todos que se dedicam ao trabalho sendo decisivo para a constituição de identidade. O trabalho reconhecido tem sentido e é um elemento fundamental para a construção da subjetividade do trabalhador que vai se transformando a partir deste trabalho (VIEIRA e CHINELLI, 2017).

#### 4.1.3 Ser Auxiliar ou ser Técnico em Saúde Bucal?

Para as egressas é muito clara a diferença entre atuar como ASB e TSB. Todas as entrevistadas identificam duas diferenças básicas: as ações de prevenção sem a supervisão direta do dentista e a atuação direta no paciente. As entrevistadas sabem da importância de ser ASB, mas afirmam que o TSB pode atuar como o ASB mas pode oferecer muito mais para o serviço, conforme alguns depoimentos abaixo:

“Eu posso fazer, como eu posso dizer... procedimentos, e...com procedimentos há qualidade no atendimento no dia a dia...Acho que na qualidade do atendimento, TSB é mais importante.” (TSB1)

A realização de procedimentos permite chamar atenção para a questão da autonomia como valor atribuído à função de TSB: tem contato direto com o paciente, trabalha direto na boca.

O ASB já não né...O TSB é mais independente. As ações de caráter educativo junto aos usuários e escolares também são diferenciais:

“Porque enquanto o dentista faz alguma coisa eu posso ajudar mais que o ASB. Na qualidade do atendimento. Não que o ASB não seja importante, mas enquanto o profissional CD tiver fazendo um procedimento com o ASB o TSB esta terminado outro procedimento que o CD começou”. (TSB15)

“ASB é a pessoa que limpa, faz ficha, esteriliza. De função o TSB poderia orientar na escola. Fazer raspagem, o dentista não perderia tempo. Diminuiria mais o índice de carie. Faríamos palestras com gestantes e outros, podemos orientar” (TSB 10)

As entrevistadas mencionam que a maioria dos colegas de profissão não veem com bons olhos a atuação dos TSBs e por isso elas continuam no cargo de ASB, mesmo as que passaram em concurso público para TSB ainda não conseguem atuar na profissão.

Para alguns dentistas, é como se os TSBs competissem com eles no mercado de trabalho e, por esse motivo, muitas vezes, colocam-se contra essa categoria (Brasil, 2005; Narvai, 2003; Queluz, 2005; Liñan e Bruno, 2007).

“Não sei se é pela profissão não ser conhecida. Conversando com os dentistas eles não tem esta visão. Que a gente podia fazer alguma coisa. Eles podiam dar oportunidade para a gente. Fazer um RX, ir para a escola. Sem modéstia... aprendi muito no curso e me acho apta para isso. Se nos dessem oportunidade pra gente mostrar que sabe e tem condições, não estaria como ASB, mas estaria ajudando com TSB e todos ganhariam com isso. Mas o dentista tem medo...”( TSB 7)

Para a TSB 5, a questão está com a administração: municipal, estadual e federal. Na sua opinião caberia aos gestores a função de adequar os espaços para o trabalho em equipe:

Então... Na verdade, na minha opinião, nos não exercemos a profissão de técnica por causa da cabeça (gestores e dentistas). No caso teria que adaptar muita coisa na rede publica isso não depende do município. É uma hierarquia. Vai ter que fazer muita coisa como adaptar o espaço. Eu acho que nos não conseguimos ainda porque depende, não da administração, mudar totalmente a visão para conseguirmos trabalhar. Porque não tem como.... não é o município. Sei lá... Depende do governo, do Estado, da aceitação maior relacionada aos técnicos... Eu falo da nossa equipe pois ela tem cabeça aberta, mas lá em cima acha que não vai mudar nada, então não precisa, vamos deixar como está”. (TSB 5)

Quando fala sobre a inserção do TSB na equipe, a TSB 7 relata a rejeição não só do dentista, por se sentir ameaçado, como das ASBs:

“É muito difícil. Eles tem a mente muito fechada para TSB. Não só dentistas como tem auxiliar que acha que queremos pegar o lugar do CD. Então é muito difícil a aceitação, tanto da parte da própria odontológica como da enfermagem. Como não conhecem nossas atribuições, Eles acham... porque uma técnica vai querer fazer o que dentista faz. Na verdade eu, no caso quero entrar para somar. E assim porque eles acham que queremos pegar o lugar deles. Deveria ter nossa inserção. Lógico que existem alguns profissionais que querem ser dentistas. Mas é só dividir e fiscalizar bem as atribuições que cada um faz a sua parte e o serviço vai ser muito bom!!!”(TSB 7)

Esta é uma questão polêmica na atuação do Técnico em Saúde Bucal sendo importante, segundo Linã e Bruno (2006), a garantia de condições para que o TSB desenvolva seu trabalho, construa sua identidade por meio de uma caracterização melhor do serviço. Uma maior divulgação das funções deste trabalhador parece importante para aumentar a possibilidade de ganhar a confiança dos dentistas que não podem se sentir ameaçados pelos Técnicos em Saúde Bucal. Estes trabalhadores atuam sob-regulamentação legal e sempre sob a supervisão direta do dentista, o que assegura que sua atuação não seja, de forma alguma, ameaçadora para o dentista. Cabe ainda considerar que se encontram subordinados à gestão tanto administrativa quanto financeira, como lembram Linã e Bruno (2016):

Desta forma, a regulamentação profissional buscada pelos auxiliares de odontologia em nenhum aspecto se apresenta como ameaça aos dentistas. Ao contrário, acreditamos que esta regulamentação só viria ajudá-los no exercício de suas funções, uma vez que estaria definindo competências e campos de atuação que são muito distintos, embora complementares ( LINÃN e BRUNO, 2006, p.10).

#### 4.1.4 O Técnico em Saúde Bucal e seu mercado de trabalho

O mercado de trabalho do TSB, segundo as egressas entrevistadas, é um mercado difícil, fechado e que passa pelas barreiras burocráticas e políticas. Destaca-se a necessidade de criação do cargo e a abertura de vagas nos concursos públicos.

Esse é um aspecto central que merece ser mais publicizado já que é marcado pelo desconhecimento por parte dos gestores e pelos próprios dentistas. É necessário que se afirme as atribuições e as benfeitorias que a profissão pode trazer ao sistema público.

