

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

EUNICE ASSAD GALVÊAS

**CIRURGIÃO DENTISTA E TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL :
ENCONTROS OU DESENCONTROS NA RELAÇÃO NO
TRABALHO**

VITÓRIA

2011

EUNICE ASSAD GALVÊAS

**CIRURGIÃO DENTISTA E TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL:
ENCONTROS OU DESENCONTROS NA RELAÇÃO NO
TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira

VITÓRIA

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Galvêas, Eunice Assad, 1954-
G182c Cirurgião dentista e técnico em saúde bucal : encontros ou
desencontros na relação no trabalho / Eunice Assad Galvêas. –
2011.
171 f. : il.

Orientador: Aduino Emmerich Oliveira.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Auxiliares de odontologia. 2. Recursos humanos. 3.
Odontologia - Prática – Administração. I. Emmerich, Aduino,
1952-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

EUNICE ASSAD GALVÊAS

**CIRURGIÃO DENTISTA E TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL:
ENCONTROS OU DESENCONTROS NA RELAÇÃO NO
TRABALHO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde

Aprovada em 12 de setembro de 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
(Orientador)

Prof. Dr. Paulo Frazão
Faculdade de Saúde Pública FSP-USP

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Prof^a. Dr^a. Karina Tonini dos Santos Pacheco
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello de Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Aos meus amores, Daniel e Ricardo, Guilherme e Renata filhos e netos queridos, à minha mãe Risoleta pelo exemplo de vida e perseverança e à memória de meu pai Chaquibe.

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas e instituições as quais quero agradecer. Início com o professor Aduino Emmerich Oliveira orientador da pesquisa pela oportunidade e confiança.

À minha família: Risoleta minha mãe, Rosa Maria e José Maria, Marília e Jorge, Sheila e Zezinho, minhas irmãs e cunhados, Dan e Kako filhos, Fernanda minha nora, Gui e Renata meus netos, pelo apoio, carinho e paciência com as ausências. Aos sobrinhos, sobrinhas, primas, cunhadas que contribuíram e sempre tinham uma palavra amiga. À Laudicéia e Tereza mais do que secretárias, amigas, pelo suporte. Às amigas Lúcia, Deca, Tianinha e Sônia pelo apoio nesse período.

Às novas “irmãs” de mestrado Marcinha, Rose e Flavinha que ultrapassaram a amizade e participaram ativamente desse trabalho com uma doação ímpar e Gabriela, Marina, Carol e Cristina pelo apoio e amizade. E aos demais colegas da turma de mestrado. Ao Sr. Vantuir, pela presença tranqüila e pelo cafezinho feito com tanto carinho.

Às minhas irmãs odontológicas Claudia, Bianca e Zeni, presenças constantes me apoiando. Aos amigos de longa data Francisco e Luiza pelas sábias observações e aos recentes, Carol, Aline e Edson pela contribuição.

Aos amigos e colegas de trabalho da PMVV em especial a Graça (DPE), Ailton e Márcia Reis (Saúde Bucal). Aos profissionais que aceitaram participar dessa pesquisa pela disponibilidade para contribuir e as secretarias municipais de saúde Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória e ao Núcleo de Educação e Formação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, na pessoa de Naya Nunes de Athayde, expresse minha profunda gratidão.

Aos professores e funcionários do curso de mestrado PPGSC, da biblioteca. E a todos os amigos de longe e de perto que torceram e oraram por mim principalmente aqueles que deveriam estar citados, porém a minha memória não permitiu fazê-lo, o meu muito obrigado.

RESUMO

CIRURGIÃO DENTISTA E TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL: ENCONTROS OU DESENCONTROS NA RELAÇÃO NO TRABALHO

O presente estudo propõe descortinar a visão que os profissionais, Cirurgião-Dentista (CD) e o Técnico em Saúde Bucal (TSB) têm sobre as relações no trabalho em saúde bucal na atenção básica, reconhecendo essa relação, como um processo em construção de um trabalho em equipe. Parte-se do pressuposto de que há dificuldades na formação e incorporação desses técnicos que advêm de um contexto histórico de oposição gerada por um comportamento corporativista por parte dos cirurgiões-dentistas (CDs). Buscou-se como suporte teórico, alguns autores como Michel Foucault, Pierre Bourdieu e Bruno Latour para entender essa complexidade que são os relacionamentos construídos desde a formação até o desenvolvimento do trabalho desses profissionais. Possui uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, cujos participantes foram os profissionais de cinco municípios da região metropolitana de Vitória-ES. A amostra intencional constituiu de CDs e TSBs, trabalhadores das Secretarias de Saúde dos municípios de Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. A técnica de pesquisa utilizada foi o Grupo Focal, separadas por categorias profissionais. Para a análise do material foi utilizada a técnica da análise de conteúdo com referencial de Bardin (2009), onde no primeiro momento elaborou-se o material a ser analisado, no segundo momento, foi realizada a exploração do material com a confecção de grade de categorização; e no terceiro momento foi realizada a interpretação destes resultados sendo apresentados de forma de dois artigos. O primeiro artigo enfoca a percepção dos CDs dos fatores que dificultam, mas acreditando em nova história a ser traçada baseada na mediação de Bruno Latour e no cuidado pensado em rede. No segundo artigo, na percepção dos TSBs as dificuldades não se limitam a questões técnicas, mas estendem-se para o campo de interesses, poder e resistências - *habitus* de Bourdieu-, tendo a comunicação como mediador das relações.

Palavras-chave: Auxiliares de Odontologia; Recursos Humanos em Odontologia; Administração da Prática Odontológica,

ABSTRACT

THE DENTIST AND THE DENTAL HYGIENIST: AGREEMENTS AND DISAGREEMENTS IN THE WORKPLACE

This study considers unveiling the perspectives that two dental professionals, Dentist (D) and Dental Hygienist (DH) have about their relationship and the impact that such a relationship has on their work providing basic services in dental health. The development of this relationship is still recognized as a work in progress for a successful teamwork. This incomplete development harkens back to a historical context in which the DHs have had a difficult time establishing themselves in the dental profession due to the opposition of the dentist with their corporatist orientation. In order to better understand the complexity of the relationship between these two groups of professionals from their educational backgrounds to their work development, the analytical framework of this study is drawn from several authors, such as Michel Foucault, Pierre Bourdieu and Bruno Latour. The methodology is qualitative, and its approach is exploratory and descriptive. The subject-participants were drawn from dental professionals in five municipalities of the State of Espírito Santo, Brazil. A purposive sample was drawn from Ds and DHs employed by the Department of Health of the following municipalities: Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha and Vitoria. The main technique for this research was Focus Groups which were conducted in groups separated by their professional categories. The data was analyzed using the content analysis technique described by Bardin (2009) whereby the information to be analyzed was first selectively identified; second, it was realized an exploration of the material with a confection of a net of categories and third, the interpretation of the information was documented in two articles. The first article focuses on the perception of the DSs, who acknowledge difficulties but believe in starting a new history by drawing from Bruno Latour's mediation and network ideas. In the second article, the perception of difficulties by the DHTs are not limited to technical issues, they expand to what Bourdieu' habitus explains as the field of interests, power and resistance, taking the communication as a mediator of relations.

Keywords: Dental Auxiliaries; Dental Staff; Practice Management, Dental.

LISTA DE SIGLAS

ABO - Associação Brasileira de Odontologia

ADA - American Dental Association

ACD - Atendente de Consultório Dentário

AHD - Auxiliares de Higiene Dentária

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CD - Cirurgião Dentista

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFE - Conselho Federal de Educação

CFO - Conselho Federal de odontologia

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

CONPA - Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia

CPO - Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados

CRO – Conselho Regional de Odontologia

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

ENATESPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público e Odontológico

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FDI - Federação Dentária Internacional

FIOCRUZ - Fundação Instituto Oswaldo Cruz

GF - Grupo Focal

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

NUEFES - Núcleo de Educação e Formação em Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

Pet-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

Pro -Saúde -Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PPGS- Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

RMGV-ES Região Metropolitana da Grande Vitória

RSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SESA - Secretaria Estadual da Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico de Higiene Dental

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UNESCO-Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Indicadores obtidos no Projeto SB Brasil 2003 e metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000.....	20
Quadro 2: Características dos CDs sujeitos da pesquisa.....	93
Quadro 3: Características dos TSBs sujeitos da pesquisa.....	94
Figura 1: Adaptação do esquema da análise de conteúdo de Bardin.....	96

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1: (RE) VISITANDO A HISTORIA DO TRABALHO: DO PRIMITIVO AO CONTEMPORANEO	25
CAPÍTULO 2: TRABALHO EM SAÚDE: UM CAMPO DE CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE RELAÇÕES E PRÁTICAS	35
CAPÍTULO 3: AS TRANSFORMAÇÕES DA ODONTOLOGIA AO LONGO DE SUA HISTÓRIA	46
3.1. PROFISSIONAIS AUXILIARES: UMA HISTÓRIA EM CONSTRUÇÃO...	55
CAPÍTULO 4: NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PEDRA: A RELAÇÃO NO TRABALHO DO CD E DO TSB	59
4.1 PEDRAS QUE PODEM SERVIR DE TROPEÇO NA RELAÇÃO NO TRABALHO DO CD E DO TSB.....	61
4.1.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB): A LACUNA DE UMA IMPLEMENTAÇÃO.....	61
4.1.2 GESTÃO, ORGANIZAÇÕES/INSTITUIÇÕES: UMA FACA DE DOIS GUMES.....	63
4.1.3 AS INSTITUIÇÕES FORMADORAS: MOCINHAS OU VILÃS?.....	66
4.1.4 MERCADO DE TRABALHO E CORPORAÇÕES DE CLASSE: UMA ETERNA DISPUTA HEGEMÔNICA.....	71
4.1.5 O CD E O TSB: A INTERFACE DE DOIS MUNDOS EM UMA ESB.....	74
CAPÍTULO 5: DAS PEDRAS NO MEU CAMINHO: PEGAREI TODAS E CONSTRUIREI UM CASTELO	79

	13
CAPÍTULO 6: OBJETIVOS	86
6.1 GERAL.....	86
6.2 ESPECÍFICOS.....	86
CAPÍTULO 7: METODOLOGIA	87
7.1 DESENHO DO ESTUDO.....	87
7.2 CENÁRIO.....	88
7.3 SUJEITOS.....	88
7.4 PROCEDIMENTOS.....	89
7.4.1 ÉTICOS.....	90
7.4.2 LEVANTAMENTO DO MATERIAL	90
7.4.3 ANÁLISE DO MATERIAL.....	94
CAPÍTULO 8– RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
8.1. ARTIGO 1: A RELAÇÃO NO TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA COM O TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL: UMA MEDIAÇÃO COLETIVA NECESSÁRIA.....	97
8.2. ARTIGO 2: CAMPO E HABITUS NA RELAÇÃO ENTRE TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL E CIRURGIÕES-DENTISTAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	116
REFERÊNCIAS	150
APÊNDICES e ANEXOS	165

APRESENTAÇÃO

**“Cheguei com um cesto cheio de palavras,
vamos brincar de encaixar sentidos.”**

(Elisa Lucinda)

Como o cesto na frase em epígrafe desta poetisa capixaba, quando retomamos os estudos nosso cérebro vem cheio de idéias que necessitam ser trabalhadas. O primeiro contato com esse tema, como trabalho de pesquisa, surgiu por sugestão do meu orientador que já vinha desenvolvendo trabalho nesta área, vindo ao encontro de questionamentos meus em relação a vivências do meu dia a dia profissional. A partir daí fui tomada por um crescente interesse pelo tema diante da possibilidade de contribuir para um melhor desempenho da profissão que exerço há mais de trinta anos.

Dedicar-se a um trabalho de pesquisa não acontece de forma isolada vem sempre permeado pelos fatos da vida de quem escreve, pelo seu “eu”, pela sua ideologia. Por isso, inicio essa apresentação com minha história familiar, utilizando uma poesia de minha sobrinha Manuella Assad, feita por ocasião das “Bodas de Ouro” dos meus pais.

“Bodas em Ouro
Dizem que uma linda moça,
com o coração esperou
um soldado que de longe voltava
e um livro assinou.
Em escala cinco filhos tiveram
na escalada da vida educados,
soube que dura foi a subida,
mas lindos filhos conquistaram.
Dura não deve ter sido suas partidas
pois, do lar nunca saíram,
lar que nunca conheceu amarras,
sempre os manteve cativos.
O lar de quem soube educar,
porque sabia como criava os filhos,
construiu nos seus corações
o lar de que nunca saíram.
Mesmo de longe se atam
a esses corações de pais,
que netos viram formados
e sabiamente ajudaram a criar.
Sábios posso chamá-los,
um avô que sempre foi ídolo,
faz-tudo de coisas,
netos

e filhos.
Menos sábios não poderia dizer
esses olhos que tudo vêm,
olha por dentro e sabe,
essa sabedoria calada
de dona que é de casa
onde se sabe quando e não falar.
Unidos por fios de ouro
nada mais justo que tal boda
da filha mais velha à mais menina neta
o orgulho nos faz sorrir a todos.”

O fundamental para meus pais era proporcionar uma boa formação aos filhos. Sou a caçula dos cinco, com todos os prós e contras dessa situação, porém sempre disposta a desafios. É minha intenção passar, nesse trabalho, toda a emoção a que essa poesia me remete.

Ingressei na graduação de Odontologia em meados da década de 1970, período no qual lecionava no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) para o curso existente na época, de Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) ¹ e também estagiava no serviço público municipal. Concluindo o curso no final da década, iniciei a vida profissional concomitantemente no serviço público e privado, que exerço até hoje.

Embora a maternidade tenha adiado meus planos de estudos em uma pós-graduação, o exercício profissional me deu a possibilidade de vivenciar a prática privativa de consultório particular, paralela à prática do setor público. Estas duas realidades me fizeram perceber algumas dualidades destes campos com ênfase em um ou no outro, de acordo com os instrumentos disponibilizados pelo setor público (dependentes dos humores da política) e as oscilações da demanda. Nesses dois espaços sociais – público e privado -, pude acompanhar a evolução da Odontologia tanto no seu aspecto tecnológico-comportamental (a Odontologia a quatro mãos, a Odontologia simplificada), quanto na evolução das políticas públicas de saúde bucal, sem perder o foco na questão maior que é o exercício da profissão de maneira a obter resultados sociais e cientificamente mais eficazes.

¹ Esclarecemos que as categorias Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e de Técnico de Higiene Dental (THD), após o seu reconhecimento como profissão são designadas Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) e que nesse trabalho utilizaremos as duas denominações conforme o período a que nos referimos.

Neste contexto, percebia questões que reforçavam esta realidade, como nas políticas públicas relacionadas à saúde não incluir a Odontologia como parte integrante do cuidado em saúde. Assim, a inserção da Saúde Bucal e das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde, dificultando e atrasando o desenvolvimento da atividade pública odontológica.

Após retomar os estudos de especialização em Saúde Coletiva, concluído em 2000 e Educação em Saúde concluído em 2001, tive a oportunidade de vivenciar o exercício do trabalho atuando em duas frentes no setor público: no atendimento ambulatorial como integrante de uma equipe multiprofissional de saúde bucal e na coordenação do programa municipal de prevenção em saúde bucal, o que me permitiu vivenciar duas facetas, no âmbito do serviço público, onde se evidenciam as dificuldades decorrentes do querer obter o melhor resultado e as limitações político-gerenciais inerentes a esse setor.

No cotidiano do trabalho, enquanto profissional da assistência ambulatorial, pude perceber que as relações no trabalho eram atravessadas por várias questões de ordem políticas, sociais e econômicas, onde percebia a não concretização do imaginado para um trabalho em equipe desenvolvido de forma mais efetiva e resolutiva dentro dos preceitos do SUS, como o acesso. Em 2008, participei como sujeito da pesquisa “Perfil Profissional dos Cirurgiões-Dentistas, potenciais docentes do Curso Técnico de Higiene Dental da Região da Grande Vitória”, e em 2008 tendo sido aprovada no mestrado em saúde coletiva tive acesso ao relatório dessa pesquisa o que aguçou minhas inquietações sobre o trabalho em saúde bucal (EMMERICH, et al. 2008).

Procurando responder a essas inquietações, esse estudo busca compreender como tem se estabelecido a relação no trabalho entre o Cirurgião-Dentista (CD) e o Técnico em Saúde Bucal (TSB) na atenção básica. Inicialmente não pensei que o desafio seria tão grande, mas com esforço, dedicação e principalmente ajudas fundamentais essa pesquisa é apresentada em oito capítulos assim estruturados: o capítulo um, para compreender como foi se construindo as relações no trabalho, discorre sobre o trabalho no contexto histórico; o capítulo dois trata-se do trabalho em Saúde como um campo em construção e

reconstrução de relações e práticas; o capítulo três, para compreender as relações no trabalho em saúde bucal, (re) visitar a história da Odontologia, é o caminho a seguir para desvendar alguns mistérios relacionados a essa prática; o capítulo quatro é dedicado à relação no trabalho dos profissionais CD e TSB onde apóia-se na metáfora “no meio do caminho tinha uma pedra”: relação no trabalho do CD e do TSB; o Capítulo cinco como nem toda “pedra” é tropeço, pedras no caminho: “pegarei todas e construirei um castelo”; o capítulo seis os objetivos da pesquisa; o Capítulo sete a metodologia aplicada; e finalizando o Capítulo oito o resultado e discussão no formato de dois artigos.