Para Linã e Bruno ( 2006), o mercado de trabalho do TSB é mais restrito aos serviços públicos pois raramente se encontra TSB no setor privado. Afirma ainda que é muito comum o TSB exercer a função de ASB, ou seja, suas expectativas direcionam-se a ampliação de postos de trabalho no serviço público, ou seja, onde julgam ter maiores oportunidades.

Durante a realização das entrevistas as egressas responderam qual a visão que elas possuem da inserção no mercado de trabalho:

“Está super difícil. Sei que tem em outros lugares. Aqui eles não enxergam o TSB.eu acredito que a coordenação que deveria fazer o secretario enxergar e não tem a visão. Quanto aos dentistas poucos tem a

visão mas a rejeição é muito grande. A inserção não da pela gestão municipal e pela oposição de muitos dentistas”. (TSB 15)

A TSB 4, apesar de ser concursada no cargo de TSB, não pode exercer as atividades clínicas por não ter espaço e instalação física adequada em seu local de trabalho. A precarização do trabalho em saúde, sobrecarregando os profissionais, são a causa desta participante ter seus sonhos frustrados:

“Eu acho que não estamos inserido no MT hoje. Quando fizemos o curso era tudo bonito. Nossa ia ser assim assado, duas cadeiras. Mas no dia a dia as prefeituras não dão condição. Teriam duas cadeiras, poderíamos fazer raspagem profilaxia. No curso achava uma delícia, um sonho. Hoje por causa da correria não da, é mais fácil a dentista fazer do que passar para mim, explicar para o paciente”. ( TSB 4)

Para a TSB 1 o problema do mercado de trabalho está na questão política e de gestão. O desconhecimento da profissão por parte destes líderes tornam o pessoal do serviço auxiliar da odontologia todos iguais, impedindo a criação de cargos e a consequente abertura de concurso público:

“Não é fácil de entrar. Tem que correr muito atrás. Não é fácil. Deveria ser mais fácil ter concurso público. Como existe TSB formado eles tinham que fazer o concurso público , porque tem TSB formada, tinha que tem concurso publico. Talvez isso aconteça porque os próprios governantes não sabem o que que é, não procuram , não procuram saber a importância. São bem leigos sobre esta parte. Não sabem a importância , não conhecem a importância do TSB no mercado por isso que eles acham que é um cargo qualquer como qualquer outro ainda pensam muito pequeno sobre isso”.(TSB 1)

Após a inserção do Programa Saúde da Família, a inserção do TSB no serviço público tem sido muito estimulada principalmente porque as contribuições dadas por esta categoria são muito grandes e o Ministério da saúde tem dado um foco especial para estes profissionais.

Porém, para que este mercado se abra é necessário o envolvimento de diversos atores como os conselhos de classe, os dentistas, os governantes e os gestores locais (ESPOSTI et al., 2012)

A inserção destes técnicos no mercado de trabalho tem sido insuficiente e a maioria dos egressos continua trabalhando como ASB. Segundo Zina et al. (2017), é necessário uma reformulação na política de educação permanente para levantar os pontos críticos do curso, apontando as melhorias necessárias no sistema de saúde bucal para melhorar a inserção do egresso.

#### 4.1.5 Planos para o futuro dos Técnicos em Saúde Bucal

No final da entrevista, para levantar as expectativas profissionais das egressas foi feito o questionamento sobre suas ideias de futuro. Pode-se observar que algumas, seja pelo tempo de trabalho no serviço público ou mesmo pela idade já não possuem perspectivas profissionais e pontuam como a TSB 2 e TSB5 que pensam em se aposentar e essa última pretende apoiar o marido que é dono de farmácia.

Mesmo com a visão do mercado difícil, muitas entrevistadas alimentam o sonho de se tornar TSB, não pensando em mudar de área:

A TSB 20, atuou durante 21 anos como ASB, desviada da função de auxiliar de serviços gerais. Coursou ASB na turma de 2009 e concluiu o curso de TSB em 2012. Teve seu sonho de crescer profissionalmente destruído ao ser informada, do dia para a noite que teria que voltar a ser auxiliar de serviços gerais. Chora ao lembrar desta história e lamenta por não poder estar na atividade que sempre gostou. Na sua declaração diz ser reconhecida e valorizada como ASB pelos dentistas que trabalhou durante todos estes anos. Hoje deseja estudar e passar em um concurso para voltar a função que sempre se realizou:

“Fazer um novo concurso para ASB e /ou TSB e voltar a trabalhar com dentista. A minha volta para a função de auxiliar de serviço foi muito triste. Trataram como um cachorro. Só avisaram por telefone e nem explicaram. Foi muito triste pq eu gostava muito de trabalhar com o dentista”( TSB 20)

O desafio de passar em um novo concurso público, com a finalidade de exercer a nova profissão, sonhada quando iniciou o curso, permanece na voz de muitas egressas:

“Prestar concurso e ser TSB, exercendo a profissão, sempre crescendo profissionalmente e me realizando”( TSB 18)

“Eu adoro esta área. Sai porque meu contrato venceu e fui dispensada. EU AMO O QUE EU FACO. E se melhorar eu voltaria. Porque agora a situação da cidade esta muito difícil. Mas se eu tiver oportunidade com certeza voltaria trabalhar”. ( TSB15)

Algumas entrevistadas sinalizaram a possibilidade de seguirem estudando. Nesse caso a área de enfermagem apresenta chances maiores de concretização enquanto a odontologia aparece como uma aspiração conforme conceituado em Chinelli ET all, 2017.

“Eu me afastei pelo problema de saúde. Se pudesse estaria até hoje. Fazendo muito bem. Mas agora vou estacionar. Estou pensando na minha aposentadoria. Minha vontade era estudar se possível para a enfermagem. Mas seu eu pudesse, e não posso até por causa da minha saúde, faria para a odonto”. (TSB 18).

Muitas foram em busca de uma nova formação e demonstram na entrevista uma baixa expectativa na área da saúde bucal, pensando para o futuro, em um novo emprego na outra área de sua formação:

TSB 3: É funcionária pública concursada como ASB há 20 anos. Estudou, além do curso de ASB e TSB, técnico em enfermagem, técnico em secretariado e, por último, pedagogia:

“ Eu quero ficar estudando até quando eu ficar velhinha rsrsr. Então me formei agora em pedagogia e pretendo me aposentar e...ver se eu continuo dando aula. Sinceramente, eu gosto da área da odontologia, mas não vejo campo pra mim dentro da área da odontologia. Então agente olha pra frente daqui uns cinco, dez anos vê a aposentadoria. Só que eu não quero parar, eu não quero estacionar. Eu quero continuar estudando e.. concluindo”.

A procura por uma nova formação ligada a área da saúde em busca de um afastamento de um trabalho não reconhecido misturado com conflitos de relacionamento fizeram a TSB 23 planejar para seu futuro o afastamento definitivo da odontologia para viver em paz”:

“Não voltaria a ser TSB. Porque agora onde eu estou está melhor. Tenho paz ambiental e não tem lugar melhor do que ter paz. O ambiente de odontologia é muito conturbado. Tem muito chefe para pouco índio.”(TSB 23)  
Para meu futuro só quero exercer minha nova profissão que é a de enfermeira. Odontologia não mais”.(TSB 23)

A falta de reconhecimento tem como consequência a desvalorização profissional e promove frustração. Se associada a baixa remuneração faz com que o trabalhador, por questão de sobrevivência abra mão de seus sonhos e desejos para o futuro procurando novos rumos mesmo que por caminhos desconhecidos. Uma profissional dedicada que relata amar o que fazia, principalmente com as ações de prevenção, é exemplo do que a precarização do trabalho, característica do mundo contemporâneo provoca no trabalhador de saúde bucal:

“Se eu pudesse voltar para a área voltaria. Gostaria de trabalhar educação em saúde, a prevenção o flúor. Era a coisa que eu mais gostava de fazer. Mas, por questões salariais vim para a educação. Mas era a coisa que eu mais gostava de fazer e se pudesse e tivesse condições, eu voltaria”( TSB 16)

## 4.2 CIRURGIÕES DENTISTAS

No sentido de conhecer a percepção do cirurgião dentista sobre a importância do Técnico em Saúde Bucal na equipe de saúde bucal foram coletadas informações destes profissionais sobre aspectos identificados como centrais pelo estudo: constituição da equipe de saúde bucal, ensino e a informação sobre as profissões auxiliares na odontologia na graduação, conhecimentos sobre as atribuições do TSB, regulamentação profissional dos profissionais auxiliares da odontologia e percepções sobre a inserção do TSB no mercado de trabalho. Iniciaremos esta discussão pela visão do cirurgião dentista sobre a composição da equipe de saúde bucal.

### 4.2.1 O Cirurgião Dentista e a Equipe de Saúde Bucal

O trabalho em equipe tem como base a integração dos profissionais buscando a ampliação da intervenção, a redefinição do trabalho ocasionando um melhor desenvolvimento da saúde preventiva. A introdução do programa da saúde da família em 1994 destaca o trabalho em equipe como pressuposto para a reorganização do processo de trabalho em saúde ( PEDUZZI,2006).

Seguindo essa orientação, também na saúde bucal ampliou-se a importância da discussão da equipe com a inserção da equipe de saúde bucal no PSF em 2000. Tanto que, ao se instituir a portaria do PSF em 2002 foram determinadas duas modalidades de equipe de saúde bucal (BRASIL, 2008): Modalidade I : Cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal e Modalidade II: Cirurgião dentista e técnico de saúde bucal

Neste sentido, os dentistas entrevistados relataram que é a equipe de saúde bucal para eles.

Nota-se inicialmente que o próprio conceito de equipe de saúde bucal é confuso para os entrevistados. Muitos acrescentam oficial administrativo, recepcionista entre outros profissionais conforme veremos a seguir:

Para CD1, especialista em endodontia, trabalha em consultório particular e atua como dentista da atenção básica já tendo atuado no centro de especialidade odontológica equipe é o dentista e quem tiver em seu auxílio:

“Equipe de saúde bucal pra mim é o dentista, e a auxiliar que está auxiliando ele. Se tiver a técnica (TSB). Eu acho que até a moça que recebe (repcionista) pode fazer parte da equipe de saúde bucal se ela fizer o acolhimento, ficha, ou então ela chama a auxiliar lá fora para fazer a ficha. No meu geral a XXXX que agenda, que esta lá fora faz parte da equipe, mas não entra na sala você entendeu?” ( CD 1)

CD5: atua na atenção básica há 20 anos.

“A equipe pra mim e o dentista, técnico auxiliar, técnico de enfermagem, enfermeiro. Formariam uma equipe”.

CD 7 :

“Começa pelo dentista auxiliar e o próprio paciente. Sem ele não teria equipe né?

“Dentista auxiliar, no momento é o que eu trabalhei...”

CD9

“ É o dentista o auxiliar e o recepcionista”.

CD 12

“Eu e a auxiliar só. Não vejo mais ninguém”.

Desta forma, é possível concluir que é de extrema necessidade a realização de uma oficina, através da educação permanente em saúde para que os profissionais da região entendam o que é o trabalho em equipe e qual a sua composição e a distinção entre a formação profissional dos seus integrantes.

Sem o conhecimento do que é equipe e de qual é o objetivo, não teremos um trabalho como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais” (PEDUZZI, 2006, p. 274).

É necessário que a casa seja construída da forma correta para que seja formado um sistema público de saúde de atenção em saúde bucal sólido. Um sistema nacional de atenção à saúde bucal é constituído por profissionais e unidades, como, parafraseando Poincaré (1905), uma casa é construída de tijolos, mas um amontoado de CDs, TSBs, ASBs, ACSs, ESBs, Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e hospitais, da mesma forma que um monte de tijolos não é uma casa, não constituem um sistema público de atenção à saúde bucal. (ZANETTI, OLIVEIRA e MENDONÇA, 2012, p. 212)

Encontramos 7 dos entrevistados que relatam a existência do técnico em saúde bucal na equipe de trabalho. Na minha percepção são dentistas que já estão envolvidos com o processo de formação das ASBs e TSBs. Estes profissionais conhecem alguma coisa por terem atuado como docente da dispersão (estágio) das ASBs ou das próprias egressas.

CD10 Atua há 25 no serviço público. Foi docente do curso da dispersão e da concentração do curso de TSB:

“ A equipe de saúde bucal seria um CD um TSB e um ASB”.

Outro aspecto em relação ao processo de trabalho em equipe voltou-se para as formas pelas quais as atividades no dia a dia são distribuídas. A maioria dos profissionais respondeu que o trabalho é somente do ASB e que as atividades por eles realizadas são atendimento ao paciente, preenchimento de fichas, lavagem e esterilização de materiais.