INTRODUÇÃO

As enfermidades bucais sempre estiveram presentes na humanidade, da Idade Antiga à Contemporânea, causando desconforto, mutilações, estigma negativo, e exclusão social para aqueles que as apresentavam. As desigualdades sociais, os fatores culturais, os hábitos de higiene inadequados, a falta de informação, somado a dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços odontológicos trouxe não somente a ampliação desse quadro, como também o seu agravamento (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Apesar desse quadro, estudos no início do século XX, registraram melhoras nos níveis de Saúde Bucal das pessoas, com declínio na prevalência e na severidade da doença cárie, na maioria dos países industrializados e alguns em desenvolvimento. Porém os dados epidemiológicos ainda evidenciam a necessidade de intervenção curativa e preventiva, para se chegar a uma saúde bucal de melhor qualidade. O cuidado das enfermidades bucais foi se apurando e, de uma prática artesanal na Idade Média, chega à Idade Contemporânea como uma profissão embasada em princípios da ciência. Ao longo da sua história, a odontologia foi se caracterizando por uma assistência privativa que ocasionava a exclusão de grande parte da população, fato este, que a mantinha afastada das reais necessidades de saúde (WEYNE, 2003; FRAZÃO; NARVAI, 2009).

No Brasil os primeiros passos para ampliação da assistência em Saúde Bucal teve início em 1952 por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que implementou os primeiros programas de Odontologia Sanitária, com a fluoretação das águas de abastecimento e o planejamento da assistência pública de saúde a grupos populacionais, os escolares de 6 a 14 anos. Para essa assistência utilizou o sistema incremental, que consistia num método de trabalho que buscava o completo atendimento odontológico de uma população, vindo a eliminar as necessidades acumuladas, para depois manter sob controle, seguindo critérios de prioridades quanto à idade e problemas. Para atingir esse intuito, inovou com a inclusão de pessoal auxiliar nessa assistência (CHAVES, 1966; PINTO, 1989; FREIRE, 2003).

As ações da fundação SESP, embora importantes, não foram suficientes para atender a grande demanda pelos serviços de saúde bucal, situação essa não exclusiva do Brasil. Nesse contexto, a mobilização mundial no combate às desigualdades no estado de saúde, leva na década de 1970, à realização de eventos como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, expressando a necessidade de ação urgente. Seu documento a “Declaração de Alma Ata”, em 1978, propôs a mobilização não só dos governos, como também dos trabalhadores da saúde, do desenvolvimento social e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, incluindo novas perspectivas para a saúde bucal (OPAS, 1978).

No Brasil, o reflexo da definição de saúde como direito político trazido pela Declaração de Alma Ata, associado às iniquidades sociais no acesso aos serviços de saúde, juntamente com o engajamento da sociedade civil, marcante na década de 1970, levou diversos setores dessa sociedade a se organizarem no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Este trouxe ao setor saúde e, conseqüentemente à saúde bucal, novas possibilidades, sendo suas ideologias, princípios e doutrinas legitimadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Esse fortalecimento político foi decisivo para sua incorporação no texto constitucional (BRASIL, 2002; PAIM, 2009).

Baseada nessa luta, a Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, definindo que as ações dos serviços de saúde são de relevância pública e devem estar articuladas às demais políticas sociais, dentro dos princípios de equidade, integralidade, descentralização e controle social, chegando então a formulação do SUS. A regulamentação desse sistema ocorreu por meio das Leis Orgânicas da Saúde, a Lei n.º 8.080/90 e a Lei n.º 8.142, com o intuito de detalhar os princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema (GOUVEIA, PALMA, 1999; BRASIL, 2002).

Com o intuito de dar subsídio às mudanças oriundas desse novo sistema de saúde e da mudança do modelo assistencial, são formuladas e implementadas várias políticas de saúde. Como expoente desse sistema é implantado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), composto por profissionais

Médicos, Enfermeiros, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, com o objetivo de promover a reorganização dos serviços de saúde e do modelo assistencial, com profissionais aptos a desenvolverem um trabalho em equipe e multidisciplinar. Porém, a odontologia ficou à margem desse processo (BRASIL, 1994).

Somente em 2000 e paralelamente ao PSF, foi implantada a ESB, porém havia uma sobrecarga de cobertura da área adstrita, pois a proporção era de uma ESB para duas PSF, dificultando a real integração do TSB, ao facultar duas opções de composição: modalidade I – com 1 Cirurgião Dentista e 1 Auxiliar de Consultório Dentário; e a modalidade II com 1 Cirurgião-Dentista, 1 Auxiliar de Consultório Dentário e 1 Técnico de Higiene Dental (BRASIL, 2000).

Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde (MS) desenvolve o Projeto SB Brasil 2000, que consiste do levantamento epidemiológico em saúde bucal da população brasileira, instrumento importante para orientar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a construção de um modelo de atenção pautado na Vigilância à Saúde. Seu resultado, apresentado em 2003, mostrou que o Brasil atingiu a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000, somente no índice CPO² nas crianças de 12 anos (Quadro 1) e orientou a condução das ações do Programa Brasil Sorridente apresentado pelo Ministério em 2004. Com diretrizes preventivas, de atenção básica e atenção especializada, apresentou como uma das metas a ampliação do número de equipes de saúde bucal no PSF e estabeleceu que a modalidade II, a que incluía o TSB, receberia um equipamento odontológico completo (cadeira, foco e equipo odontológico) para utilização desse profissional (Brasil, 2004).

Quadro 1. Indicadores obtidos no Projeto SB Brasil e metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000. Brasil, 2003.

Proporção de crianças (5 anos) que nunca tiveram cárie	CPO nas crianças (12 anos)	Proporção de adolescentes com todos os dentes	Proporção de adultos com 20 ou mais dentes	Proporção de idosos com 20 ou mais dentes	
Meta da OMS	50	Menor que 3	80	75	50
Brasil	40,6	2,8	55,1	53,9	10,2

Fonte: Brasil, (2004), Projeto SB Brasil: resultados principais.

² CPO - Índice de dentes Cariados Perdidos e Obturados

Em relação ao pessoal auxiliar de Odontologia, os encontros de discussão da prática odontológica vêm alertando para a importância, necessidade e déficit desses profissionais, principalmente o TSB. Em 1986, a 1ª CNSB propunha a *"Formação urgente de pessoal auxiliar (ACD e THD) como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade"*, reafirmado na 2ª CNSB em 1993, na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1995, no X Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público e Odontológico (ENATESPO) em 1998 e culminando em 2002 com a 3ª Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia (CONPA) que propõe a discussão do tema *"A Implantação da Reforma da Educação Profissional"* (PEREIRA; MOREIRA, 1992; FRAZÃO, 1998; SERRA; GARCIA, 2002; KOVALESKI et al, 2005).

As dificuldades na formação e incorporação de profissionais de nível técnico na Odontologia advêm de um contexto histórico, no qual executavam as tarefas para as quais eram treinados pelo CD. No entanto, a formação do TSB e os conflitos inerentes à consolidação dessa nova profissão contavam, desde o seu início, com a oposição gerada por alguns CDs que não vislumbravam os benefícios que os mesmos trariam ao proporcionar a expansão da oferta de serviços, otimização do tempo de trabalho do CD e aumento da produtividade da equipe com conseqüente, maior resolutividade (FRAZÃO, 1998; SERRA; GARCIA, 2002; ZANETTI, 2009).

No intuito de assegurar a reversão dessa conduta e o bom desempenho da reorganização do serviço e do novo modelo assistencial, alterações nas estruturas curriculares da graduação de Odontologia são propostas com objetivo de formar profissionais comprometidos com uma atuação que vai além da boca, e ultrapassa os limites do consultório. Normas não faltam para a implementação dessas modificações, uma vez que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), por meio da Resolução do CNE/CES 3/2002 determinam que: *"a formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país; a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (BRASIL, 2002).*

As importantes conquistas alcançadas com a implantação e o desenvolvimento do SUS ao longo destes anos foram expressas em 2008, na comemoração dos seus 20 anos, porém com ressalvas, manifestada no documento *“Vinte anos do SUS: celebrar as conquistas, repudiar o inaceitável”*. Militantes que participaram da construção do SUS, mantendo o foco do movimento de “defesa do povo brasileiro”, chamavam atenção para a rejeição da “persistência de problemas para os quais conhecemos as soluções e teríamos condições de praticá-las.” (PAIM, 2009)

Dentre esses “problemas persistentes”, destacamos as dificuldades na formação e incorporação de profissionais de nível técnico na Odontologia que esbarra na questão da relação no trabalho desses com os CDs, que consideravam uma invasão de seu campo de trabalho, o que gerava a subutilização do TSB na equipe. Essa oposição é observada em qualquer profissão ou “comunidade de consciência” onde “o interesse dos membros por poder e prestígio, motiva-os a constituir fortes controles coletivos sobre os de dentro” e a estabelecer sanções monopolísticas contra os de fora (DINIZ, 2001).

Esses entraves, caracterizado pelo corporativismo dos CD, dificultaram o reconhecimento da profissão do TSB, tendo percorrido um longo trajeto até a sua regulamentação. Percurso esse, iniciado na década de 1970 com o parecer nº 460/75 do Ministério da Educação e Cultura (MEC), Conselho Federal de Educação (CFE), e posteriormente na década de 1980, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) que definiram normas para habilitação ao exercício da ocupação, então denominadas ACD e THD até a regulamentação, pela Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL 2008).

As manifestações da necessidade de investimento na formação de categorias mais simples de profissionais da saúde, mantendo o foco na resolutividade da assistência o que é corroborado pela disparidade do número de profissionais de Odontologia no Brasil onde, segundo o CFO, são 222.727 CD, 10.691 TSB e 79.791 ASB. No estado do Espírito Santo, constam como inscritos no

Conselho Regional de Odontologia (CRO) 4.491 CD, 131 TSB, e 2.764 ASB (CFO, 2010)

Na perspectiva do reduzido número de profissionais TSB, o Governo Federal MS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) incentivaram a formação desses profissionais, e os Governos Estaduais, vem trabalhando no sentido de desenvolver cursos para habilitação de novos profissionais auxiliares, para que se tornem aptos para o desempenho de suas funções e atribuições (BRASIL, 2003)

Assim, com o intuito de conhecer um pouco mais esses profissionais CD e TSB, no Estado do Espírito Santo, a Secretaria Estadual da Saúde (SESA), por meio do Núcleo de Educação e Formação em Saúde (NUEFES) e parceiros, realizou em 2008 a pesquisa intitulada: “Perfil Profissional dos Cirurgiões-Dentistas Potenciais Docentes do Curso Técnico em Higiene Dental da Região da Grande Vitória – ES”, cujo objetivo era caracterizar o perfil dos CDs; analisar as compreensões sobre o processo de trabalho do THD na promoção da saúde bucal; e sobre o papel do CD como educador/docente no contexto da formação de THD, apresentado em forma de relatório à SESA. Nesse relatório algumas reflexões foram levantadas, como: as relações estabelecidas no trabalho desses profissionais, os processos de trabalhos individuais e comuns a ambos, o processo de formação, bem como o perfil desses profissionais (EMMERICH, et al. 2008).

Adicionando ao exposto as considerações de autores como Aguiar (1996) e Peduzzi (2007) de que, a simples adição de novas categorias profissionais não representa de forma automática, que uma equipe esteja constituída, mas sim que, há necessidade de estabelecer rotinas de trabalho e definir objetivos comuns, discutidos por todos os seus componentes, a partir da compreensão dos problemas e possibilidades dos serviços de saúde.

Frente a essas considerações iniciais, esse estudo busca respostas para as seguintes questões:

- Na percepção dos profissionais CD e TSB como estão sendo construídas as relações no trabalho desses profissionais?

- Existe integração dos profissionais CD e TSB no trabalho em saúde bucal?
- Quais os fatores que podem estar interferindo na relação CD e TSB?
- A formação desses profissionais tem se apresentado adequada e suficiente para a prática odontológica atual?
- E por fim, as entidades de classe e a academia têm contribuído para que haja essa interação na relação no trabalho desses profissionais?

Procurando atender a esses questionamentos, o este estudo propõe descortinar a visão que os profissionais CD e TSB têm sobre as relações no trabalho em odontologia, reconhecendo essa relação, como um processo em construção de um trabalho em equipe no novo modelo assistencial. Buscou-se como suporte teórico, alguns autores como Michel Foucault, Pierre Bourdieu e Bruno Latour para entender essa complexidade que são os relacionamentos construídos desde a formação até o desenvolvimento do trabalho desses profissionais.

A partir do exposto, para melhor compreender como foi se construindo ao longo da história as relações no trabalho dos profissionais CD e TSB, foi necessário aproximar um pouco de onde tudo começa, ou seja, “na história do trabalho”, então, assim inicia-se o nosso percurso.

CAPÍTULO 1

(RE) VISITANDO A HISTÓRIA DO TRABALHO: DO PRIMITIVO AO CONTEMPORÂNEO

"O primeiro pressuposto de toda história humana é, naturalmente, a existência de indivíduos humanos vivos. O primeiro ato histórico destes indivíduos, pelo qual se distinguem dos animais, não é o fato de pensar, mas o de produzir seus meios de vida." (MARX, 1983, p. 22).

A história do trabalho teve sua origem na busca humana de formas de satisfazer suas necessidades biológicas de sobrevivência. À medida que essas necessidades foram sendo satisfeitas, outras foram surgindo, fazendo com que nascessem novas relações que determinaram a condição histórica do trabalho (GUILLERM; BOURDET, 1976).

Para Marx o trabalho é visto como um processo do qual participam o homem e a natureza colocando o homem em relação de igualdade perante a natureza, não havendo soberanos:

“O trabalho é, em primeiro lugar, um processo de que participam igualmente o homem e a natureza, e no qual o homem espontaneamente inicia, regula e controla as relações materiais entre si próprio e a natureza. Ele se opõe à natureza como uma de suas próprias forças, pondo em movimento braços e pernas, as forças naturais de seu corpo, a fim de apropriar-se das produções da natureza de forma ajustada a suas próprias necessidades. Pois, atuando assim sobre o mundo exterior e modificando-o, ao mesmo tempo ele modifica a sua própria natureza. Pressupomos o trabalho em uma forma que caracteriza como exclusivamente humano. Na extremidade de todo processo de trabalho, chegamos a um resultado já existente antes na imaginação do trabalhador ao começá-lo” (MARX, O capital, 1986 I, p. 197-198).

Essa mútua transformação do homem e da natureza no desenvolver do trabalho, proporciona ao indivíduo a capacidade de solucionar os problemas que surgem, muitas vezes, modificando sua concepção inicial, transformando seu modo de pensar e, portando, se modificando. Desempenhando o trabalho que é social, realiza um tipo de atividade estabelecida pela sociedade, e

aquele, agregado aos demais trabalhos desenvolvidos, são para atender às necessidades dessa sociedade (FRIEDRICH, 2005).

Na sociedade primitiva, já existia a divisão social de trabalho, porém todos os elementos do grupo se refletiam na significação que estava posta para todos os sujeitos do grupo. O resultado do trabalho era dividido coletivamente. A propriedade coletiva colocava os homens em relações idênticas aos meios e frutos da produção sendo estes últimos, portanto, refletidos de maneira idêntica na consciência individual e na consciência coletiva (LEONTIEV, 1978).

Na Antigüidade, o trabalho torna-se entendido como a atividade dos que haviam perdido a liberdade. O seu significado confundia-se com o de sofrimento ou infortúnio. O homem, no exercício do trabalho, sofria ao vacilar sob um fardo. O fardo podia ser invisível, pois, na verdade, era o fardo social da falta de independência e de liberdade. Por muito tempo, a palavra trabalho significou experiência dolorosa, padecimento, cativo, castigo (BUENO, 1988; KURZ, 1997).

Na tradição judaico-cristã, o trabalho associava-se à noção de punição, de maldição, como descrita na bíblia sagrada no Antigo Testamento. O trabalho era apresentado como uma necessidade que causava fadiga e que era resultado de uma maldição. A equiparação entre trabalho e sofrimento não foi o de simples cansaço, representou a própria condição social que o indivíduo ocupava na sociedade. O significado de sofrimento e punição perpassou pela história da civilização, diretamente se relacionando ao sentido do termo que deu origem à palavra trabalho. Essa se originou do latim vulgar *tripalium*, embora seja, às vezes, associada à *trabaculum*. *Tripalium* era um instrumento feito de três paus aguçados, com ponta de ferro, no qual os antigos agricultores batiam os cereais para processá-los. Associa-se a palavra trabalho ao verbo *tripaliare*, igualmente do latim vulgar, que significava "torturar sobre o *trepalium*", mencionado como uma armação de três troncos, ou seja, suplício que substituiu o da cruz, instrumento de tortura no mundo cristão (BUENO, 1988, KURZ, 1997).

Com a idade média, o trabalho passa a ter uma estreita vinculação com a religiosidade e sua organização vincula-se fortemente às diretrizes da igreja, sendo a concepção predominante a de que o trabalho exige sacrifício e desprendimento, e que a docilidade para enfrentar as dificuldades físicas e materiais enobrece o espírito. Assim, o trabalho é procurado como penitência para os pecados da carne. Deveria proporcionar cansaço para o corpo e distração para o espírito, afastando-o de tentações demoníacas (CARMO, 1992; LASSANCE, 2003).

No final da Idade Média deu-se valorização positiva ao trabalho, um espaço de aplicação das capacidades humanas. Acompanhava-o a noção de empenho, que é o esforço para atingir determinado objetivo. Neste período surgiram mudanças significativas que produziram lastros que sustentariam a “Era Moderna”. Entre as mudanças encontram-se a revolução agrícola, o surgimento das cidades e, sobretudo, a implantação da sociedade patriarcal, com valores e conceitos que vieram a dominar a sociedade ocidental “moderna”. Com a ascensão da burguesia, com o desenvolvimento das fontes produtivas, com a transformação da natureza e com a evolução da técnica e da ciência, enfatizou-se a condenação do ócio, sacralizando-se o trabalho e a produtividade (KURZ, 1997).