“Aqui estou sem auxiliar . Mas todas que passaram eu oriento em relação a deixar o ambiente organizado para o trabalho. Conseguimos trabalhar a quatro mãos. Principalmente cirurgia. Se eu agendo eu faço no dia em que tenho uma ASB disponível”. CD 9  
A auxiliar ajuda na agenda, prepara os materiais e manipula os materiais. Esterilização dos materiais, a Auxiliar deixa tudo preparado para o dentista trabalhar com o pacientes”. CD7

Estas respostas confirmam o achado de Warmlind et al. (2016) em seu estudo. Os autores relatam que a competência da ASB no trabalho é a organização do serviço, à exceção das ABSs que trabalham em consultório particular que acumulam a atividade de “controlar o movimento financeiro”.

Apenas uma profissional que trabalha em escola, com TSB concursada ( mas que não desenvolve as atribuições de TSB), diz que sua auxiliar acompanha nas atividades preventivas:

“Eu trabalho com uma técnica. Na verdade minha técnica não desenvolve a atividade de TSB. Tem apenas uma cadeira odontológica. Na verdade ela desenvolve a atividade de ASB. Eu valorizo muito o TSB mas temos que desenvolver a atividade. Se tem uma cadeira o dentista tem que parar para que o técnico desenvolva a atividade dele. Não dá. Há a necessidade de ter mais uma cadeira. ai o dentista faz a parte dele e passa o paciente para o técnico fazer a dele. Isso tornaria o trabalho mais ágil. Aqui na escola ela me ajuda , mas na escovação supervisionada só”.  
( CD 3)

Desta forma, podemos analisar que é necessária uma maior valorização do trabalho em equipe, conscientizando o cirurgião dentista do processo de trabalho baseado em divisão de tarefas. Através disto, é possível discutir a conquista de um espaço para o TSB no mercado da saúde bucal, mudando o enfoque para o trabalho em equipe, compartilhando conhecimento numa abordagem multidisciplinar e integral da assistência à saúde ( ESPOSTI et al., 2012).

#### 4.2.2 O Auxiliar de Saúde Bucal e o Técnico em Saúde Bucal sob o olhar do cirurgião dentista

Conforme explicitamos anteriormente, tanto o ASB como o TSB estão inseridos na equipe de saúde bucal há muitos anos, desde o início da odontologia no Brasil (FRAZÃO, 2011).

Com a regulamentação da lei 11889 no ano de 2008, estes profissionais conquistaram o reconhecimento da profissão com a necessidade de realizarem qualificação e inscrição no Conselho Regional de Odontologia para o exercício da função.

Durante a pesquisa realizada com os cirurgiões dentistas, a fim de verificar se conheciam a existência desta regulamentação e se sabiam as atribuições de cada profissional auxiliar (ASB e TSB), foram realizados dois questionamentos: se conheciam a lei 11889/2008 e o que ela regulamentava e se conheciam as atribuições específicas, principalmente do TSB. Vejamos as respostas:

Sobre a lei:

CD 3

“ Na verdade eu acredito que seja a regulamentação do TSB. Mas não conheço esta lei”

CD 6

“ não, nunca ouvi falar desta lei. não sei o que ela regulamenta”.

Sobre as atribuições:

O conhecimento das atribuições conferidas ao ASB e ao TSB através da regulamentação da profissão é um importante instrumento para a gestão. A fixação de competências representam uma conquista relevante para os trabalhadores da área e uma contribuição significativa para o avanço da ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal (FRAZÃO E CAPEL,2011).

Porém, o que se notou no estudo realizado foi o desconhecimento de muitas atribuições tanto do ASB como do TSB por parte dos dentistas entrevistados:

A resposta mais completa foi dada pelo dentista CD 1 e em seguida apresentamos outros dois depoimentos que completam o raciocínio sobre o conhecimento ( ou pequeno) dos dentistas sobre as atribuições dos TSBs:

“Eu conheço muito pouco. Teve um tempo atrás que eu estava mais por dentro mais eu vou lembrando algumas coisas. Eu sei que o técnico pode fazer alguns procedimentos com a supervisão do cirurgião dentista e eu sei que o técnico pode supervisionar a ASB em algumas situações. Eu sei que ele pode fazer polimento de restauração incentivar, motivar, orientar na educação em saúde. Sei que o técnico pode fazer alguns procedimento que facilitaria a vida do dentista e o dentista poderia estar atendendo um outro paciente fazendo, dando atenção em outro momento, fazendo outras coisas”. ( CD1)

“Pelo que sei a atribuição do Técnico vai um pouquinho além da do ASB: ele pode tirar RX, remover sutura, preencher a cavidade para mim, fazer profilaxia no paciente”. ( CD4)

“Se vc trabalhar em ESF ele ajudaria numa escovação supervisionada, escovação, aplicação de flúor que é o que não fazem ne? antes do PSF nos fazíamos aqui. Quando chegou o PSF acabou porque saímos da escola. Estar dentro da escola é mais fácil para fazer isso. Mas se esta em um posto, se deslocar para fazer isso, é inviável.” ( CD 8)

Em relação as atribuições dos ASBs e de sua importância ficou evidente que os entrevistados acham muito importante este profissional, relatando, inclusive que sua ausência prejudica em muito o trabalho. Porém, enxergam este profissional pelas atividades realizadas no dia a dia, desconhecendo a legalidade (ou não) da atuação:

CD 9

“A ASB é peça fundamental para o dentista. Faz a manipulação de material, acolhe o paciente / usuário. Da um apoio mesmo, ate técnico para o dentista”.

CD 17

“ é uma equipe ne. Se tiver uma auxiliar bem treinada ajuda bastante. Se não, não funciona a equipe. Estar auxiliando nos procedimentos, esterilização, este trabalho é fundamental das atribuições”.

Entretanto, conforme afirmado por Silva et al. ( 2014), Linã e Bruno ( 2006) e Queluz (2005), muitos dentistas se sentem ameaçados pelo TSB. Isso não foi diferente neste trabalho onde, inclusive, dois entrevistados se disseram contra o trabalho do TSB:

“Por enquanto pra mim é a mesma coisa o ASB e o Técnico. Posso falar o que eu sou contra? Eu sou contra o técnico por a mão na boca do paciente. Eu não acho que é certo. Isso na minha opinião e trabalho do dentista. O tempo que o TSB teve de formação é muito pequeno. Como vai inserir um amalgama sem ter feito escultura dental? Eu estudei isso durante 1 ano na faculdade”. (CD 8)

Outro entrevistado até relata aceitar o profissional, mas para ações na escola:

“ acho que poderia contratar poucos para ir na escola, na parte da prevenção. Tirar um ponto pra mim não ia fazer diferença. Eu mesmo tiro. Eu confiaria na parte preventiva. Mas na parte do procedimento eu prefiro eu mesma fazer”. ( CD 15)

Um fato curioso neste aspecto é que um dos CDs com posição contrária possui muitos anos de formado e de serviço público e o outro é formado há menos tempo, justificando que o desconhecimento da profissão abrange de maneira geral, a maioria dos dentistas no Brasil.

Linã e Bruno (2006) percebem as ameaças relatadas pelos dentistas como medo de perder o monopólio de um saber específico pois, após passarem por um período de formação, com aumento de saber, os novos profissionais podem passar a indagar sobre diagnósticos, tratamentos e procedimentos, aumentando o nível de exigência da qualidade dos serviços e também dos usuários visto que serão melhores informados sobre os serviços odontológicos.

#### 4.2.3 O mercado de trabalho do TSB sob a perspectiva do cirurgião dentista

A saúde bucal, após ser incorporada na equipe do Programa Saúde da Família e com a previsão do trabalho do Técnico em saúde Bucal na equipe modalidade II, deveria ser um campo de trabalho para este profissional.

Porém, segundo Zanetti, Oliveira e Mendonça ( 2012), esta política pouco fez para estimular a inserção destes profissionais no mercado de trabalho. Afirmam ainda que a maior falha política foi ter admitido o TSB como uma das modalidades, havendo uma baixa inserção destes profissionais no programa.

Linã e Bruno ( 2006), chamam atenção para esse mercado de trabalho voltado para prefeituras que apresentam como dificuldade o trabalho restrito, a precarização da mão de obra, exigindo que trabalhem na função e executem outros serviços, mas com salários baixos.

Outro fator levantado pelos entrevistados foi o pequeno interesse dos gestores da área da saúde bucal, secretaria da saúde e governos do estado em contratar estes profissionais, justificado talvez, pelo desconhecimento do trabalho executado e da importância deste profissional na equipe de saúde bucal.

Estes aspectos justificam as respostas, praticamente unânimes, dos dentistas de que o mercado de trabalho para o TSB inexistente, é muito difícil, é precário. Conforme vemos abaixo:

CD 13

“não consigo ver nada promissor”.

CD 12

“no nosso setor de trabalho, não vejo, só ficamos aqui dentro não vamos para a escola não consigo ver um mercado nem no Sus nem no privado. No privado porque não consegue contratar nem ASB e no SUS porque tem muito dentista trabalhando sozinho, não contratam mais ninguém. Falta material e o salario é baixo”.

CD 15

“ Eu acho restrito. Como eu disse uns dois para fazer prevenção, saúde coletiva acho interessante. Já em consultório não consigo ver. Só se fosse uma clinica muito grande. Com isso é um mercado restrito na minha opinião”.

CD 11

“ Bom eu acho que na área pública ele poderia entrar na escola, na parte educativa, no sus o que eu vejo e que é um pensamento mais tradicional do dentista e da ASB. Isso não seria tão fácil de mudar, já vejo que no consultório particular eles teriam trabalho”.

CD 1

“Eu enxergo que é um mercado com pouca disponibilidade talvez ela falta de conhecimento da importância do trabalho do TSB. Então o mercado não esta aberto, e difícil eles entrarem no mercado mas ate os nossos colegas não sabem quais são as atribuições do TSB para contratar um TSB. Eu acho que falta informação”.

Assim, podemos concordar com Frazão e Narvai (2011) quando se referem que a sanção da lei foi um marco regulatório para o trabalho em saúde e pacificou a questão a nível nacional.

No entanto, estas modificações não mudaram o mercado de trabalho do TSB ficando claro pelo exposto nos depoimentos que afirmam não enxergarem uma melhora na expectativa da contratação destes profissionais. Esse fato, segundo os relatos acima, causado pelo tanto por fatores econômicos como éticos e políticos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do resultado deste estudo permitiu as seguintes conclusões: a inserção do Técnico em Saúde Bucal na região da CIR de Itapeva não aconteceu, mesmo depois de quase 7 anos da conclusão do curso.

Chama atenção que até mesmo as Técnicas em Saúde Bucal inseridas através de concurso público na região não conseguiram desenvolver suas atividades por não possuírem espaço adequado para sua atuação ( presença da segunda cadeira e ausência de planejamento existência de ações preventivas nas escolas).

Esse contexto dificulta o conhecimento da atuação destes profissionais no serviço da região e, conseqüentemente, a inserção de outras egressas no mercado de trabalho nos seus municípios.

Para haver um fortalecimento e a possível consolidação da profissão de Técnico de Saúde Bucal na região é necessário que os gestores locais: coordenadores de saúde bucal, secretários de saúde, prefeitos e vereadores tenham conhecimento desta profissão e dos benefícios que este profissional, se atuante na equipe de saúde bucal, pode trazer para a população, assim como o auxílio que podem gerar para a efetivação da melhoria da qualidade dos serviços e da atenção em saúde bucal na região.

A importância da sensibilização das universidades para, durante a formação dos cirurgiões dentistas, fortalecerem o trabalho em equipe e reconhecerem o trabalho dos técnicos em saúde bucal é outro aspecto que deve ser considerado neste trabalho.

Como um desafio a ser enfrentado, a fim de reconhecimento e fortalecimento dos profissionais da área Técnica em Saúde Bucal, objeto desta pesquisa, é levar o resultado deste trabalho para os movimentos onde há participação social: Conselhos Municipais de Saúde, Comissão Bipartite, coordenação de saúde Bucal estadual e do DRS de Sorocaba, comissão de TSB e ASB do Conselho Regional de Odontologia, Associação Paulista de Odontologia e Associação Brasileira de odontologia.

Outro aspecto que merece destaque e que foi bastante observado nos depoimentos refere-se à falta de reconhecimento profissional experimentado pelas egressas. Mesmo atuando como Auxiliar de Saúde Bucal, como foi relatado nas entrevistas, as participantes, em sua maioria, não se sentem reconhecidas.