A idade moderna trouxe uma nova concepção ao trabalho. Tornou-se uma atividade compulsiva e incessante; “a servidão tornou-se liberdade, e a liberdade, servidão”. Para o homem dos “tempos modernos”, o tempo livre tornou-se inexistente ou escasso, de subsistência, ou feudal da idade média foi substituído pelo modo de produção capitalista. A grande massa dos produtores separou-se dos meios de produção e as relações entre os homens transformam-se cada vez mais em puras relações entre as coisas que se separam (se alienam) do próprio homem. O resultado é que a sua própria atividade deixou de ser para o homem o que ela era verdadeiramente (LEONTIEV, 1978).

Com a Revolução Industrial, o modo de produção capitalista trouxe um novo modo de produção ao trabalhador sujeito deste trabalho. O trabalhador perdeu o controle sobre o seu trabalho, sendo despojado do seu saber, transformando-

se apenas em apêndice do processo produtivo. O trabalho na sociedade, então capitalista, tornou-se exteriorizado, descolado do sujeito que o produz, tirando com isto, as verdadeiras manifestações subjetivas do trabalhador no processo produtivo. Na sociedade capitalista, tal como descrita por Marx, o trabalho como extensão criativa, autônoma e de socialização, perde o seu sentido. O trabalho torna-se despojado do seu conteúdo e se realiza de forma compulsória. A subjetividade que se manifestou foi da coisificação do sujeito do trabalho frente ao capital, do assujeitamento do trabalhador que não se reconhecia mais nessas relações. No que diz respeito ao processo de trabalho, a produção de mercadorias apagou as especificidades dos diferentes trabalhos e dos diferentes sujeitos/trabalhadores engajados nesse processo, visto que o capital não se interessava pelo conteúdo nem pela especificidade do trabalho, só o trabalho abstrato lhe interessava porque se tornou fonte de valor (SANSON, 2009).

Marx esclarece como ocorreu a divisão do trabalho neste período, face à nova realidade capitalista então em ascensão;

No conjunto formado pelos valores-de-uso diferentes ou pelas mercadorias materialmente distintas, manifesta-se um conjunto correspondente dos trabalhos úteis diversos, - classificáveis por ordem gênero, espécie subespécie e variedade, - a divisão social do trabalho. Considerando apenas o trabalho, podemos chamar a separação da produção social em seus grandes ramos, agricultura, indústria etc., de divisão do trabalho em geral; a diferenciação desses grandes ramos em espécies e variedades, divisão do trabalho em particular, e a divisão do trabalho numa oficina, de divisão do trabalho individualizada, singularizada (MARX, 1986, p.402)".

Para Marx (1986) uma divisão concreta do trabalho poderia servir de ponte para se chegar às relações sociais produtivas, que envolvia, além das diferenças técnicas do trabalho, outro tipo de mediação: as próprias relações sociais. Estas se realizariam através da apropriação do trabalho alheio, da propriedade privada dos meios de produção, relações que expressariam a exploração dos trabalhadores pelos capitalistas. A divisão do trabalho trouxe mudanças nas relações sociais entre os próprios capitalistas que dominavam o processo produtivo e detinham o poder, pois necessitavam trocar suas mercadorias, realizar o movimento de comprar e vender, ou seja necessitavam construir também novas relações sociais e econômicas.

Com esta divisão do trabalho ocorreu o desapropriamento do homem de sua participação no produto final, conforme descrito por Marx [...] “cada operação foi sendo cada vez mais subdividida e cada nova subdivisão isolada e transformada em função exclusiva de um trabalhador determinado (MARX, 1989, p.388). Este assujeitamento desses trabalhadores nas indústrias, ocorrido com a revolução industrial, trouxe intensa perda da subjetividade daquilo que constitui a essência da autonomia do trabalhador de poder decidir, influir, determinar e escolher, constituindo neste período um verdadeiro controle sobre os corpos. Os princípios da disciplina aplicados aos corpos ocorrem por meio da vigilância hierárquica, da sanção normalizadora do que tem que ser feito, e do exame. A vigilância hierárquica funciona como um sistema de poder sobre o corpo, de fora para dentro, trata-se de relações verticais exercidas por técnicas que deixam o indivíduo exposto ao permanente controle (FOUCAULT, 2001).

Para Durkheim (1973) o papel da divisão social do trabalho na estrutura da organização da sociedade humana, foi responsável pelo processo de civilização. Assim, a divisão do trabalho, incorreria no aumento simultâneo da força produtiva e da habilidade do trabalhador, tornando-se condição imprescindível para o desenvolvimento intelectual e material das sociedades, consistindo em fonte da civilização.

Para Foucault (2001) esta divisão seria algo normatizador, ou seja, um sistema de correção de comportamentos, onde os desvios seriam corrigidos e as condutas corretas premiadas. A elaboração de normas, as leis instituídas seriam formas de estabelecer o padrão de comportamento a ser seguido, o que representaria a conjugação e a articulação das técnicas de vigilância às de normalização: classificar, qualificar e comparar os indivíduos possibilitaria a adoção de padrões de exercício de poder sobre os corpos. O que se pretendia com esta normatização, seria a sujeição do corpo, com o objetivo de tornar o indivíduo dócil e útil, um controle minucioso das operações do corpo e a sujeição constante de suas forças lhe impondo uma relação de docilidade.

O mundo social do trabalho é visto como um espaço com diversas dimensões, baseado nos princípios de diferenciações ou de distribuições que se constituem

através de uma série de propriedades ativas, que confere força ou poder. Desta maneira, todos os indivíduos ou grupos se definiriam pela posição que ocupariam dentro desse espaço social, este seria um campo de forças, de relações de poder objetivas e subjetivas que se imporiam elas mesmas, a todos que entrassem no campo (BOURDIEU, 1996). O que determina o lugar de poder do indivíduo ou grupo seria o capital que este possuiria e a composição desse capital. O capital legitimaria o indivíduo dando a ele prestígio, renome e reputação. Os agentes estariam então distribuídos pela hierarquia que se forma dentro do capital, de acordo com o peso relativo desses diferentes tipos de bens sociais dentro da totalidade dos ativos. Assim, a posição que o indivíduo ocupa em qualquer espaço demonstra as suas condições e as suas relações objetivas de poder que tendem a se reproduzir na visão do mundo (RAUSCH, 1993).

O conceito de *habitus* de Bourdieu (1996) seria o elemento organizador das práticas e das percepções acerca destas que introjeta nos indivíduos os pressupostos da ordem social, subjetivando nestes, de forma pré-reflexiva e não consciente, a objetividade das estruturas sociais. Neste sentido, o *habitus* responde pelo *continuum* que se estabelece, em relação de dupla hermenêutica, entre a ordem social e as práticas dos sujeitos. As estruturas sociais se manifestam nas atitudes pré-reflexivas dos agentes, e por estas, se reatualizam enquanto estruturas, legitimando a ordem social, apontando distintos *habitus*, fruto de distintas condições objetivas materiais e simbólicas (BOURDIEU, 1996).

Assim, como o próprio Bourdieu (1996) aponta nos seus textos, a dimensão simbólica dessa realidade social, se cria e se recria mediante ações práticas dos agentes. Ações estas que retiram, a partir do *habitus*, suas condições de possibilidade na coincidência entre estruturas objetivas e estruturas incorporadas, nos fazendo pensar que na divisão de classes o *habitus* pode ser modificado pelos sujeitos e com isto novas realidades sociais podem ser reconstruídas constituindo frações de classe.

O mundo do trabalho pós-revolução industrial trouxe grandes alterações na base social do trabalho, trazendo a necessidade de repensar os processos de

trabalho na atualidade. Entramos na modernidade e como Latour (1994) de uma forma categórica nos afirma:

A modernidade possui tantos sentidos quanto forem os pensadores ou jornalistas. Ainda assim, todas as definições apontam, de uma forma ou de outra, para a passagem do tempo. Através do adjetivo moderno, assinalamos um novo regime, uma aceleração, uma ruptura, uma revolução do tempo. Quando as palavras “moderno”, “modernização” e “modernidade” aparecem, definimos, por contraste, um passado arcaico e estável. Além disto, a palavra encontra-se sempre colocada em meio a uma polêmica, em uma briga onde há ganhadores e perdedores, os Antigos e os Modernos. “Moderno”, portanto, é duas vezes assimétrico: assinala uma ruptura na passagem regular do tempo; assinala um combate no qual há vencedores e vencidos. (LATOURE, 1994.p.15)

O trabalho livre, enquanto atividade de produção humana e atividade social de auto-organização e valorização torna-se cada vez mais o desejo dos trabalhadores na atual conjuntura, apesar de, nas interações do mundo real do trabalho, a prática capitalista e a divisão do trabalho ainda permanecer, trazendo grandes desigualdades e diferentes status a alguns e exclusão e marginalização a outros.

Foucault (1996) ao levantar as relações de poder, acentua que, essas relações são reversíveis, móveis e instáveis e, dentro dessa concepção, conclui que onde há poder há resistência, há conflitos de interesses individuais ou de uma determinada coletividade em contraposição a outros, mas também há espaços para acordos e contratos.

Na fase contemporânea as várias transformações trazidas da idade moderna (Renascimento, implantação de um novo modelo econômico, o capitalismo, a Revolução industrial, as idéias iluministas, e outras) somados ao ideal da Revolução Francesa, os novos sistemas e modelos econômicos que foram se configurando, com mudanças políticas, econômicas e sociais, trouxeram ao mundo do trabalho inúmeras modificações. Estas influenciaram diretamente as relações de trabalho e também as relações entre os diversos trabalhadores que passaram a ser constituída para dar subsídio a esta nova realidade (FRANCA, 2008).

O trabalho então nesta nova realidade passa a exigir destes trabalhadores atividades especializadas e um alto grau de qualificação, que dicotomiza o

trabalho intelectual do trabalho manual, exigindo destes trabalhadores novas habilidades e competências. Na perspectiva capitalista, estruturou-se e interiorizou-se a percepção de representação de trabalho que se igualava à ocupação, emprego, função e tarefa, dentro de um mercado altamente competitivo e desigual (FRANCA, 2008).

Com o neoliberalismo na década de 1990, a reorganização da economia global; as novas produções e mercados de produtos e serviços; os mercados financeiros; as privatizações; o minimalismo estatal; um rígido controle da inflação; a primazia das exportações; os cortes nas despesas sociais; a redução do déficit público; a concentração do poder mercantil nas grandes empresas multinacionais e do poder financeiro nos grandes bancos internacionais; exigiram dos trabalhadores ainda mais qualificação, domínio de novas tecnologias de ponta, atualização e aperfeiçoamento profissional e outros. Trouxe também desempregos, empobrecimento, desigualdades e desequilíbrio sociais, além de diversos problemas econômicos, seja a nível internacional, quanto nacional, como no Brasil (CORSI, 2000)

Kuenzer (1998) traz uma perspectiva sobre o trabalho onde este tende a teoria e prática como momentos relacionados e inseparáveis, para transformação da realidade. Descreve que:

[...] atividade ao mesmo tempo teórico e prática, reflexiva e ativa, que, continuamente, no processo de construção e reconstrução do homem e da sociedade, modifica a natureza tornando-a resultado da ação coletiva e introduzindo nela um significado social. No trabalho, portanto, se articulam teoria e prática, como momentos inseparáveis e dialeticamente relacionados, do processo de construção do conhecimento e de transformação da realidade. (KUENZER 1998. p. 104).

Frigotto (2005) traz uma nova concepção contemporânea e ontológica do trabalho, a de dimensão criadora da vida humana, contrapondo-se a uma dimensão reducionista ~~de~~ deste na sociedade neoliberal, que o restringe à dimensão de emprego ou trabalho assalariado. Desvinculando assim da idéia do trabalho como relação necessária à produção da vida, ou seja, como condição constitutiva da vida dos seres humanos, pois estes se (re) criam pela ação consciente do trabalho, desse modo, produzem sua própria existência.

Assim, o trabalho passou por diferentes conceitos e percepções no decorrer da história, vinculado às próprias mudanças que os sistemas políticos, econômicos e sociais o foram configurando. Estas mudanças influenciaram diretamente não somente o mundo do trabalho quanto às próprias relações de trabalho, entre os profissionais que o desempenharam e desempenham, seja desde os processos individuais aos coletivos. Nestas relações podem ocorrer diferentes conflitos e tensões, pois ainda a divisão do trabalho instituída com a revolução industrial e mantida pela lógica do sistema econômico atual, traz às instituições e serviços, principalmente entre os profissionais, diferentes inserções e posições algumas privilegiadas e com status, e outras marginalizadas e submissas. Reforçando esta lógica de grupos e indivíduos privilegiados, em contraposição de outros que não conseguem ascensão social, ficando à margem deste reconhecimento e privilégios (CORSI, 2000).

No campo da saúde, assunto do próximo capítulo, percebe-se que todas estas mudanças, sejam no âmbito social ou simbólico e estrutural do mundo do trabalho, afetaram diretamente este campo e seus trabalhadores, produzindo diferentes relações entre os mesmos. Com a possibilidade de um trabalho conjunto em uma equipe de saúde, as relações por eles estabelecidas, podem ser construídas de forma a diminuir estes efeitos e produzir um espaço social de grande construção coletiva ou permeadas por diversos conflitos, produzindo um espaço de grandes desencontros e tensões.

Para vislumbrar a possibilidade de algumas mudanças na relação no trabalho desses profissionais CD e TSB no campo da saúde e saúde bucal, devemos pensar na perspectiva de mediação, como ferramenta para esse processo, pois ela é definida como respeito por atividades diferentes, que passam a ser organizadas de forma diferente do que se tem feito, para proporcionar equilíbrio nessa relação.

Assim, os conflitos existentes em um trabalho em equipe podem ocorrer em função das diferentes subjetividades que transitam no campo das relações. As relações construídas por estes atores tornam-se fundamentais, pois neste espaço de tensões, conflitos e poder poderão ser consolidados em um campo

de negociação, de respeito mútuo para cada um dos profissionais que constituem a equipe na produção do cuidado em saúde (BOURDIEU, 1996).

Esse pensamento encontra respaldo também na obra de Bruno Latour quando fala da socialização esclarecendo que esta:

[...] trata do laço social, daquilo que liga os humanos entre si, das paixões e desejos que nos agitam, das forças personificadas que estruturam a sociedade - a qual nos ultrapassa, ainda que seja construída por nós (LATOURE, 1994, p.87)

CAPÍTULO 2

TRABALHO EM SAÚDE: UM CAMPO DE CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE RELAÇÕES E PRÁTICAS.

A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. E, na medida em que cria, recria e decide, vão se conformando as épocas históricas.

(Paulo Freire)

A saúde é um objeto complexo que necessita de uma abordagem que possa superar a organização do trabalho baseado nas disciplinas autônomas ou estanques. Para isto, torna-se necessário um trabalho desenvolvido por meio da integração das disciplinas e estas operando de forma compartilhada e conjunta. Porém o que tem sido visto, é o recorte multiprofissional caracterizado pela justaposição de disciplinas abordando um objeto por vários pontos de vista, que define os papéis de modo rígido no desenvolvimento das ações e cuidado, com a preservação dos campos de domínios e o status de cada corporação profissional que compõe o trabalho na saúde (SOUZA, 2005; ABRAHAO, 2007).

O trabalho em saúde, além de essencial para a vida humana é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado, o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. Na maioria dos casos, é institucionalizado, seja no espaço hospitalar ou no ambulatorial, resultado de um trabalho coletivo efetivado por diversos trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para manutenção da estrutura institucional (NOGUEIRA, 1989; PIRES, 1998; FRIEDRICH, 2000; MERHY, 2002).

Apresenta-se como uma forma de trabalho diferenciado, o saber no campo da saúde e o seu produto final, a própria prestação da assistência a saúde, é produzida no mesmo momento em que é consumida, sendo indissociável o produto do processo que a produz (VILELA, 2003). Além disto, opera-se através de tecnologias de relações, de encontros e de subjetividades, através das práticas de acolhimento, vínculo e autonomização, ou seja, de tecnologias leves, que vem transformando o processo de trabalho na saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 2007).

As tecnologias na área da saúde, segundo Merhy et al (1997), podem ser agrupadas em três categorias a saber: a)Tecnologia dura: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b)Tecnologia leve-dura: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica e epidemiológica, entre outras e; c)Tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. Acredita-se que as três categorias delineadas estão estreitamente interligadas e presentes no agir de uma equipe de saúde, embora nem sempre de modo transparente.

Operar os serviços de saúde é um processo de produção do cuidado, portanto um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também de um processo pedagógico de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo (MERHY, 2007).

Não se pode olvidar que nos procedimentos na área da saúde está contida uma potencialidade de se interferir no destino do ser humano sobre quem se irá atuar e que a participação deste no processo é ativa. A conduta adotada

pelos profissionais da saúde pode determinar profundas e definitivas modificações na matéria, na alma e na própria vida daquele que se submete aos seus cuidados e depende do preparo técnico, da formação humanística, do bom senso, equilíbrio e serenidade, da habilitação e das habilidades de cada um dos sujeitos envolvidos (NIGRE; ALMEIDA, 2007).

Os trabalhadores da saúde podem transformar-se em objeto, vítimas do modelo liberal-privatista que coisifica a relação trabalhadores/usuário, tornando-os meros portadores dos saberes que os comandam e agindo como simples cumpridores de rituais, sem a visão dos problemas e necessidades, o que gera insatisfação e busca de compensações, como o consumismo e a utilização de processos tecnológicos. Muitas vezes desconhecem seu papel em relação ao objeto de trabalho, aos meios de trabalho e também em referência à equipe de saúde; não havendo trabalho em grupo, perdendo a identidade do trabalhador coletivo (CAMPOS, 2006; MERHY, 2007).