Justificam este sentimento, por se sentirem desvalorizadas, muitas vezes mal tratadas e mal remuneradas. Acresce-se o fato de não terem sua profissão vista como tal,

ou seja, são identificadas pela equipe de saúde, pelo dentista e pela população como uma secretária e não como uma profissional capacitada e qualificada para o serviço.

Em relação aos dentistas ficou claro o desconhecimento da regulamentação profissional, fato que leva a refletir sobre o papel do Conselho de Odontologia, órgão fiscalizador da profissão.

A luta pelo reconhecimento travada por anos foi conquistada com a promulgação da lei 11889/2008, mas muitos profissionais continuam atuando sem obedecer a regulamentação, isto é, sem fazer a formação e sem se inscrever no conselho caracterizando a precarização da profissão com ASBs sem qualificação, TSBs aceitando trabalhar como ASB e com baixos salários e sem reconhecimento da função.

Em relação ao mercado de trabalho do técnico em saúde bucal é importante salientarmos que, sob o ponto de vista dos entrevistados, é um mercado bem deficiente, sem perspectiva. Fato relatado por quase todos profissionais entrevistados.

O principal motivo desta baixa inserção é o desconhecimento das atribuições, o medo do dentista frente à ameaça de ser substituído pelo TSB e a necessidade de sensibilização dos gestores e políticos locais para criação de cargos seguida da realização de concurso público.

Conclui-se então que há necessidade de ampliação do mercado de trabalho do Técnico em Saúde Bucal na região e, para isso, a área da odontologia precisa passar por mudanças no processo de trabalho, iniciando pela valorização e empoderamento da equipe de saúde bucal, assumindo como algo positivo e que irá ampliar as conquistas e a qualidade do serviço. Isso irá depender dos gestores serem, inicialmente, sensibilizados através do conhecimento da proposta de trabalho do Técnico em Saúde Bucal e das melhorias alcançadas com a incorporação deste trabalhador na equipe de saúde bucal local.

## REFERENCIA

BAPTISTA, T W F. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.** In: Matta, Gustavo Corrêa. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BENDASSOLLI, Pedro F.. **Crítica às apropriações psicológicas do trabalho.** Psicol. Soc., Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 75-84, Apr. 2011 .

BORGES, L. C. ASB e TSB: formação e prática da equipe auxiliar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

BRASIL. **Lei Federal n 18.889/2008.** Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB

\_\_\_\_\_. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [homepage na Internet]. Brasília.

CHINELLI, F; VIEIRA, M; DELUIZ, N. **O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde.** In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al (Org.). Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 23-48.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO ( CROSP). **Manual do ASB e TSB**, 1 ed., 2015.

COSTA LIMA CASTRO . **Iniciativas da educação profissional em saúde no Brasil:** caminhos dos anos 2000.IV Colóquio Nacional e I Colóquio Internacional. Natal,RN-24 a 27 de julho de 2017

COUTINHO, M. **Sentidos do trabalho contemporâneo:** as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho, 12(2), (2009) pag.189-202.

DEDECCA, C.S. et al. **A Dimensão Ocupacional do Setor de Atendimento à Saúde no Brasil**. Trabalho, Educação e saúde, v 3 n.1, p.123-142, 2005.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo**. Boletim Técnico do SENAC. Rio de Janeiro, v. 27, n 3, p. 12-25, set/dez, 2001

ESPOSTI, C. D. D. et al . **O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. Saude soc., São Paulo , v. 21, n. 2, p. 372-385, June 2012.

FRAZÃO, P. ; NARVAI, PC . **Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal?**. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 2011.

FIOCRUZ. **Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde**.

<https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>. Acesso em 15/02/2019

GALVEAS, E.A. et al. **Singularidades no processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões dentistas**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 273-292, jan./abr. 2016.

GIRARDI, SN; SEIXAS, PH. **Dilemas da Regulamentação Profissional na Área da Saúde: Questões para um Governo Democrático e Inclusionista**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, v.2, n.5, 2002.

KITANI, N.T. **Percepção do cirurgião dentista quanto a inserção e trabalho do Técnico em Saúde Bucal na equipe de Saúde bucal**. Dissertação ( Mestrado em Odontologia Social. Universidade de São Paulo, São Paulo 2011.

KRIGER,L. **Promoção de Saúde Bucal**: paradigma, Cinecia e Humanizacao. 3.ed. São Paulo. Artes Médicas, 2003.

KUENZER, A.Z. **A reforma do ensino técnico no Brasil e suas consequências**. In: FERRETTI, C.; SILVA JUNIOR, J.R.; OLIVEIRA, M.R.N.S. (Org.). Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola? São Paulo: Xamã, 1999. p. 121-140.

KUENZER, A.Z. In: **Ensino Médio e Profissional**: as políticas do estado neoliberal. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007, p9-28 (Coleção Questões Nova Época; v 63)

LIMA, J.C.F; NEVES, LMW; PRONKO,MA. **Trabalho Complexo**. IN Dicionário da Educação profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.EPSJV, 2009.

LIMA JUNIOR, J.F. et al. **Expectativas Profissionais de Alunos de Curso Técnico em Saúde Bucal**. Rev.Bras.promoç Saúde, Fortaleza, 25 (1):65-70,jan/mar.,2012

Liñan, M.B.G.; BRUNO,L.E.N.B.**Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental**. Rev. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 327-366, July 2007.

MACHADO, M.H., org. **Sociologia das profissões**: uma contribuição ao debate teórico. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, pp. 13-33.

MACHADO F.K.S, GIONGO C.R., MENDESJ.M.R. **Terceirização e Precarização do Trabalho**: uma questão de sofrimento social. PSICOLOGIA POLÍTICA. VOL. 16. No 36. PP. 227-240. MAIO – AGO. 2016.

MACHADO, MH; XIMENES NETO, FRG. **Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS**: trinta anos de avanços e desafios. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018 .

MARTINS ,S.. ; KRAWULSKI, E. **Trabalho em integração com a vida**: trajetórias de trabalhadores da atenção básica à saúde e a construção de sua identidade profissional. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2012, vol. 15, n. 1, p. 115-134

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Guia curricular para formação técnica de nível médio**. Belo horizonte: ESPMG,2009  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Parecer CFE no 460 de 6 de fevereiro de 1975**. Dispõe sobre a habilitação em nível de 2o grau de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (DF). Documenta, 6 fev. 1975; 171:20-6.

\_\_\_\_\_. 1a Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília (DF); 1986.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

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

NARVAI PC. **Saúde Bucal Coletiva**: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Publica 2006, 40 (N Esp):141-7

NARVAI PC. **Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil**. RevistaTempus Actas em Saúde Coletiva. 2011; 5(3).

NICKEL, D.A; LIMA,F.G.; SILVA B.B. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, fev, 2008

PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde**: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública. Edição Especial, 2006.

PEDUZZI, L; SCHRAIBER, LB. **Processo de Trabalho em Saúde** in: Pereira, IB ; França, LCL. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

- PEREIRA. e col. **Tratado de Saúde Coletiva em odontologia**. Nova Odessa: Napoleao, 2009
- PINTO, VG. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2006.
- RAMOS, M. **Trabalho, Educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação de trabalhadores técnicos da saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: ESPSV, UFRJ, 2010
- REIS et al., **O técnico em Saúde bucal**: A Atuação deste profissional no Serviço Público de Saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde- TGSS. Vol. 6, N.3. p. 293-305, Setembro/ Dezembro. 2017
- QUELUZ, D.P. **Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho**. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49: 270-280, jul./set. 2005
- SÓRIO, R. E. R. **Educação profissional em saúde no Brasil**: a proposta das escolas técnicas de saúde do sistema único de saúde. In: Formação / Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. – v. 2, n. 5, 2002. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- TAQUETTE, SR. **Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde** CIAIQ2016[Internet] . 2016 [citado 2017 nov 16];2:524-33. Actas: Investigação Qualitativa em Saúde.
- TARTUCE, GLBP. **Tensões e Intenções na Transição Escola-Trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2007.

VIEIRA, M. **Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 271-286, July 2007 .

VIEIRA, Monica, CHINELLI, Filippina .**Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento:** repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1591-1600, 2013.

VIEIRA Monica , CHINELLI, Filippina , D'ÁVILA, Luciana Souza , FORTES, Denise Rodrigues, DAVID, Nanci Aparecida da Silva. **Trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, e suas expectativas profissionais.** RIO DE JANEIRO, V. 41, N. ESPECIAL, P. 92-103, JUN 2017.

WARMLING, CM; CIPRIANI, CR; PIRES, FS. **Perfil de Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal que atuam no Sistema Único de Saúde .** Rev. APS. 2016 out/dez; 19(4): 592 - 601.

ZANETI C. H. G., OLIVEIRA J.A. A., MENDONÇA, M. H. M. **Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: Desafio de interpretar as competências dos técnicos .** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 195-222, jul./out.2012 2012

## ANEXOS

## ANEXO A- Termos de Anuência



GOVERNO DE ITAPEVA  
Estado de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde



## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL: ASPECTOS DA INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE", sob a responsabilidade da mestrandia Laura Bianchi de Melo Matos, com a orientação da professora Dra. Mônica Vieira, realizada no âmbito do Programa de Mestrado em Educação Profissional em Saúde, Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), a qual terá o apoio desta Instituição.

Ressaltamos que esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora/ mestrandia aos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Salientamos ainda que tais dados poderão ser utilizados somente para a realização deste estudo ou mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa com acesso restrito para utilização em pesquisas futuras, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou da instituição.

Itapeva, 05 de julho de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Maria Eliza Ferraresi  
Secretária Municipal da Saúde  
*Maria Eliza Ferraresi*  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVA  
Secretaria Municipal da Saúde  
Av. Vaticano, 1248 - Jd. Europa  
CNPJ 46.624.356/0001-77  
Fone/Fax: (15) 3521-1510 / 3524-1493

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde Mestrado em Educação Profissional em Saúde

#### Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: **Técnicos em Saúde Bucal: aspectos da inserção no mercado de trabalho**

Responsável pela pesquisa: mestranda Laura Bianchi de Melo Mattos

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Técnicos em Saúde Bucal: aspectos da inserção no mercado de trabalho em saúde**, de responsabilidade da mestranda Laura Bianchi de Melo Mattos, com a orientação da professora Dra. Monica Vieira, realizada no âmbito do Programa de Mestrado em Educação Profissional em Saúde, Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

Essa pesquisa tem como objetivo “ analisar a inserção do Técnico em Saúde Bucal (TSB) formado pela Escola Técnica do Sistema de Saúde (CEFOR- Osasco) no mercado de trabalho em saúde buscando compreender a percepção dos egressos e a visão do cirurgião dentista sobre a atuação destes profissionais na equipe de saúde bucal na região sudoeste do estado de São Paulo”.

As informações coletadas apresentam caráter confidencial garantindo sua privacidade. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Sendo também, garantido o direito de esclarecimentos de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho. Somente a equipe de pesquisadores terá acesso às gravações das entrevistas. O entrevistado poderá, antes da incorporação de sua fala aos resultados do estudo, revisar as respectivas transcrições.

Se necessário você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Laura Bianchi de Melo Mattos, no endereço Rua Reverendo Uriel Antunes de Moura, 52, Jardim Paulista, Itapeva, São Paulo, pelo numero (15) 997672525, ou através do e-mail: laumattos@ig.com.br. Ou ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EPSJV/FIOCRUZ , instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes localizado no endereço: Av. Brasil, 4365, Manguinhos; pelos números (21)3865-9710 ou (21) 38659705, ou através do e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser assinado em duas vias, sendo uma para o pesquisador responsável e outra para o voluntário participante.

Abaixo qualificado, fui devidamente esclarecido (a) sobre a pesquisa.

Declaro que após ter entendido o que me foi explicado pela pesquisadora, que estou ciente que minha participação será voluntária, e que em qualquer momento posso retirar meu consentimento sem que isso me acarrete quaisquer penalidades. Estou também ciente que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração e/ou indenização e nem necessidade de arcar com algum custo.