O cuidado, realizado por diversos profissionais de saúde e de outros grupos de trabalhadores, muitas vezes não ligados a mesma, trazem a divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal. Algumas categorias profissionais executam o seu trabalho aplicando características da divisão parcelar do trabalho fragmentando as tarefas sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior (PIRES, 2000). Para o autor:

"O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional" (PIRES, 2000, p. 89).

A especificidade da atividade dos profissionais da saúde evidencia a necessidade da interação entre os diversos profissionais que atuam nos cuidados ao usuário, bem como, a importância da sua formação em disciplinas humanísticas e sociais, apresentam-se como fundamental, se não vital, para

que os diversos profissionais da saúde possam estar cada vez mais familiarizados com o atuar uns dos outros.

Independente do espaço social que ocupam, os profissionais possuem diferentes potenciais de intervenção nos processos da assistência a saúde. O resultado que se deseja alcançar, dependerá da forma como estes se articularão para este cuidado e principalmente qual o modelo de cuidado que utilizarão. Se o trabalho for centrado apenas na “produção da cura” e medico-curativo, este poderá ser fragmentado, compartimentalizado, estando suas relações de trabalho isoladas ao seu campo profissional, empobrecido, porém, se o objetivo final for a produção de saúde, centrado na “concepção do cuidado”, no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade, a qualidade deste cuidado/assistência será de excelente resultado (PEDUZZI, 2001).

A interação entre os diferentes profissionais, que atuam na atenção à saúde dos usuários que acessam os serviços da rede assistencial, bem como os seus processos de formação, devem estar voltados para um trabalho em equipe. Dessa maneira podem proporcionar parâmetros mais democráticos a estas relações, com perfis mais participativos, mesmo assim, sempre existirá algum nível de distribuição de poder entre os participantes, mecanismos auto-reguladores, linhas hierárquicas bem definidas, disputas e conflitos de interesses e, portanto, níveis de tensão (MACEDO, 2007).

As relações de conflito e poder podem se inserir de variadas formas nos espaços sociais e nas relações sociais. Tanto na intersubjetividade, de homem para homem, como na construção de significados, por meio da comunicação de massa ou no âmbito do simbólico, ou ainda na objetividade das formas concretas da realidade social, como “no domínio das coisas, da técnica finalizada, do trabalho e da transformação do real” (FOUCAULT, 1996).

Estas relações de poder não se dão sobre os indivíduos, mas agem sobre as suas ações, dependendo da integração, de graus variados de violência, com graus também variados de consentimento, havendo uma relação dialética entre poder e liberdade, sem a qual aquele não se pode manter (FOUCAULT, 1995).

Segundo as concepções de Foucault (2008), o poder é uma relação de forças, e como relação, estará em todas as partes, atravessará pessoas, não podendo ser considerado independente delas. Não se limita a aspectos institucionais, organizacionais, formas econômicas, relações de classe, status, prestígio ou desempenho de papéis sociais; ele está presente em todas as relações na rua, na família, no trabalho, nas relações afetivas ou de amizade, não somente reprimindo e destruindo o outro, mas também produzindo efeitos de verdade e saber, constituindo verdades, práticas e subjetividades;

“Os mecanismos de poder são parte intrínseca de todas as relações, são circularmente o efeito e a causa delas, mesmo que, é claro, entre os diferentes mecanismos de poder que podemos encontrar nas relações de produção, nas relações familiares, nas relações de trabalho, sexuais, seja possível encontrar ordenações laterais, subordinações hierárquicas, isomorfismos, identidades ou analogias técnicas, efeitos encadeados que permitem percorrer de uma maneira ao mesmo tempo lógica, coerente e válida o conjunto dos mecanismos de poder e apreendê-los no que podem ter de específico num momento dado, durante um período dado, num campo dado.” (FOUCAULT, 2008, p. 4-5).

O trabalho cotidiano em saúde apresenta-se permeado pelas diferenças de seus atores, de suas singularidades e subjetividades; ou seja, o que está em jogo na micro-política das relações que segundo Merhy (2005), é um conjunto de alteridade que se interagem. No cotidiano do trabalho se vive uma “harmonia conflitual”, fundada na diferença, que permite a complementaridade, as trocas, mas não são isentas de conflitos. Estes deveriam ser considerados como uma oportunidade para o trabalhador repensar a sua prática e reconstruir, respeitando as diferenças em um trabalho em equipe, pois ele ocorre quando o trabalhador de saúde reconhece que, na alteridade, consegue-se construir um projeto comum, que se faz com diferentes olhares, e não apenas com um único olhar (MAFFESOLI, 1984; BELLATO, CARVALHO, 2005).

Na saúde se desconhece ou não se valoriza a trama de saberes originada nas relações de trabalho. O saber reconhecido nos serviços é o saber técnico-científico, apreendido nos processos de escolarização. Os profissionais reduzem, assim, a qualificação a uma listagem de conhecimentos, habilidades e atitudes de que o trabalhador deve ser portador para ser admitido, respeitado e reconhecido, estabelecendo uma classificação simplória dos qualificados –

portadores das exigências e os não qualificados - os não portadores (ARANHA, 1997).

Nessa lógica, quanto maior o grau de escolarização do trabalhador e quanto mais status social tiver a sua profissão, mais reconhecido será o seu saber, destacando-se a figura do médico em detrimento dos demais trabalhadores, seguida pelos profissionais de nível superior e, por último, aqueles que têm formação de nível médio. O conhecimento destes trabalhadores não é, de modo geral, valorizado muito embora, boa parte do que é realizado na assistência aconteça com o auxílio desse saber (ARANHA, 1997).

Assim, o trabalhador produz saberes em relações desiguais e permeadas por uma teia de poder-saber. Sob a perspectiva *foucaultiana*, o poder não é um objeto natural, é uma prática social e como tal constituída historicamente, o poder não é uma relação linear onde o dominante oprime o dominado, mas é uma força, um domínio descentralizado que está presente em todas as relações, atravessando todos os envolvidos numa determinada instituição ou ação. “O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente (Machado in: FOUCAULT, 1986: X)”.

O poder se expande por toda a sociedade (...) investindo em instituições, tomando o corpo em técnicas de dominação. Poder este que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos - o seu corpo - e que se situa ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder... os poderes periféricos e moleculares (FOUCAULT, 1986, p. XII).

Para Bourdieu (1989) na fração de classes, grupos ou hierarquias, pode tornar-se legitimado pela posse de um determinado título na sociedade, cujo grupo ou classe que detém esse poder, já entra no jogo com vantagens, ainda que neste jogo não estejam excluídos os conflitos e existindo, portanto, lutas e resistências. A dominação dos dominadores sobre os dominados na relação de poder se dá no interior de um “campo”, um segmento social, cujos “agentes” indivíduos e grupos, têm disposições específicas (THIRRY-CHERQUES, 2008).

Campo é entendido por Bourdieu (1989), como um espaço relativamente autônomo, no qual as posições dos agentes estão fixadas a *priori*. Existem diferentes campos de conhecimento, constituindo um espaço social que opera

como um sistema de forças baseado nas relações de dominação e conflito, possuindo regras em seu operar. Normalmente as regras são estabelecidas por quem detém maior capital simbólico (prestígio, saber, reconhecimento), ou seja, quem tem maior prestígio social, político ou econômico. Nessas disputas são levadas em consideração todas as estratégias não conscientes que se fundam no *habitus* individual e dos grupos em conflito ou disputas (BOURDIEU, 1989; THIRRY-CHERQUES, 2008).

O poder traz a construção da realidade, poder de dar sentido ao mundo, formando opiniões e pensamentos, tendo como ato intencional consolidar-se sobre as questões sociais e culturais, as prevalências da dominação econômica, de quem tem mais capital ou prestígio social. O poder simbólico constrói a crença da realidade, criando uma nova visão de mundo, porém se articula por meio de estratégias de dominação organizadas e esquematizadas, tornando desnecessário o uso da força, o uso da violência ao corpo. Ele se consagra e faz os fatos se tornarem concretos. A nova face do poder torna visível o discurso dominante, interagindo, com a proposta de tornar oficial o pensamento e as necessidades de um grupo ou dos agentes dominantes, que detêm o saber, a cultura, o capital e até mesmo a força (BOURDIEU, 2002).

Deste modo, a forma como se relacionam os profissionais no campo da saúde, faz com que percebam de forma diferenciada os seus processos de trabalho. A forma como interagem e a articulação ou não dos seus saberes e práticas podem favorecer ou não a integralidade das ações a serem construídas e desenvolvidas. De acordo com Pinheiro (2003), a integralidade se estrutura a partir de uma ação social que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da relação dos atores em suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Portanto o trabalhador como ator social é, segundo Peduzzi (1998, p. 13), “agente e sujeito histórico-social. [...] A cada momento faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho, inscrevendo ou não novas possibilidades no trabalho coletivo do qual é partícipe”.

Assim, quando se pensa no trabalho em saúde, pensa-se que ele ocorre através de encontros entre profissionais de saúde, entre eles com os usuários,

com a comunidade, sendo fluxos permanentes entre os sujeitos. Esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações, com a qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo (FRANCO, 2006).

Portanto não se pode pensar as relações entre os profissionais apenas como redes de tensões, conflitos e poder verticalizado, mas também como espaço de construção dos processos de trabalho, de relações de respeito e ética, onde a atividade destes produz sentido para os sujeitos que os realizam, e para os sujeitos que recebem os cuidados por eles oferecidos. Sendo assim, a atividade humana é essencialmente social e cultural, pois propicia os processos de apropriação e interiorização fundamentais para a constituição do ser humano. Leontiev (1978) entende que a atividade humana também produz sentidos para o sujeito que a realiza sendo entendido que: o sentido é antes de mais nada uma relação que se cria na vida, na atividade do sujeito.

Além de criar sentido com a sua produção e o trabalho de saúde em equipe, Motta (2001) relata que esses profissionais não querem participar como meros observadores passivos dos processos de produção da saúde, mas atores ativos na realidade em que trabalham. A grande maioria procura o desempenho de um papel social relevante e o reconhecimento pelos serviços desejados pela sociedade, oportunidades de aprendizagem e progresso constantes, maior liberdade e autonomia na execução de suas tarefas, possibilidade de influência nos destinos do serviço em que trabalha e equidade e justiça entre o grau de contribuição e o grau de retribuição pelo trabalho exercido.

Com a perspectiva de construir um trabalho em saúde mais democrático e participativo, os trabalhadores de saúde devem refletir sobre as práticas autoritárias construídas historicamente, no sentido de avaliar os limites e as possibilidades contidas no exercício do seu trabalho individual e coletivo. Nesse sentido, a participação efetiva, aquela em que os membros das equipes de saúde lutam no sentido de atender prioritariamente às necessidades do trabalho em equipe dá-se por meio de um processo de conquista (DEMO, 1993).

Para se conseguir que o trabalho em saúde seja articulado de forma participativa e horizontal entre os profissionais que o constitui, Goulart (2002), enumera algumas questões relevantes:

“[...] 1- desenvolvimento de habilidades sociais de comunicação, cooperação, compromisso coletivo, que será responsável pelo compartilhamento de conhecimentos, pela capacidade de estabelecer relacionamentos interpessoais, pela abertura para compreender o ponto de vista do outro, pela habilidade de ouvir e expressar-se de modo claro e consistente; 2- atitude crítica diante da experiência, que torna o profissional capaz de repetir as coisas que dão certo e evitar as que resultam em erros. Quando um trabalho é feito por um conjunto organizado de pessoas, todas são responsáveis por ele e criticá-lo deixa de ser uma acusação a uma pessoa e passa uma forma de torná-lo melhor. 3- reunião de perspectivas diferentes. 4- mudança nos padrões de raciocínio e valorização da investigação. 5 – a emergência de uma visão compartilhada, isto é, construção social de uma imagem consensual do que será o futuro” (GOULART, 2002, p. 259).

Somado a isto, Franco (2006) diz que pelo fato dos trabalhadores de saúde em atividade, abrirem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando os seus processos de trabalho. É como se não existisse uma auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários.

A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros – o processo produtivo é altamente relacional. As relações se dão a partir de pactos entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não. Essas são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato de constituição da gestão do cuidado ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente, o fato é que não há um pressuposto de como o pacto relacional é dado.

Reforçando esta idéia, Merhy (1999) diz sobre as relações dos profissionais de saúde:

Um encontro entre pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual, opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode

haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitações, o trabalho se torna mais acolhedor (Merhy, 1999, p. 308).

O núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral; necessitando desenvolver um trabalho em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, onde os trabalhadores, independente do lugar que ocupam no espaço social da saúde, podem trazer a flexibilização do trabalho e a qualidade da assistência (PEDUZZI, 2000).

O trabalhar em conjunto, um ouvindo o outro, no atendimento das necessidades da saúde dos usuários colocados sob o atendimento da equipe, deve estreitar ainda mais os laços e as parcerias estabelecidas entre estes profissionais, evitando a possibilidade de equívocos ou erros por esses profissionais não se interagirem, possibilitando um atendimento de melhor qualidade.

Conhecer o trabalho do outro é condição necessária para que uma colaboração se desenvolva. A comunicação, a identificação da presença de diversas lógicas e a compreensão pelos profissionais dos diferentes trabalhos desenvolvidos por diferentes profissionais, podem contribuir para a resolução das dificuldades de colaboração entre estes profissionais. A gestão cotidiana de compromissos, implícitos ou explícitos, pode articular as diversas lógicas dos distintos atores, para isto torna-se fundamental a inter-relação destes no dia a dia de trabalho coletivo (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Conhecer as relações de trabalho em uma equipe de saúde é fundamental para produção do cuidado em saúde, pois podem, ao invés de estar produzindo um trabalho coletivo e participativo, estar assumindo um trabalho restrito, verticalizado e não participativo. Ao abordar a relação de trabalho entre o CD e TSB enquanto ESB na atenção básica pode-se defrontar com diferentes relações de poder, conflitos, e tensões, mas também surpreender-se com relações que estão sendo construídas em cima de respeito e ética.

Para compreender essas relações, (re) visitar a história da odontologia, é o caminho a seguir para desvendar alguns mistérios relacionados a essa prática. Voltar ao passado é “fazer um uso estratégico da história”, significa um olhar histórico com direcionamento ao atual, isto é, com o objetivo de problematizar as suposições tidas como verdadeiras das práticas da atualidade (RING, 1998; CAPONI, 2000; BOTAZZO, 2000).

CAPÍTULO 3

AS TRANSFORMAÇÕES DA ODONTOLOGIA AO LONGO DE SUA HISTÓRIA

“Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para saber o que seremos”.

(Paulo Freire)

Na equipe de saúde bucal a relação no trabalho entre os CD e auxiliares, no caso o TSB, apesar de não perpassar pelas diferenças de categorias como na equipe de saúde, perpassa por outras questões que envolvem esta mesma categoria profissional, "odontologia", como: diferença hierárquica (nível superior e médio), de atribuições e competências em função deste nível de escolaridade, status, pelo lugar social que ocupa nesta equipe em função deste título; pelo interesse de classes, que reforçam estas desigualdades. Deste modo, as categorias mais fortes passam a ter maiores privilégios em relação às outras, e muitas vezes, pela própria formação que estes profissionais recebem, ao invés de facilitar a relação profissional entre estes, acaba reforçando a lógica de conflitos, subjugação e poder (QUELUZ, 2005; EMMERICH, 2009).

Estes profissionais CDs e TSBs assumem a produção do cuidado e da assistência em odontologia dos usuários que acessam os serviços de saúde, no entanto muitas vezes as ações e estratégias desenvolvidas por estes, não geram o impacto esperado por não desenvolverem de forma conjunta uma relação de trabalho cooperativo e complementar. Muitas vezes reproduzem o que foi instituído ao longo da história desta profissão, como a valorização do CD como ator principal no cuidado odontológico, gerando o não reconhecimento da importância da incorporação dos outros profissionais, como os TSBs, também como atores deste processo, cabendo a estes apenas o trabalho mecânico e repetitivo do dia a dia (BRASIL, 2004)

Para melhor compreender esta relação, é necessário voltar ao início da história da formação desta profissão, “Odontologia,” e ver como esta contribuiu para a atual relação no trabalho destes profissionais. Assim, voltar ao passado é fazer uso estratégico da história, o que na concepção de Foucault (2002) a “história do presente” significa um olhar histórico com direcionamento ao atual, isto é, com o objetivo de problematizar as suposições tidas como verdadeiras das práticas da atualidade (RING, 1998; CAPONI, 2000; BOTAZZO, 2000).

Assim, a história da Odontologia do modo como muitas vezes foi e é contada, ao modo de uma “história ingênua”, foi importante para a formação da identidade desta profissão, desde o último quarto do século XIX. A proximidade com a arte dentária praticada pelos barbeiros a partir da Antiguidade, preservada durante a Idade Média e em crise após a Revolução Industrial, espécie de sucessão histórica de descobertas acidentais e de evolução “natural” de um praticante, trouxe como consequência a separação das outras práticas de saúde, sobretudo as médicas e cirúrgicas (CAPONI, 2000; BOTAZZO, 2000).

Ao mesmo tempo em que se estabeleciam afinidades com os cirurgiões menores e barbeiros, também se estabeleceu, e fortemente neste tipo de pensamento histórico, uma separação em relação aos “praticantes populares”, cujas práticas eram consideradas inferiores, a despeito de servirem, forçadamente, para justificar um caminho dito evolutivo da profissão, agora transposto ao pensamento histórico e social que se faz dela. Como resultado, todos esses eventos fizeram com que a odontologia mantivesse a marca da ambigüidade – nem exclusivamente dentes, nem plenamente boca, ou “nem exclusivamente odontologia nem plenamente estomatologia” (BOTAZZO, 2000).