Diante do exposto, consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Laura Bianchi de Melo Mattos pesquisadora

## ANEXO C -Questionário das Técnicas em Saúde bucal



### QUESTIONÁRIO PARA TÉCNICAS EM SAÚDE BUCAL

1. Qual é a sua idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Qual é o seu estado civil:  
 solteira     casada     divorciada     viúva     união estável
3. Qual o seu grau de escolaridade:  
 Ensino Médio     ensino superior. Qual curso: \_\_\_\_\_
4. Você concluiu o ensino médio em:  
 escola pública     escola privada     curso supletivo     EJA
5. Ao iniciar o curso de TSB, você trabalhava como:  
 ASB     outro. Qual atividade: \_\_\_\_\_
6. O que te levou a fazer o curso de TSB:  
 Interesse financeiro  
 Realizar um sonho  
 Por seu um curso gratuito  
 Por gostar da área da odontologia e ter oportunidade de crescer profissionalmente  
 por não conseguir cursar um curso superior  
 outro. Qual? \_\_\_\_\_
7. Se você trabalha, atualmente, qual a atividade que exerce?  
 ASB     TSB     outra. Qual \_\_\_\_\_
8. Quanto tempo você trabalha (trabalhou) como ASB: \_\_\_\_\_ anos
9. Quanto tempo você trabalha (trabalhou) como TSB: \_\_\_\_\_ anos
10. Você trabalha em:  
 serviço público     clínica particular     não trabalho
11. Qual o seu vínculo de trabalho:  
 servidor público concursado  
 trabalhador do serviço público ( CLT/ Outro)  
 empresa/ consultório privado – sem registro em carteira  
 empresa/ consultório privado – com registro em Carteira de Trabalho- CLT
12. Você fez outro curso técnico ou superior:  
 não     sim. Qual? \_\_\_\_\_
13. Qual a sua renda mensal, em salários mínimos:  
 até 01     1 a 2     3 a 5     mais de 5
14. Está registrada no Conselho Regional de Odontologia:  
 não     sim, como ASB     sim, como TSB
15. Após quanto tempo de conclusão do curso você conseguiu um emprego como TSB?  
 não consegui     até 01 ano     2 anos ou mai



#### ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL

1. O que te motivou a fazer o curso de Técnico em Saúde Bucal?
2. Você se sente reconhecido? Por quem e como? O que é ser reconhecido para você?
3. Se você pudesse escolher seria TSB?
4. Seus colegas de trabalho/ equipe reconhecem sua atuação como TSB? Por que?
5. Na sua opinião como é a inserção de TSB no mercado de trabalho? E como deveria ser? Por que você acha eu é assim?
6. Qual a diferença em ser ASB e TSB?
7. Como é a sua relação com o cirurgião dentista que você trabalha? Você se sente valorizado e reconhecido profissionalmente por eles? Por que?
8. Quais os seus planos para o futuro?



Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde  
Mestrado em Educação Profissional em Saúde  
Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS



### QUESTIONÁRIO PARA CIRURGIÕES DENTISTAS

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo:

( ) feminino ( ) masculino

3. Estado Civil

( ) Casado ( ) solteiro

4. Tempo de formado:

\_\_\_\_\_anos

5. Formação adicional:

( ) atualização ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado . Em que área \_\_\_\_\_

6. Local de trabalho:

( ) unidade básica de saúde ( ) ESF ( ) CEO ( ) outro. Qual \_\_\_\_\_

7. Tempo de trabalho em instituição pública: \_\_\_\_\_

8. Trabalha em serviço privado:

( ) sim ( ) não

9. Exerce atividade diferente da odontologia?

( ) sim ( ) não

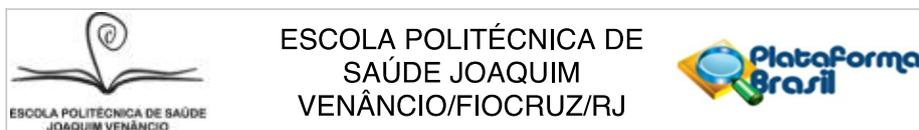
O que : \_\_\_\_\_

ANEXO F- roteiro de Entrevista dos Cirurgião Dentista



## ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO CIRURGIÃO DENTISTA

1. Quem é a equipe de saúde bucal para você?
2. Por que você quis ser dentista?
3. Durante sua formação você sabia da existência do ASB (ACD) e do TSB (THD)?
4. Ao longo de exercício da profissão, como você a relação profissional auxiliar/ cirurgião dentista?
5. Para você qual a importância do trabalho do pessoal auxiliar de odontologia?
6. No ano de 2008, foi promulgada a Lei 11889/08. Você sabe o que ela regulamenta? O que você pensa disso?
7. Você conhece as atribuições do TSB? Me fala um pouco sobre isso.
8. Como você enxerga o trabalho do Técnico em Saúde Bucal no atendimento da população?
9. Você trabalha ou trabalhou com Técnico em Saúde Bucal? Conte sua experiência.
10. Como são distribuídas as tarefas dos membros da sua equipe de Saúde Bucal no atendimento da população?
11. Você contrataria/trabalharia com um TSB na sua equipe ou no seu consultório particular? Por que?
12. Para você qual é o mercado de trabalho para o TSB?



ESCOLA POLITÉCNICA DE  
SAÚDE JOAQUIM  
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL: ASPECTOS DA INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

**Pesquisador:** LAURA BIANCHI DE MELO MATTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 94988418.7.0000.5241

**Instituição Proponente:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.929.586

#### Apresentação do Projeto:

A área de odontologia incorpora duas categorias de pessoal auxiliar: o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) que atuam como prestadores de serviço à população sob a supervisão do cirurgião dentista. Esses trabalhadores desenvolvem atividades que exigem habilidades que demandam decisão, domínio de técnicas e capacidade de observação. O Técnico em Saúde Bucal (TSB) foi oficialmente instituído em 1975 pelo Ministério da Educação. A pesquisadora foi docente do curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Consultório Dentário e posteriormente do Curso Técnico em Saúde Bucal que teve a primeira turma concluída em 2012. Durante a realização do curso técnico ela verificou a dificuldade dos docentes da prática supervisionada para entender e aceitar a função do TSB na Equipe de Saúde Bucal, observando certa resistência para ensinar aos alunos procedimentos atribuídos ao TSB, frustrando os alunos quanto a expectativa de melhoria das condições de vida e trabalho esperada pelo aumento da formação obtida. Além disso, houve pouca inserção dos egressos da turma de TSB na região. Desse modo, por se questionar o porquê de estar formando trabalhadores em uma profissão que não é absorvida pelo mercado de trabalho, se propôs, em sua dissertação de Mestrado na EPSJV, compreender a percepção dos egressos e a visão do cirurgião dentista sobre a atuação destes profissionais na equipe de saúde bucal na região sudoeste do estado de São Paulo.

Para tanto, será aplicado um questionário fechado e entrevista para as 28 alunas egressas do

**Endereço:** Avenida Brasil, 4365  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.040-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@epsjv.fiocruz.br