A Odontologia passou por diversas transformações durante sua história, deixando de ser empírica para se tornar ciência, evoluindo da atuação exclusiva na boca para atender o indivíduo como um todo, enfatizando o aspecto preventivo em substituição ao tratamento meramente curativo (RICCI, 2005). Cunha (1952) compara a trajetória da odontologia da Mesopotâmia até a atualidade ao longo percurso de um grande rio.

Surgida como Arte Dentária na Pré-História, com seus registros mais antigos datando de 3.500 a.C., na Mesopotâmia, foi possível observar nas inscrições da época, uma menção do que seria o verme responsável pela destruição da estrutura dentária, “o gusano dentário”. E assim, como na Medicina, as afecções de competência da Odontologia eram tratadas por meio da religião e da magia, sendo utilizadas orações e fórmulas para destruir tal verme (ROSENTHAL, 2001).

No Egito antigo, foram encontradas técnicas relacionadas ao tratamento dentário. *O Código de Hamurabi trazia punição para aqueles que não obtinham êxito em suas técnicas de tratamento, como evidenciado nas Leis nº 200 e 201* que diziam: se alguém arrancar o dente de um igual, seu próprio dente será arrancado e se arrancar o dente de um inferior, será multado em um terço de uma mina de prata. Os escritos deste período indicam a preocupação com o tratamento dos dentes, mas ainda não havia preocupação com a higiene bucal (RING, 1998; OLIVEIRA, 1999).

Dentre os ingredientes que utilizavam para o tratamento do dentes e das dores de dentes, foi citado neste período: cominho, mel, incenso, cebola, açafraão, leite de vaca, lentilha, ocre amarelo tâmaras, cerveja doce e outras plantas desconhecidas, em forma de colutórios aplicados diretamente sobre o dente ou mastigados. Como terapia popular contra as dores de dente, poderia se aplicar o corpo recém aberto de um rato sobre o dente e também utilizar folhas de “ivis” a planta sagrada de Osíris para o alívio desta dor (ROSENTHAL, 2001).

Na Grécia os escritos desenvolvidos por Hipócrates, considerado o “Pai da Medicina”, trouxe várias referências a questões relacionadas aos dentes, sobre sua formação, erupção e as enfermidades de dentes e boca, inclusive a maneira e a forma como deveriam ser tratados. Acreditava que os problemas dentais eram provenientes de uma predisposição natural ou uma debilidade intrínseca, e o uso das pinças utilizadas para a extração dos dentes, qualquer um poderia utilizá-las, já que era evidente a forma como deviam ser utilizadas (RING, 1998).

Entre os romanos a Odontologia encontrava-se atrelada a Medicina. Não se diferenciava as enfermidades do corpo com as da boca e dentes. A profissão médica era realizada por estrangeiros, escravos e escravos libertados, além de algumas mulheres que associavam à arte da medicina a magia, para resolver os problemas de saúde. Foi com os romanos que veio a preocupação com a higiene bucal com o uso de palitos de dente construídos de ouro ou de metal fazendo parte da etiqueta. Nesta época começou também a utilização de restauração em ouro, com intuito de preservar os dentes, evitando a extração de elementos dentários (RING, 1998; OLIVEIRA, 1999).

A Odontologia chega à idade média com a separação da Medicina e da cirurgia, diminuindo com isso o status do cirurgião, visto apenas como mero executor de atividades menores. Os cirurgiões se dividiram em dois grupos: os com formação mais elevada “os barbeiros cirurgiões”, letrados e ligados ao clero identificados inclusive por sua indumentária como de beca longa, e os barbeiros, que não tinham formação, iletrados, mas com habilidades manuais conhecidos como de beca curta. Os barbeiros tinham como função fazer barbas, penteados, cortes, realizavam sangrias, tratavam tumores ou furúnculos e podiam fazer o uso das lancetas e do bisturi, mas não podiam realizar cirurgias pela desqualificação e ignorância que apresentavam, ficando as cirurgias e procedimentos mais complexos sob responsabilidade dos barbeiros-cirurgiões (RING, 1998; EMMERICH, 2000).

Na idade moderna até o final do século XVII o que imperou na prática odontológica foi o prático não licenciado - charlatanismo, a maneira de resolver um problema dentário era buscar um arrancador de dentes, que neste período trabalhava em locais abertos, ao ar livre. Os dentistas menos favorecidos exerciam suas atividades em locais onde facilitava ter mais clientes, como em praças públicas, como a praça do mercado do povoado, onde se instalavam com mesas e selas sob um guarda sol ou podiam erguer pequenos tablados (RING, 1998; ANDRADE, 1999).

Além disto, segundo os autores, estes dentistas anunciavam através de bandeiras com cores vibrantes desenhos com tratamentos bem sucedidos, para chamar a atenção dos clientes sob sua destreza, contratavam músicos,

arte circense com truques e malabarismos, para atrair novos clientes. Já os profissionais dentistas mais prósperos tinham suas próprias localidades, realizavam operações mais complexas dos que os mais humildes, rompiam abscesso, limavam e poliam dentes quebrados, raspavam tártaros e realizavam a limpeza dos dentes.

O século XVIII trouxe grandes mudanças no exercício da Odontologia, a era científica, marcada pela publicação na França do “Tratado dos Dentes para os Cirurgiões Dentistas”, de Pierre Fauchard, divulgando seus conhecimentos e aperfeiçoamentos desenvolvidos em instrumentais e técnicas, em contraste com a conduta da época, onde os dentistas e profissionais das artes terapêuticas ocultavam seus conhecimentos e habilidades de modo que outros profissionais não tivessem acesso a estes conhecimentos para garantir exclusividade. Pierre Fauchard foi considerado o pai da odontologia moderna e que trouxe o termo Cirurgião Dentista para a profissão, bem descrito no seguinte trecho (RING, 1998):

Fouchard (...). Separou com eficácia a odontologia do campo, mais amplo, da cirurgia e, sobretudo do ofício da saca-molas, equiparando-a uma profissão independente, com seu próprio campo devidamente circunscrito de deveres e serviços e seu próprio nome (RING, 1998 p. 166).

Botazzo (2000) traz como questionamento em seu livro “Da Arte Dentária” que tipo de CD e Odontologia, Fauchard constituiu. Segundo ele a obra de Fauchard não seria um discurso sobre a boca e sim um tratado sobre os dentes, além disto, foi ignorado durante todo o século XIX, sendo somente recuperado em seguida, não pelo conteúdo do que escreveu, mas pela necessidade de dar identidade á corporação dos dentistas em sua fase inicial.

A cárie dentária até meados do século XVII mantinha-se em nível baixo, mas com a entrada do açúcar no ocidente, gerou vários problemas bucais. O açúcar que era restrito aos nobres e ricos por ser artigo de luxo, passou a ser consumo de massa no século XIX, trazendo a cárie para nível epidêmico, tornando altamente prevalente em toda a sociedade, gerando várias doenças bucais. Com este aumento, ocorre um crescimento da demanda por prestação de serviço odontológico, tendo a necessidade de um espaço adequado e privado de trabalho para atender a clientela, “o consultório”. Surge uma gama

de materiais, instrumentais e equipamentos para dar suporte a esta prática, e a necessidade de um conhecimento formal para esta nova realidade (CHAVES, 1977; CARVALHO, 2003).

Segundo Ring (1998), em 1840 no estado de Maryland, Estados Unidos, era constituída a primeira escola dental do mundo “Baltimore College of Dental Surgery”, com duração de dois anos, distribuídos em quatro meses de aulas teóricas e o restante em práticas num consultório dental. Chapin Harris, um de seus mentores, defendia a idéia de que somente a ciência distinguiria a prática profissional odontológica. Para atingir esse objetivo, criou também a primeira associação nacional de dentistas, The American Society of Dental Surgeons (posteriormente American Dental Association-ADA) e a primeira revista de odontologia de publicação mundial, o American Journal of Dental Science (AJDS), e com este trabalho pretendiam afastar os charlatões do exercício da Odontologia.

No Brasil, para combater o charlatanismo e melhorar o ensino, um novo estatuto das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia foi instituído em 1856, criando Exames para Dentistas e Sangradores e para validação dos diplomas de estrangeiros, uma vez que não havia ainda cursos formalizados para a profissão (ROSENTHAL, 2001).

Em 1879, por decreto, são criadas as escolas de Cirurgia Dentária anexas às Faculdades de Medicina, aumentando as exigências para a matrícula nesses cursos, e facultando às mulheres o direito de se inscreverem nos cursos. No ano seguinte, assume a direção da Faculdade de Medicina, Vicente Cândido Figueira de Sabóia, que trouxe a “Reforma de Sabóia”, com atualização do curso médico e instituição do Curso de Odontologia das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro em 25 de outubro de 1884 (ROSENTHAL, 2001).

Tem-se assim, o período de diferenciação profissional com a diplomação universitária, onde a Odontologia passa a ter o status de ciência, com valorização profissional, onde dentistas diplomados foram corporativamente protegidos e reconhecidos. Com essa nova condição surge em 1889 a primeira

associação de classe, o “Instituto dos Cirurgiões-Dentistas,” com o intuito de unir esses profissionais, essa associação seria a precursora da Associação Brasileira de Odontologia – ABO (EMMERICH, 2000; ROSENTHAL, 2001).

Como toda associação, esta desempenhou um papel relevante no processo de profissionalização dessa categoria, definindo o perfil profissional e a identidade do grupo, sendo essencial para a defesa dos interesses da corporação, como o monopólio e a determinação dos critérios de acesso à profissão. Apesar desses avanços até esse momento, a Odontologia ainda era considerada apenas como arte, não conseguindo o “status” de profissão como Medicina, Engenharia e Advocacia, condição essa atribuída ao fato de ser amplamente exercida por trabalhadores não diplomados, barbeiros e práticos (RING, 1998; CARVALHO, 2003)

Na primeira metade do século XX, foram criadas várias instituições de ensino, e em 04 de dezembro de 1933 foi expedido um Decreto de nº 23.540, que fixava a data de 30 de junho de 1934, como data limite para a concessão de licença aos práticos em exercício. Essa legislação representa a primeira medida efetiva para a tentativa de monopolização do exercício da Odontologia pelos portadores de diploma de curso superior (CALVIELLI, 1997).

Em 17 de janeiro de 1951, foi promulgada a Lei nº 1.314, que passava a regulamentar o exercício profissional dos CDs pela primeira vez desvinculada da legislação profissional médica e farmacêutica, como citado por Carvalho:

O exercício da profissão de odontologista, no território nacional, só será permitido aos que se acharem habilitados por título obtido em Escola de Odontologia, oficial ou legalmente reconhecida, devidamente registrado na Diretoria do Ensino Superior e anotado, sucessivamente, no Serviço Nacional da Fiscalização da Medicina e na repartição sanitária estadual competente. (Brasil, 1951 Apud Carvalho, 2003p 138).

Com a evolução científica e a regulação profissional ao longo da história, tornou-se emergente a necessidade de uma prática social disciplinadora, uma reorganização da prática e do ensino superior em Odontologia. Tais mudanças tornaram-se possíveis e alcançáveis, através da promulgação da Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964 que instituiu o CFO. Dois anos depois ocorreu a

regulamentação da profissão de CD, por meio da Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, lei essa vigente até os dias atuais.

Apesar da regulamentação da profissão e dos dispositivos legais relacionados ao exercício da Odontologia, a profissão de CD ainda podia ser exercida pelos homens formados pela “ciência” e pelos homens formados pela “experiência”, situação essa, que acabou sendo favorecida pelo próprio caráter privatista da profissão, quando determinados serviços eram oferecidos limitados às quatro paredes do consultório dentário em troca de pagamento, podendo a população acessar ambos os serviços, ou seja, de acordo com sua condição e acesso (CARVALHO, 2003; WARMLING et al, 2006).

O caráter eminentemente privatista da odontologia ocasionou a exclusão de grande parte da população que necessitava da assistência em saúde bucal em diversos países, inclusive aqui no Brasil, onde os primeiros passos para ampliação da assistência em Saúde Bucal contou com a participação do SESP. Essa instituição iniciou sua atuação em 1942 por meio do acordo de saúde firmado entre os Estados Unidos e o Brasil com o objetivo de promover o saneamento do Vale do Amazonas, e na área de formação de profissionais (CHAVES, 1977; PINTO, 1989).

Com as transformações técnico-científicas, a incorporação de novos equipamentos e instrumentos, as diplomações, juntamente com a regulamentação da profissão, associados às discussões dos novos conceitos de saúde/doença, que afloravam no campo da saúde, a Odontologia passa a vivenciar novas concepções e modificações conceituais e estruturais nesse novo exercício profissional. A Odontologia então passa a não ver mais os indivíduos apenas como uma boca, mas o indivíduo como um todo, passando a enfatizar o aspecto preventivo, em substituição ao tratamento meramente curativo (CHAVES, 1977; MANFREDINI, 2007; PARANHOS et al, 2008).

Os CDs em função das transformações ocorridas na Odontologia, no exercício profissional e no próprio campo da saúde, buscaram ampliar seus conhecimentos e tornar seus métodos de trabalho, mais eficientes, lucrativos, e sem prejuízo de tempo ou ergonomia de trabalho. Houve assim, a necessidade

de incluir neste processo, um novo profissional em Odontologia, “o pessoal auxiliar”, para otimização de tempo e recursos, bem como a ampliação da demanda a ser assistida por esses profissionais. E assim, estes profissionais de nível educacional intermediário, passam a participar dos processos de trabalho desses CDs, podendo estar qualificados, semi-qualificados, ou até mesmo sem qualquer preparo para o trabalho no consultório odontológico (PARANHOS et al, 2008).

Esse despreparo e a própria formação inadequada, passou a trazer algumas limitações nos seus processos de trabalho, bem como na própria relação com o CD, colocando em evidência uma nova preocupação, o processo de formação desses profissionais e suas reais atribuições. E assim, com a entrada desses novos profissionais de nível intermediário, no processo de trabalho dos CDs, esse trabalho passa a ser compartilhado, ao contrario de antes, que era apenas exercido pelos CDs de forma individual e no espaço restrito dos consultórios, sendo necessária uma adaptação de ambos. Porém, esses processos de trabalho passam a ser instituídos de forma piramidal, encontrando-se no topo o CD, com formação de nível superior e na base os profissionais de nível técnico e auxiliar (PARANHOS et al, 2008).

Nessa hierarquização, fica caracterizado o exercício do poder de quem possui maior capital simbólico, o que iria gerar novas situações a serem vivenciadas, como conflitos e algumas vezes verticalismo exacerbado de atribuições, além do fato destes novos profissionais, muitas vezes ficarem a margem das decisões, dos planejamentos e ações a serem desenvolvidas por ambos, em um trabalho em equipe (BOURDIEU, 1989).

Esses profissionais de nível intermediário passam a fazer parte da realidade dos processos de trabalho dos CDs e, passam também, a construir e ocupar o seu próprio espaço social, em um trabalho compartilhado em equipe, sendo necessário rever tanto o seu papel de membro de uma ESB, como de também de um indivíduo que traz um novo saber. Saber esse, que muitas vezes não pode ser compartilhado, por esses atores sociais, por ocuparem um espaço social não privilegiado, gerando nesses um comportamento submisso, desarticulado, desmotivado, e muitas vezes até inviabilizando os processos de

trabalho comuns dessa equipe, bem como dificuldade na própria relação desses profissionais (BOURDIEU, 1989; PARANHOS et al, 2008)

Assim, conhecer um pouco mais a realidade desses profissionais, pode trazer um novo olhar para sua importância e atuação na ESB, bem como, o que em sua trajetória histórica de formação, pode ter contribuído para algumas relações de conflitos e disputas e alguns desencontros nesse campo. É o que se configura no título desta dissertação: os (des) encontros do CD e do TSB na prática odontológica.

3.1. PROFISSIONAIS AUXILIARES: UMA HISTÓRIA EM CONSTRUÇÃO

A inserção do profissional auxiliar na Odontologia tem início nos Estados Unidos, em Connecticut, com Alfred Fones intitulado o “pai da Higiene Dental”, que acreditando no valor da remoção de tártaro, da limpeza dos dentes e na orientação de escovação para a profilaxia da cárie, treinou sua assistente Irene Newman para essa tarefa, que denominou “Profilaxia Oral”. Em 1910 o *Ohio Dental College* iniciou um curso regular para treinamento de higienistas dentais que funcionou até 1914, sendo interrompido por oposição dos CDs de Ohio (RING, 1998; ZANETTI, 2009)

Na Nova Zelândia, em 1921 surge a “enfermeira dentária escolar,” que trabalhava exclusivamente no serviço público com crianças de 6 a 13 anos, matriculadas na rede de ensino, desempenhando funções ampliadas como assistência restauradora. Essa experiência foi levada para outros países como, por exemplo, para o Paraguai. Em 1949, no estado de Massachusetts EUA, ampliou-se a formação das higienistas dentais para assistência restauradora, que também foi interrompida por oposição dos CDs em atitude corporativista, alegavam os riscos dessa ampliação, enfatizando os aspectos negativos, por serem esses responsáveis pelo trabalho dessas auxiliares (CHAVES 1977; OLIVEIRA, 2008). No Brasil, a participação do pessoal auxiliar no campo da Odontologia teve início em 1952, com a contribuição do SESP, responsável por trazer ao país um programa especial de educação profissional para treinamento de pessoal, incluindo os profissionais auxiliares de odontologia e promoveu uma mudança na assistência odontológica do país.

O SESP foi a instituição responsável, no Espírito Santo, pelo pioneirismo da fluoretação da água de abastecimento em 1954 na cidade de Baixo Guandu fez emergir a saúde bucal no âmbito das políticas públicas onde as Auxiliares de Higiene Dentária (AHD) compunham a equipe desempenhando importante papel no programa de odontologia escolar. Realizavam nas escolas orientação de higiene bucal e aplicação de flúor e, nos chamados gabinetes dentários, auxiliavam o CD na manipulação dos materiais. Sua formação e competências eram reduzidas quando comparadas às de outros países, porém com o objetivo de agilizar a inserção desses profissionais no mercado de trabalho e evitar o confronto com os CDs e suas associações (CHAVES 1977 EMMERICH; FREIRE, 2003).

A iniciativa em 1955 do SESP de formar auxiliares com cursos de caráter formal não progrediu e continuou com a formação de AHD em serviços com cursos menos formais que dá origem à Atendente de Consultório Dental (ACD). Na década de 1970 emergiram os THDs, apoiados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que enfatizava a "educação para o trabalho," e o Parecer n.º460/75 do CFE que passou a regulamentar a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, disciplinando e regulando o funcionamento de cursos de formação desses profissionais.

Foi somente na década de 1980, que o CFO definiu normas para habilitação ao exercício destes profissionais de nível médio, então denominados ACD e THD e os integrou aos Conselhos Regionais de Odontologia, atendendo ao contexto, como bem ilustra Frazão:

... documentos oficiais, seminários e congressos (...) têm reiterado a necessidade do desenvolvimento de ações coletivas preventivas e educativas visando a promoção da saúde bucal e a reorganização do processo de trabalho odontológico, com a incorporação e formação de auxiliares e técnicos em higiene dental (FRAZÃO1998)

Desde então, a preocupação com a utilização destes profissionais auxiliares na Odontologia vem crescendo, tanto com funções clínicas quanto educativas. No entanto a simples adição de novas categorias profissionais pode não representar que uma equipe será constituída. Para que realmente se efetive se faz necessário o estabelecimento de rotinas e objetivos de trabalho, discutidos por todos os seus componentes a partir das competências e recursos

disponíveis. O enfraquecimento de uma percepção global leva ao enfraquecimento do senso de responsabilidade, levando cada um a ser responsável apenas por sua tarefa especializada ou determinada como competência. (AGUIAR, 1996; MORIN, 2003)

Esses profissionais auxiliares, cada vez mais vão se tornando necessários no exercício da odontologia, e em 2000, através da Portaria nº 1444 do MS, a Odontologia é inserida no PSF. Os municípios candidatos à habilitação para obtenção de recursos financeiros deveriam formar equipes compostas de CD, ACD (modalidade I) e CD, ACD e THD (modalidade II), evidenciando a sua importância como facilitador do trabalho em odontologia e na constituição de uma equipe em odontológica. Estes, porém, para serem incluídos deveriam possuir habilitação profissional com o registro junto ao CRO, passando assim, a ter novas oportunidades para realizarem seus processos de trabalho, dentro desta nova ótica da saúde (BRASIL, 2000).

Em 2008, é encerrada uma longa trajetória de esforços para o reconhecimento legal destes profissionais, através da Lei 11.889, quando passam a serem denominados: Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). O impacto social e a importância destes atores para o trabalho de promoção e prevenção à saúde junto à população, foi fundamental para a melhoria da qualidade da atenção primária e para estruturação da equipe de trabalho de saúde bucal, permitindo uma melhor divisão de tarefas, agilizando e otimizando o trabalho do CD na equipe. Mas, é com base na potencial atuação preventiva que o trabalho do pessoal de nível técnico e auxiliar da saúde bucal têm encontrado o maior reconhecimento e defesa (BRASIL, 2001).

Durante muitos anos no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS, deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde, tendo inclusive uma denominação específica Estratégia de Saúde Bucal (ESB). Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde e para

revisão das práticas assistenciais (BRASIL, 2004; MANFREDINE, 2007; WERNECK et al , 2003)

Dessa maneira a Odontologia, integrada em uma rede que constitui o cuidado em saúde, passa a expandir seus conhecimentos e práticas para além do campo restrito da equipe de saúde bucal, envolvendo os demais atores do setor saúde e da própria comunidade para dirigir seus olhares e esforços para visão integral do indivíduo. Assim, pensar em uma equipe de saúde bucal integral é fundamental para estas conquistas, pois a relação harmoniosa desta equipe traz além de benefícios internos à própria instituição, também poderá trazer à comunidade benefícios como: maior ampliação de acesso, uma assistência de melhor qualidade e por fim uma Odontologia mais social (BRASIL, 2004)

No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Assim, conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde/doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma postura pró-ativa de proteção (BRASIL, 2004).

CAPÍTULO 4

NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PEDRA: A RELAÇÃO NO TRABALHO DO CD E DO TSB

A PEDRA NO MEIO DO CAMINHO

**No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.**

**Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.**

(Carlos Drummond de Andrade)

A odontologia como visto nos capítulos anteriores, vem sendo reconfigurada a cada década enquanto profissão na área da saúde. De uma prática fechada e individualista, chega à contemporaneidade buscando moldar-se como uma profissão coletiva, integrada a outras profissões, em um modelo de saúde voltado para a prevenção, promoção e tratamento, em um trabalho compartilhado por diferentes profissionais em equipe. Com isso, passa-se a exigir desses profissionais, novas formas de agir em saúde, resignificação de seus processos e relações no trabalho, e novas práxis de um trabalho em equipe.

Enquanto uma categoria, até pouco tempo voltada para um trabalho exclusivo na boca, fechada em si, na atualidade passa a desenvolver um trabalho em equipe, em um novo espaço social que é o público. Além desse novo espaço, a odontologia passa a ser implementada dentro de um novo sistema de saúde o SUS, moldada por suas políticas, legislações e modelos de gestão e atenção, voltados para uma dinâmica de trabalho compartilhado que irão influenciar diretamente a sua configuração e as relações interpessoais de seus atores (BRASIL, 1994; FRAZÃO, 1998).

Esses atores, CD e TSB, ao exercerem seus processos de trabalho e com isso, as suas relações interpessoais, trazem consigo toda a subjetividade de seus mundos, encontros e desencontros. A subjetividade, segundo Foucault (2002), é o reflexo de nossa relação com as coisas, por meio e através da história. Essa relação se expressa através do corpo, compreendido não somente como corpo orgânico, mas, como corpo construído pelas relações com as coisas que se encontram ao longo da caminhada e existência de cada indivíduo. Assim, trata-se da descrição de uma história cujos conteúdos se aproximam de uma estética da própria existência de cada um.

Corroborando com Foucault (2002), Deleuze (1992) e Guattari e Rohnik(1986) trazem que na subjetividade não há um sujeito teórico, mas sim, um sujeito sintetizado pelas experiências, onde a subjetividade é a própria trama da vida e das relações que se compõem. E nessa composição de diferentes universos que habitam cada existência e se configuram sob a forma de afeto, sempre será versátil aos novos arranjos, sejam quais forem esses, familiares, institucionais, entre atores de um grupo, ou outros.

Pensar a profissão Odontológica, neste contexto, é buscar apoio para essa reflexão na perspectiva teórica da referencia circulante proposta por Latour (2008), onde os recursos humanos, diferenciados e capacitados para essa nova realidade, utilizam suas caixas de ferramentas para transmitirem e nelas acrescentarem novos elementos, ao aplicar o conhecimento nos diferentes contextos. Com isso, as referências que circulam num dado sistema, passam a se constituir em condição essencial para uma atenção integral e resolutive aos usuários que buscam o serviço de Odontologia.

Olhar de forma sensível para o *lócus* da ESB, onde acontecem os processos de trabalho, as relações interpessoais e a atenção compartilhada, é buscar compreender a complexidade da dimensão que envolve todos os processos entre esses atores, bem como aquilo que pode interferir nessas relações, muitas vezes mediatizadas pela política, gestão, mercado, poder, corporações de classes e outras. Freire (1987) nos chama a atenção de que não existe separação entre os fatos, consciência antes e mundo depois, mas elas se mediatizam;

“[...] Não existe uma consciência antes e um mundo depois e nem vice-versa [...] A intencionalidade da consciência humana não morre na espessura de um envoltório sem reverso. Ela tem dimensão sempre maior que os horizontes que a circundam (FREIRE, 1987, p. 40; 7)”.

Pedrosa e Teles (2001) relatam que algumas dificuldades no trabalho em equipe e nas relações dos profissionais que a constitui, nesse caso os CDs e os TSBs, podem advir de situações que foram construídas ao longo da história de cada profissão, conflitos, poder, autoritarismo, hierarquia, inflexibilidade, desconhecimento do trabalho e da importância do outro, bem como das suas atribuições e funções legais.

Assim, seguindo o poema de Carlos Drummond de Andrade citado em epígrafe, serão pontuadas algumas “pedras” no caminho dos profissionais CDs e TSBs que podem servir de tropeço para o trabalho em equipe e para suas relações no trabalho.

4.1 PEDRAS QUE PODEM SERVIR DE TROPEÇO NA RELAÇÃO NO TRABALHO ENTRE CD E TSB

4.1.1 Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB): a lacuna de uma implementação

Segundo Narvai e Frazão (2009), para que a PNSB possa ser operacionalizado pelo Programa Brasil Sorridente, torna-se necessário;

“[...] aproximar o conteúdo expresso em suas diretrizes das necessidades dos brasileiros, traduzindo-se em ações concretas, não poderá ficar restrita nem a Saúde da Família no plano de atenção básica, nem ao CEO, na atenção secundária. Terá, necessariamente, de ir além e operar, concomitantemente na área das micropolíticas e nas das macropolíticas, produzindo transformações tanto nos serviços de saúde, nas relações que concretamente se estabelecem entre os profissionais de saúde, e com os usuários do SUS, como nas políticas públicas nas três esferas de governo (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 31 grifo nosso).

A PNSB traz, em seus pressupostos e diretrizes, a produção do cuidado baseado na proposta de serviços humanizados, trabalhadores com a responsabilidade de produzir atenção humanizada, integral e resolutiva aos usuários do SUS, e a integração dos processos de trabalho e de seus trabalhadores, desenvolvidos de forma cooperativa e compartilhada. Para isso,

segundo a política, o trabalho em equipe deve estar sendo subsidiado por uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, permeado por diferentes saberes e responsabilidades, para êxito na intervenção:

“[...] Na troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas” (BRASIL, 2004, p. 6).

“[...] A equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2004, p. 6)

Os processos de trabalho dos profissionais devem estar adequados ao modelo de atenção proposto, baseado na interdisciplinaridade, multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência. Além desses, para a reorientação do modelo de atenção a saúde bucal, os profissionais devem ser subsidiados por educação permanente, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação desses profissionais para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS (BRASIL, 2004).

Na implementação de uma política leva-se adiante uma decisão básica que identifica um problema, estipula os objetivos a serem perseguidos e, de várias formas, “estrutura” os processos. Esses processos, sendo construídos e efetivados em uma perspectiva democrática e participativa, resultarão em uma atenção a saúde bucal, integral, resolutiva e participativa. Seus implementadores, no caso os CDs e TSBs têm a possibilidade de desenvolver, em seu espaço social, as diretrizes de um trabalho em equipe, com ações conjuntas dos profissionais na assistência, o compartilhar de saberes, o respeito e a ética entre os membros desta equipe (MAZMANIAN; SABATIER, 1989; SOARES; PAIM, 2011).

A falta de implementação da política de saúde bucal, nos municípios, traz prejuízos não somente às ações e à atenção a saúde bucal de seus munícipes, mas também deixam lacunas no processo de trabalho e nas relações dos profissionais da ESB, lacunas essas que favorecem ações isoladas e não um

trabalho compartilhado, gerando distanciamento desses profissionais e verticalização de decisões (SOARES; PAIM, 2011).

4.1.2 Gestão, organizações/instituições: uma faca de dois gumes

Por meio da gestão, a política vai sendo implementada, a atenção vai sendo definida, e os profissionais que dela fazem parte vão construindo seu espaço e suas relações. Um modelo de gestão autocrático, fechado e verticalizado, baseado na lógica quantitativa da produção, e rigidez nos processos de trabalho, somados à normatização excessiva, podem não só dificultar esse convívio, como também impossibilitar a articulação das ações entre esses profissionais. Além disso, pode determinar serviços de atenção limitada, normativos, tecnocráticos, inflexíveis, com profissionais isolados, desmotivados, pouco participativos e desintegrados, para uma atenção em equipe, com sobrecarga de trabalho, desvalorização de potencialidades, além de conflitos, tirania e verticalismo de poder (WERNECK, 2003; RIVERA, 2003; RODRIGUES, 2003).

Para Rivera (2003), os profissionais de nível médio são os que mais são afetados pelo verticalismo da gestão, pois além de serem requisitados em várias atividades no serviço de saúde onde atuam, são também muitas vezes sobrecarregados pelas atividades determinadas pelo CD. Essa atitude reforça a ruptura da equipe com distanciamento dos profissionais, ficando estes apenas juntos, no momento da execução das ações e não na elaboração e planejamento em um trabalho em equipe.

Em um modelo de gestão, na perspectiva político-organizacional-democrática, os processos comunicativos devem ser abertos e acessíveis, promovendo a busca de transversalidades e denominadores comuns, valorização e reconhecimento tanto dos serviços, quanto dos profissionais que articulam essa rede. Também, devem trazer melhorias na gestão em si, na rede assistencial e na própria relação desses profissionais para um trabalho coletivo, participativo e em equipe (RODRIGUES, 2003).

A gestão se faz por meio das organizações/instituições e os serviços por elas instituídos. Essas organizações/instituições no campo da saúde podem agir de

forma positiva para a integração de seus profissionais, ou de forma negativa potencializando conflitos e acentuando as diferenças entre esses profissionais. A divisão do trabalho em uma organização/instituição ocorre com a articulação entre indivíduos e grupos, a fim de dar subsídio aos objetivos dessas organizações/instituições. Muitas vezes essa divisão se torna tão acentuada, que esses profissionais, passam a desenvolver ações e interesses específicos, dificultando a integração entre eles, levando a conflitos simbólicos e reais (BOURDIEU, 1992).

As diferenças de poder nas relações que são estabelecidas entre esses profissionais, podem usufruir de maior ou menor legitimidade, ou, assentar-se sobre regras formais ou preceitos informais. A legitimidade das diferenças de poder pode tornar-se um ponto crucial para que não seja estabelecido um clima de conflito e/ou injustiça. A idéia de privilegiar alguém surge no momento em que regras ou práticas estabelecidas e instituídas passam a beneficiar grupos ou indivíduos específicos sem, contudo, ter o consentimento, aval e aceitação dos demais profissionais da organização. O que pode caracterizar privilégio para indivíduos ou grupos, não é a existência de uma situação demarcada pela desigualdade de condições ou oportunidades, mas a ausência de atributos que passam a conferir legitimidade a uma dada situação de desigualdade. Assim, a percepção de privilégio está ligada à percepção de poder ilegítimo e sentimento de injustiça (ORTIZ, 1983).

De acordo com San Martin-Rodriguez et al (2005), a colaboração e a boa relação no trabalho dos profissionais de uma determinada organização, requer uma configuração organizacional favorável desta. Estes determinantes organizacionais incluem: apoio administrativo e recursos para a equipe; comunicação aberta e mecanismos de coordenação democrática; cooperação interprofissional de todos os profissionais; valorização da participação igual de todos nos processos de trabalho; e liberdade de expressão para que possam falar das suas dificuldades e necessidades. As estruturas organizacionais com caráter flexível e gestão democrática podem facilitar em muito o trabalho e a relação no trabalho dos profissionais da equipe, em um espaço de tomada de decisão compartilhada, promovendo assim a colaboração de todos.

Assim, em uma organização/instituição onde ocorre participação dos usuários e profissionais nos processos de construção da saúde local, com planejamento participativo e integrado por todos os profissionais nelas inseridos, há uma democratização das ações, bem como uma melhor relação entre esses profissionais, principalmente daqueles que muitas vezes ficam destinados a execução de tarefas mecanizadas e excluídos das atividades intelectualizadas (RIVERA, 2003).

Nas instituições o poder é inerente às relações e não tem necessariamente um aspecto negativo. O comportamento do profissional dessa organização/instituição envolve a sua capacidade de negociar mediante determinados recursos de poder que ele possui, seja pelas experiências profissionais que possui, seu conhecimento sobre o trabalho ou a maneira como ele manipula as situações que vivencia neste. Assim, o exercício do poder dependerá das características desta organização/instituição, sua estrutura formal, cultura organizacional, assim como, das possibilidades que o profissional nelas inserido tem de se coligar com seus colegas, mobilizar a solidariedade do grupo, estabelecer e construir relações e alianças, suportar tensões, e das estratégias que irá desenvolver mediante cada situação desfavorável na relação entre elas e seus pares (CROZIER; FRIEDBERG, 1990).

Melo (1991) relata que para verificar o poder nas instituições é necessário observar de forma mais acurada e profunda as ações não verbais, as atividades no cotidiano e no involuntário de seus profissionais, bem como, conseguir informações onde possam se captar as subjetividades, as verdadeiras raízes dos comportamentos individuais e coletivos, e o universo simbólico humano desses protagonistas.

Porém, mediante a noção de poder simbólico, cunhada por Bourdieu (2001) para avaliar esse poder no dia a dia, seja nas relações sociais, instituições ou em outros campos, deve envolver aspectos bem mais abrangentes acerca dos sistemas de dominação que permeiam os sistemas sociais e conseqüentemente as relações por eles instituídas. Ele consiste na concepção desse autor como o poder invisível, que para se exercido necessita a cumplicidade dos que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que

o exercem.” (p. 7-8). Assim, percebe-se que para haver o poder há necessidade de legitimização do poder pelo outro, para que seu exercício possa surtir efeito (CROZIER; FRIEDBERG, 1990; BOURDIEU, 2001,).

Para que CDs e TSBs atuem nas instituições e serviços de saúde, essas instituições precisam fornecer recursos adequados como: espaço físico, infraestrutura, materiais e insumos adequados, e recursos humanos suficientes e capacitados, garantindo que esses profissionais sejam aproveitados em suas atribuições, de forma que possam contribuir para a melhoria dessas instituições e serviços (EMMERICH, et al 2008). O Ministério da Saúde já previu tal imperativo ao estabelecer a existência de dois consultórios dentários para o trabalho de uma equipe de saúde bucal que conte com CD, TSB e ASB, na ESF (ESB modalidade II) (PUCCA JR., 2006). Mas apesar disso, muitas vezes esses profissionais ficam sendo subutilizados em suas funções e atribuições nos serviços de saúde, ora por desorganização dos mesmos ou pela falta de incentivo.

Assim, para que as organizações/instituições e serviços passem de espaços de hierarquias, normas e regras, para espaços de construção social, Baremblytt (1996) traz:

“É importante saber que para que a vida social, entendida como o processo em permanente transformação que deve tender ao aperfeiçoamento, que deve visar a maior felicidade, a maior realização, a maior saúde, a maior criatividade de todos os membros, essa vida só é possível quando ela é regulada por instituições e organizações, quando nessas instituições e organizações a relação e a dialética existentes entre o instituinte e o instituído, entre o organizante e o organizado se mantêm permanentemente permeáveis, fluidas, elásticas” (BAREMBLYTT, 1996, p. 33).

4.1.3 As instituições formadoras: mocinhas ou vilãs?

O processo formador dos profissionais que implementam a PNSB, que fazem a co-gestão do sistema, e estão inseridos nas instituições de saúde efetivando a atenção e o cuidado direto aos usuários do sistema de saúde local, se torna de extrema importância tanto para os processos de assistência e cuidado, quanto para o trabalho da ESB e as relações que permeiam essa equipe.

A formação segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) deve ter:

“[...] como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações” (CECCIM; FEUERWEKER, 2004, p. 43).

As instituições formadoras, além de dar subsídios técnicos e intelectuais para o exercício da clínica odontológica e das funções e atribuições desses profissionais, devem também promover meios para que esses profissionais se tornem protagonistas nesta co-gestão, principalmente no âmbito do trabalho em equipe, como forma de integração desses com essas instituições, bem como entre si (PEREIRA, 2008).

Apesar das discussões, dos incentivos e portarias conjuntas do MS e Ministério da Educação (ME) como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde, as instituições formadoras, tanto do nível superior como do médio, ainda vem produzindo profissionais para o modelo biomédico e para o mercado. Torna-se necessário pensar uma proposta curricular a favor da educação emancipatória, com conteúdos e práticas que possam evidenciar o trabalho em saúde em uma perspectiva integral e em equipe, com prática privilegiada para uma inter-relação dos profissionais que irão constituir tais equipes, com base no entendimento das relações que se estabelecem entre eles. Deve se basear na solidariedade com o outro, no respeito e na ética, não cabendo mais esse modelo retrógrado, onde alguns grupos, por deterem mais privilégios, passam a determinar todas as regras e atitudes da equipe (PEREIRA, 2008).

Essa formação tem gerado dificuldades para o profissional no sentido de romper com seu isolamento e integrar-se a outros membros da equipe para desenvolver ações de saúde. Além disso, não oferece subsídios para o trabalho em equipe, fazendo com que continuem a desempenhar suas funções, isolados, e os seus processos de trabalho, fechados, exclusivos e independentes. Essa valorização do individualismo necessita, urgentemente, ser revertida, com profissionais alinhados ao novo modelo assistencial proposto pelo SUS, onde o trabalho compartilhado em equipe passa a ser fundamental,

melhorando a relação entre os profissionais e com o próprio serviço onde estão inseridos (ARAÚJO, 2006; FACCIN, 2007; LASANCE; QUELUZ, 2003).

O modelo de formação universitária em saúde existente no país na primeira década do novo milênio ainda vem sendo direcionado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado atualmente às necessidades da nova lógica e concepção de saúde. Não saindo desta lógica, o curso de graduação de Odontologia também traz em sua grade curricular essa defasagem para as novas realidades da saúde, num processo de trabalho em equipe, dificultando o estabelecimento das rotinas e práticas nos serviços e a relação no trabalho desses profissionais. Destaca-se ainda nesse processo de formação, o modelo voltado para o mercado, onde os profissionais tanto de nível superior quanto médio, acabam valorizando as disciplinas técnicas e clínicas em detrimento das disciplinas consideradas humanísticas que facilitariam a relação no trabalho em equipe e no cuidado à saúde (PEREIRA, 2008; CAMPOS; AGUIAR, 2002).

O pessoal auxiliar em Odontologia, semelhante aos demais profissionais técnicos em saúde, vivenciam de perto esse modelo voltado para o mercado, com distribuição desordenada, ausência de profissionais qualificados, e a falta de reconhecimento da importância de seu papel na equipe de saúde e na atuação no SUS. Esse trabalho é caracterizado pela valorização da técnica, ao invés das relações e acolhimento, refletindo diretamente na relação no trabalho com os outros membros da equipe, observando-se também uma política salarial injusta, e condições de trabalho inferior (CAMPOS; AGUIAR, 2002).

Segundo Diniz (2001), os profissionais de nível superior trazem esta concepção de autoridade, na estratificação social, bem como sua respectiva cultura de atuação para dentro das instituições, ainda dispendo de recursos de poder, bem como uma ideologia corporativa difícil de colocá-los no mesmo patamar dos outros profissionais. Ainda conclui que, mesmo que as profissões possam ser agência ou veículo dos interesses de classes, esta função é mediada pelo interesse das profissões em manter seus monopólios no mercado de serviços e seu *status* na estrutura ocupacional.

Já na formação do nível médio a desvinculação da educação geral da educação profissional trouxe prejuízos à formação desses profissionais. Assim, ao invés de terem suas perspectivas de trabalho ampliadas por um processo de educação integral do ser, que deveria prepará-los para um “contínuo aprender a aprender”, acabou fazendo com que sua formação se restringisse a um elenco de competências e habilidades de bases tecnológicas determinadas pelo mercado de trabalho. Deixando-os assim com uma concepção de formação profissional que não possibilita o desenvolvimento de uma visão crítica da motivação sócio-histórica do homem para a produção do conhecimento, mas sim o fazer mecânico, onde se tornam facilmente subordinados (FERRETTI, 1997; MORIN, 2003).

Os Auxiliares e Técnicos de Saúde formam um grupo onde ocorre a sobreposição de diferentes fontes de poder, autoridades e hierarquias que se estabelecem, correspondendo às funções subordinadas da estrutura das organizações, não possuindo a autonomia característica das profissões de nível superior. Essa profissão técnica está mais sujeita não só à ação da autoridade administrativa como dos profissionais de nível superior. Tratando-se de ocupações onde apresentam menor grau de qualificação, e vinculada diretamente ao espaço no qual a relação entre saber e poder é explícita e valorizada, é sobre esses profissionais que mais recai as pressões e controles que emanam da hierarquia, fundada na legitimidade do saber dos outros profissionais de nível superior, ou seja, na autoridade desses (FARIAS; VAITSMAN, 2002).

Liñan e Bruno (2007) reforçam essa idéia ao mencionarem a dificuldade da inserção desses profissionais no mercado; a falta de definição das suas funções em alguns serviços, onde desenvolvem outras atribuições não incluídas nas suas competências, muitas vezes além da carga horária; o desgaste físico e sofrimento psíquico decorrentes das más condições de trabalho; além do isolamento no exercício da função, a falta de tempo para o trabalho em equipe, e a falta de valorização de seu trabalho por parte do CD e das instituições.

Para Foucault (1996) o saber depende do poder, e vice e versa, formando uma relação indissociável e complexa, não havendo poder sem um discurso de verdade e não havendo verdade sem um poder que a sustente. O discurso opera efeitos na realidade definindo regiões, definindo a realidade e gerando exclusões. O saber transferido e mediatizado pelo discurso detêm uma função normalizadora.

Cada profissional de saúde aprende seu papel pelo processo de educação de sua profissão, onde esse se torna parte integrante do “mapa cognitivo” do indivíduo. Assim, se este processo de educação foi articulado em um modelo individualista, médico, hegemônico e flexneriano, dificilmente esses profissionais vão conseguir desempenhar seus papéis em um modelo de atenção integral, com trabalho em equipe e ações compartilhadas. Assim, nesse desempenho de papéis, as profissões de maior ascendência social, passam a ter privilégios nos espaços onde se inserem o que acaba gerando várias tensões e conflitos com os demais profissionais que não obtêm tais regalias, o que dificulta ainda mais a interação e integração desses (HALL; WEAVER, 2001).

A saúde bucal tem se tornado parte indissociável do sistema de saúde e para que sua dívida histórica seja resgatada é preciso que o processo de formação e capacitação dos profissionais assuma um caráter estratégico. Necessita-se agora de novos enfoques para o trabalho em saúde bucal, da lógica do trabalho em equipe, do compartilhamento do conhecimento, e da abordagem multidisciplinar e integral da assistência em saúde bucal (COSTA, 2004).

Os CDs e TSBs precisam de um processo formador melhor, que dê subsídios a mudanças na lógica de um trabalho em equipe e cooperativo. Uma preocupação que Pezzato e Cocco (2004) trazem em relação à formação do TSB é que esses possuem baixa escolaridade, e ficaram longe das prioridades da Odontologia, portanto precisam de incentivo;

O importante não é apenas oferecer uma formação certificada, legalizada, para esses profissionais/trabalhadores, mas também um saber qualificado, que o identifique enquanto profissional, integrante de uma equipe de saúde, responsável pelo seu papel no processo de trabalho em Saúde Bucal, articulando assim os campos da educação, da saúde e do trabalho. É fundamental uma perspectiva ampliada da

qualificação para o trabalho, que vá além da escolaridade formal, criando condições para o exercício da cidadania e a superação de desigualdades (PEZZATO; COCCO, 2004, p. 218).

A formação dos CDs dificilmente envolve a relação com as categorias auxiliares, principalmente com os TSBs. Tal situação se torna limitante para as suas relações no trabalho, e deveria sim ser estimulada nesta formação a interação (LIÑAN; BRUNO, 2007; SERRA; SASSO; GARCIA, 2002). Segundo Emmerich (2008), alguns CDs pontuam que, se durante o curso de graduação em Odontologia deveria haver maior contato entre os diversos profissionais que futuramente desempenharão funções relativas à Odontologia, a relação no serviço seria muito mais fácil. Essa falta de contato entre esses profissionais não acontece somente na graduação em Odontologia, mas também nos serviços públicos e privados, com isso, esses profissionais tendem a desenvolverem ações isoladas, criando no sentido assinalado por Bourdieu (1989) *habitus* que são ao longo do tempo incorporados pelos indivíduos.

Além disso, os CDs quando formados colocam-se em posição de relação dominante na profissão no controle sobre o cuidado na boca. Estes precisam ter nova atuação junto aos TSBs, estabelecendo uma nova posição, menos baseada em hierarquia e dominância, mais cooperativa e mediada por comunicação, a fim de assegurar que a participação dos TSBs na saúde bucal cumpra o objetivo de contribuir no trabalho (EMMERICH, 2000; BOTAZZO, 2000; QUELUZ, 2003).

Assim, torna-se necessário ampliar a visão do CD sobre a saúde dos indivíduos, além disso, devem estar capacitados para lidar com os profissionais que atuarão junto com ele, em um trabalho em equipe como o TSB, com novas práticas na atenção aos usuários. O TSB deve estar preparado para vivenciar essa relação em equipe, para isso, também deve estar bem qualificado e recebendo educação permanente reforçando seus conteúdos e conhecimentos técnicos e clínicos, bem como aperfeiçoando as relações com o CD e demais profissionais do serviço (EMMERICH, 2009).

4.1.4 Mercado de Trabalho e Corporações de Classe: uma eterna disputa hegemônica

A escassez e a falta de um espaço ampliado no mercado de trabalho para os TSBs têm tornado essa profissão pouco conhecida pela população em geral e também pelos outros trabalhadores da área da saúde. O desconhecimento da profissão e a dificuldade de sua expansão têm sido atribuídos à resistência dos próprios CDs, que percebem como ameaça à sua atuação, além de entender que as novas atribuições dos TSBs podem dar subsídios a esses profissionais para atitudes e posturas que possam ir além de sua formação e competência técnica na equipe de saúde bucal (NARVAI, 2003; OLIVEIRA, 2007).

Outro fato, que vem contribuindo para a não contratação desses profissionais por alguns gestores da saúde, é a alegação do elevado custo que estes profissionais trazem para a gestão, apesar de, embora qualificados e bem utilizados nos processos de trabalhos da equipe, possam trazer otimização de tempo e recursos para a ESB. Apesar de estar preconizada a sua contratação para a modalidade II da ESF, muitas vezes esses profissionais acabam não desenvolvendo as suas atribuições e competências de forma adequada e resolutiva, ficando muitas vezes subutilizados na equipe, desviados de sua função, ou desenvolvendo ações e estratégias de pouca relevância, o que aumenta a argumentação desses gestores para a sua não contratação. (ZANETTI, 2000; LIÑAN, 2009).

Outra questão que se coloca em cheque está relacionada ao processo de formação e a qualificação desses profissionais, que muitas vezes tem sido de baixa qualidade. Não é de causar estranheza tantas dúvidas e questionamentos sobre esses novos profissionais na ESB, pois as próprias entidades de classe da Odontologia se mostraram corporativistas e conservadoras em relação a sua incorporação enquanto força de trabalho na Odontologia (QUELUZ, 2005; PEZZATO, COCCO, 2004).

Apesar do reconhecimento dos TSBs por essas entidades, os mesmos ainda não usufruem dos direitos legais de estarem associados a elas, necessitando de maior espaço dentro dessas instituições e maior respaldo por ela. Após ostensiva rejeição, na década de 1980, pelo CFO atualmente este órgão vem desenvolvendo instrumentos legais para que o desempenho dessa profissão ocorra para, de fato, melhorar as condições de saúde bucal da população. Para

isso, desenvolve critérios para a inscrição desses profissionais, cuida para que os concursos públicos para essa categoria contemplem a exigência desse registro para sua contratação, apesar de ainda serem ações bem incipientes (PINTO, 1993; NARVAI, 2003).

O mercado de trabalho acaba por reforçar o poder das profissões de maior prestígio e ascendência social, seja pelo status que essas representam socialmente seja pela força de suas corporações e classes, que quase sempre representa apenas as categorias mais organizadas e com maior poder de negociação política, implicando em um monopólio de representação (ALMEIDA, 2002).

Apesar do monopólio, a corporação odontológica não tem conseguido reverter as limitações que este mercado vem impondo aos profissionais CDs. Estes acabam gerando um excedente no mercado, e com isso, passam a vivenciar a lei da oferta e procura. Isto acaba levando a uma baixa salarial, ao aumento da carga horária de trabalho, ao compartilhamento de consultórios, a preços de procedimentos mais baixos, e a convênios com preços mais acessíveis levando, às vezes, à diminuição da qualidade dos procedimentos e serviços prestados por esses (MOYSÉS, 2002; PARANHOS, 2008).

Muitos profissionais buscam nos serviços públicos uma forma de fugir do mercado, porém, ainda continuam com a visão e prática voltada para a odontologia de mercado. Dessa maneira passam a ter dificuldades de inter-relação não somente com os profissionais da ESB, como também com toda a equipe de saúde, pois acostumados a desenvolverem seus processos de trabalho isolados em consultórios, passam a desenvolvê-los em um espaço social multiprofissional e interdisciplinar. Esse contexto exige desses profissionais novas práticas e atitudes, o que se torna um desafio para a reestruturação da formação desses profissionais (FRAZÃO, 1998; CARVALHO, 1999).

A corporação odontológica tem hoje desafios a enfrentar, tais como: mercado cada vez mais restritivo a Odontologia; profissionais com formação deficiente para as novas demandas do novo modelo de atenção; e a inclusão dos

profissionais TSBs e ASBs a essas corporações de forma que sejam valorizados, respaldados e sejam assegurados seus direitos e os processos de trabalho por eles desenvolvidos na ESB. Somados a esses desafios, articular esses profissionais e seus processos de trabalho de forma que haja maior inter-relação entre eles com o restante da equipe, torna-se fundamental para que esta profissão se insira de vez na saúde pública e possa na ESF, contribuir na diminuição das doenças bucais por meio das estratégias de prevenção compartilhadas e tratamentos mais efetivos. (ZANETI, 2009; FRAZÃO; NARVAI, 2011)

4.1.5 O CD e o TSB: a interface de dois mundos em uma ESB

Ao se falar das relações no trabalho entre CD e de TSB, estamos falando de um campo social ora de encontros, ora de desencontros. A forma como será vivenciado, dependerá da forma como serão construídas as relações no trabalho e as relações interpessoais desses, e como será a cooperação entre os mesmos. A cooperação interprofissional é uma forma eficiente, eficaz e satisfatória para ofertar os serviços de saúde. O processo de colaboração é construído por uma estrutura voluntária e implica necessariamente negociação, onde as partes deixam de ter uma abordagem competitiva e passam a adotar uma abordagem participativa e em equipe (D'AMOUR, 1997).

Para Francischini et al (2008) em uma equipe de saúde não deve ocorrer a centralização do trabalho em algum profissional, o trabalho deve ser compartilhado com todos os membros desta equipe. Para que essa centralização não ocorra torna-se necessário, disposição dos trabalhadores para compartilhar decisões, responsabilidades, objetivos e resultados, além é claro, da importância de fazer em conjunto os planejamentos do trabalho, ações e estratégias, definindo responsabilidades de cada membro, onde todos possam cooperar para atingir os objetivos. Nessa perspectiva o fracasso do CD ou do TSB isoladamente pode significar o fracasso de toda a equipe, porém o êxito e o sucesso do CD ou do TSB, pode tornar-se fundamental para o sucesso de toda equipe.

Segundo Dejours (1992), o trabalhador não chega ao local de trabalho como uma máquina nova, ele tem uma história, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, e outros, fazendo com que cada trabalhador tenha características únicas e pessoais, e que essas, determinam quem de fato são estes trabalhadores. Esses fatores se tornam um desafio para a relação com o outro profissional, que também traz sua história, suas características, seus desejos, aspirações, motivações, bem como receios, medos e dificuldades de se relacionar.

Para Neves (1997), o sujeito social vai se constituindo por meio das relações que vão se estabelecendo ao longo da sua história, pela sua própria história e por meio da sociedade em que se estabelecem essas relações. Sendo compreendido como um “indivíduo concreto que além de ser mediado pelo social é também determinado pela história e sociedade, nunca podendo ser visto ou compreendido como alguém independente de suas relações e vínculos” (NEVES, 1997, p.7).

Sabendo-se que sujeitos sociais se relacionam com outros sujeitos sociais, a partir do lugar social que ocupam, as relações por eles estabelecidas podem muitas vezes ser permeadas por relações de poder. Assim, pode-se compreender o poder como algo relacional, no instante em que se manifesta nas relações entre as pessoas, podendo perceber-se relacionamentos muitas vezes não harmoniosos, apoiadores ou mesmo concordantes, mas sim muitas vezes permeados por desencontros, desacordos ou até mesmo permeados por graves conflitos (ORTIZ, 1983; SMLKA; GÓES; PINO, 1998).

O lugar social em que os sujeitos se relacionam e ocupam nos remete a Bourdieu (1989) que traz este espaço como “campo” que, segundo o autor, é onde ocorrem as relações entre os indivíduos, grupos e estruturas sociais. Cada campo tem sua dinâmica própria, obedecendo a leis próprias, e uma lógica que lhe é peculiar, animadas por disputas ocorridas em seu interior. Esse campo é influenciado pelo *habitus*, que consiste em uma matriz geradora de comportamentos e visões de mundo e sistemas de classificação da realidade, que se incorporam aos indivíduos, seja a nível de suas práticas ou da sua postura. Este *habitus* é aprendido e gerado na sociedade e incorporado

pelos indivíduos, sofre efeito das transformações na sociedade, mas também influencia essas mudanças sociais, e os campos onde esses se relacionam, ora positivamente, ora negativamente. Reflete também que as relações sociais que caracterizam o cotidiano do universo do trabalho de alguns sujeitos, podem ser estabelecidas a partir das desigualdades existentes na estrutura hierárquica desses e pela distribuição desigual de capital em suas diversas formas, o que acentuaria ainda mais essas disputas e conflitos.

Segundo Mallori (1987) os conflitos podem ser gerados: pelos caminhos diferentes para se alcançar os objetivos, pela personalidade dos indivíduos, pelas diferenças de valores, pela superposição ou falta de clareza de papéis, pela falta de informação, ou mesmo pelo abuso de poder por parte dos que possuem maior prestígio social. Portanto, conflitos são fatos da vida esperado em qualquer relação interpessoal e, no local de trabalho pode ser um fenômeno natural que, se administrado construtivamente, pode ao invés de gerar desagregações, fortalecer as relações e torná-las mais agradáveis.

Porém, para Foucault (2004), na modernidade à medida que foram mudando as relações sócio/política/econômicas, foram também sendo construídas novas relações de poder, bem mais adequadas às necessidades do poder dominante. Este processo atingiu tal grau de eficiência, complexidade ou simplicidade, que o poder parece ter assumido vida própria, como se prescindisse dos indivíduos. O poder se exerce, coagindo e fazendo com que os indivíduos se submetam a ele, pois, apesar do mesmo parecer invisível, pode adquirir força na medida em que os indivíduos transformam-se numa espécie de correia de transmissão e de reprodução. Assim, o poder de uma forma rude e grosseira, evolui e apresenta-se de forma sofisticada e sutil, ficando bem mais difícil identificá-lo.

Schraiber (1999), corroborando com Foucault (2004), relata que os conflitos internos em equipes de saúde podem ter como fatores facilitadores, o poder desigual, a complementaridade, apreensão e compartilhamento de um novo objeto de trabalho, o sujeito em todos os aspectos, passa a conflitar com a autonomia técnica que os profissionais buscam alcançar. O conflito ocorre quando os profissionais buscam uma forma de trabalho tal como a tradição na prática do tipo liberal, atendendo isoladamente, e tomando as decisões

técnicas por si, sem diálogo, baseadas em sua autoridade individual, muitas vezes realizada de maneira quase subjetiva.

Condições de trabalho precárias, falta de articulação entre os profissionais, inflexibilidade, verticalização das atividades, além da falta de democracia nas decisões e ações na equipe, podem favorecer a uma desarticulação da equipe, e um distanciamento entre esses profissionais gerando obstáculos no processo não somente da relação entre esses, quanto nos seus processos de trabalho. Segundo Oliveira (2006) é necessário que a equipe se organize, desenvolva um diálogo franco e aberto, e se una para não permitir que esses obstáculos afetem seus processos de trabalho.

Assim, segundo Teixeira (2005), apesar de todas as dificuldades de lidar com o outro profissional e apesar dos conflitos e das relações conturbadas que se estabelecem entre eles, não há como desenvolver sozinho o cuidado em saúde, pois nenhum profissional detém em sua “caixa de ferramentas” todos os saberes e fazeres necessários para atender às necessidades e cuidados integrais aos usuários. Todos os referenciais devem ser tidos como legítimos, mas não suficientes, tornando-se necessário que o trabalho na saúde seja realizado por um coletivo organizado para a produção de atos de saúde centrados no cuidado, aceitando e valorizando o potencial das diferentes configurações de saberes e fazeres que destes encontros acabem sendo construídos.

Com isso o cuidado ao usuário, não é somente de responsabilidade apenas de um profissional, ou um campo de competência, ou apenas de alguns profissionais, mas sim de vários e onde todos os saberes e fazeres dos profissionais envolvidos nesse processo de cuidado torna-se recursos em potencial para defender a saúde. Os profissionais responsáveis por esta produção de cuidado, articulados pela dimensão cuidadora, desalienando seu trabalho, podem por meio deste encontro, gerar mais atos de saúde ao invés de uma produção isolada, exclusiva de apenas um campo de competência (CAVALCANTE FILHO et al , 2009).

Para lidar com toda a complexidade e com a inter-relação dos profissionais CDs e TSBs nos seus processos de trabalho, na construção de ações comuns e convergentes, interdisciplinares e multiprofissionais, torna-se necessário pensar no fortalecimento de campos, ou seja, no trabalho em equipe na Odontologia visando à integração desses profissionais e o respeito mútuo. Propiciando, assim, que conflitos e jogos de poder sejam diluídos por comportamentos cooperativos e solidários entre esses profissionais, e todas as diferenças sejam compensadas por ações participativas e democráticas, no intuito de assegurar aos usuários uma atenção plena de saúde bucal. Nesse sentido as “pedras” a serem vencidas no caminho da relação no trabalho em equipe do CD e TSB, passam a servir como base na construção de novas relações sociais entre esses profissionais e conseqüentemente entre os demais membros da equipe de saúde.

CAPÍTULO 5

DAS PEDRAS NO CAMINHO: PEGAREI TODAS E CONSTRUIREI UM CASTELO

PEDRAS NO CAMINHO

**Pedras no caminho?
Guardo todas.
Um dia vou fazer um castelo.**

(Fernando Pessoa)

Enquanto parte constituinte de uma profissão que vem passando por adequações à nova realidade social e de saúde, sob novas perspectivas de um trabalho vivo e em equipe, construir pontes que possam facilitar as relações no trabalho do CD e TSB na equipe de Saúde Bucal, torna-se mais que um desafio. É uma prioridade no processo de desenvolvimento de ações e estratégias mais efetivas na atenção a saúde bucal, otimizando tempo e recursos, não só potencializando os procedimentos inerentes a cada profissional, mas também fortalecendo os procedimentos comuns à equipe, tornando a odontologia mais fortalecida. Além de beneficiar aos usuários que acessam os serviços, com esses procedimentos, reforça na equipe de Saúde Bucal e conseqüentemente em seus profissionais, a importância do seu papel, a relevância dele nos processos de trabalho da equipe, melhorando a inter-relação, aumentando o respeito e a ética entre os mesmos.

Piancastelli, Faria e Silveira (2000), relatam que trabalhar em uma equipe, é pensar em uma lógica de conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras por objetivos comuns, objetivos esses, obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos, no caso CD e TSB, com um plano de trabalho bem definido, compartilhado e democratizado.

Assim, para pensar na relação no trabalho dos profissionais de Odontologia como algo coletivo e compartilhado por seus membros, pode-se apoiar em

ações simbolizadas pensadas no rizoma que segundo Deleuze e Guattari (1997) é como raiz da batata, bambu, gengibre, que tem uma disposição subterrânea e horizontal, cujos fios podem emaranhar-se, não havendo um padrão de ordem para o crescimento. Adotando uma lógica própria e mutável, de vários começos e múltiplas saídas, as relações rizomáticas começam e terminam ao sabor das intensidades dos encontros, desmanchando territórios temporários e estabelecendo espaços sociais comuns e compartilhados, não havendo poder central, mas sim um trabalho em equipe transformador.

Deleuze e Guattari (1997) trazem dois tipos de encontros que podem acontecer, entre as pessoas, transportando-os para o encontro entre os profissionais CDs e TSBs tem-se:

[...] Há dois tipos básicos de encontro: um bom e um mau encontro de corpo, ou de alma. Um bom encontro do corpo é aquele em que o corpo que se relaciona, que se mistura com o nosso, combina com ele, isto é, compõe sua própria relação característica com a relação de nosso corpo. Um mau encontro é aquele em que um corpo que se relaciona com o nosso não combina com ele e tende a decompor ou a destruir, em parte ou totalmente, sua relação característica

[...] quando tenho um encontro em que a relação característica do corpo que me afeta, que me modifica, se combina com a relação característica de meu corpo, minha potência de agir aumenta e minhas relações se tornam mais sensíveis e abertas as novas mudanças, novas perspectivas e ações (DELEUZE ; GUATTARI, 1997, p. 43).

Apesar de CDs e TSBs se constituírem em mundos diferentes, podem se encontrar nas ações comuns a serem desenvolvidas pela equipe, no respeito, na ética, aprendendo a respeitar as especificidades de cada profissão, valorizando os seus processos de trabalho e as ações por esses construídas. Para que isso se efetive, torna-se necessário que ambos os profissionais estejam abertos para conhecer as potencialidades de cada profissão, bem como os seus afetos e desafetos, como diz Deleuze e Guattari (1997).

Não sabemos nada de um corpo enquanto não sabemos o que pode ele, isto é, quais seus afetos, como eles podem ou não compor-se com outros afetos, com os afetos de um outro corpo, seja para destruí-lo ou ser destruído por ele, seja para trocar com esse outras ações e paixões, seja para compor com ele um corpo mais potente (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 43).

Freire (1999) coloca em foco a capacidade do ser humano de se transformar, de transformar o espaço que vivencia, além de produzir nova realidade. Relata

que o que diferencia o ser humano dos animais é sua capacidade de dar respostas aos diversos desafios que a realidade lhe impõe. Essa apreensão da realidade e o agir no mundo não se dão de maneira isolada, mas na relação entre os seres humanos com o mundo, criando uma nova realidade, assim:

A partir das relações do homem com a realidade resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos (FREIRE, 1999, p. 51).

Segundo Fleuri (2001) as pessoas trazem heranças significativas em suas vidas, sejam elas culturais, sociais, familiares, de grupo ou individuais, juntamente com experiências e práticas, valores, características e formação específica para exercerem suas funções ou viver sua própria existência. E isso, determina a comunicação que essas pessoas irão travar no seu cotidiano, em todos os níveis e dimensões. São relações que ocorrem entre sujeitos que decidem novos contextos e processos de aproximação, de conhecimento recíproco e de interação, então;

Relações que produzem mudanças em cada indivíduo, favorecendo a consciência de si e reforçando a própria identidade. Sobretudo, [que] promovem mudanças estruturais nas relações entre grupos. Estereótipos e preconceitos – legitimadores de relações de sujeição ou de exclusão – são questionados, e até mesmo superados, na medida em que sujeitos diferentes se reconhecem a partir de seus contextos, de suas histórias e de suas opções (FLEURI, 2001, p. 55-56).

Pensando na perspectiva de Freire (1999), o ser humano por não estar enclausurado ao determinismo, ele torna-se inconcluso e, enquanto inconcluso, a todo momento pode se humanizar e construir novas histórias, e escolher novos caminhos a ser trilhados desenvolvendo junto a outras pessoas ou profissionais novas perspectivas de encontros, de trabalhos, de vivência em equipe.

Assim, os profissionais CDs e TSBs podem traçar novas histórias comuns em uma perspectiva coletiva em equipe, com novas vivências, novas intervenções e ações estratégicas para a atenção a saúde bucal de seu território. Trazendo assim, benefícios não somente às suas relações, como também ampliando essa perspectiva para o espaço onde estão inseridos, para o trabalho na

equipe de saúde de forma transdisciplinar, beneficiando com isso os usuários que acessam os serviços de saúde em busca de atenção resolutiva e eficaz, bem como na própria gestão.

Conhecendo a potencialidade de sua profissão, como membro da ESB, vai enriquecer sua a-vivencia e suas atuações nos serviços de saúde e no cuidado ao usuário, pois no novo modelo assistencial proposto pelo SUS, serviços e profissionais precisam buscar novas formas de relações, tecnologias e cuidado;

A mudança dos serviços de saúde requer a construção de sujeitos individuais e coletivos, incorporados de valores que reconheçam direitos de cidadania em relação à assistência à saúde, sobretudo, que assumam novo comportamento em relação ao trabalho em equipe e às relações com os usuários. A mudança das práticas assistenciais, território por excelência das tecnologias de trabalho requer intensos “processos de subjetivações solidárias”, que disputam com os “processos de subjetivações capitalísticos” atuais (GUATTARI, apud FRANCO, 2003, p. 187)

Para conseguir suplantar esse desafio pensamos na idéia da “mediação” de Latour (2008) onde as articulações dos saberes dos profissionais poderão favorecer essa relação no trabalho, bem como, no próprio cuidado, pensado em rede. Com essa idéia de rede, a mudança começa em um, vai se somando a outras, em diferentes atores de diferentes instancias, até gerar uma grande mudança, que é a mudança na práxis odontológica e do seu cuidado.

Para isto, a solidariedade, o respeito e a integração da equipe e de seus profissionais devem ser buscados a cada dia, e a sinergia das diversas competências devem constituir pré-requisitos fundamentais para esse trabalho conjunto e em equipe, bem como, as mudanças que possam surgir a partir deste encontro e vivencia compartilhada. Então, trabalhar na perspectiva do cuidado e da atenção a saúde mais humanizada e resolutiva exige um “luto” da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho conjunto, onde são somadas as competências e a criatividade de cada membro da equipe, interrelacionando as idéias e traçando ações comuns, através de uma comunicação dinâmica e integradora (MERHY, 2006).

A comunicação torna-se instrumento importante para o desenvolvimento dos processos de trabalho, e das relações interpessoais. Está vinculada à ética e ao respeito à opinião do outro, fortalecendo e solidificando vínculos e relações.

Porém como a comunicação não é inata ao ser humano, deve ser aprendida e apreendida pelos atores envolvidos, necessitando ser praticada, para que assim, o diálogo possa potencializar o entendimento e conseqüentemente o planejamento e ações dos envolvidos, bem como a constituição de vínculo e respeito entre os mesmos. O diálogo é a ponte de inclusão, transformação e acolhimento ao outro, é por meio dele que a relação é fortificada e o vínculo cresce (BACKES, LUNARDI FILHO, LUNARDI, 2005).

Assim, para Freire (1980) o diálogo é a ação com o outro no pronunciamento do mundo, anunciando transformação necessária, nascida na construção do coletivo. O homem quando integrado em sua realidade, cria e recria respondendo a desafios e auto-objetivando-se, levanta hipóteses de sua realidade e procura soluções para os problemas e convívio. Assim, o sonho utópico que parecia longe e inatingível torna-se realizável. Freire diz que, “Todos somos capazes de dialogar com o outro, sobre o mundo” e que “o homem, qualquer que seja seu estágio é sempre um ser aberto. ontologicamente aberto” (FREIRE, 2002, p.35).

Para o desenvolvimento de um bom diálogo é primordial uma relação horizontal entre os atores envolvidos, conhecimento da realidade pessoal e profissional de cada um, o estabelecimento de um significado coletivo e horizontalizado entre os inúmeros saberes, para superação das situações que desafiam o exercício profissional desses profissionais envolvidos. Este não consiste em atividade simples, é cercado de diferenças, expectativas entre os envolvidos, contradições, e principalmente a história pessoal construída de cada indivíduo, o que requer respeito e paciência, além de reconstrução de posturas e atitudes (FORTUNA et. al, 2005; BACKES, LUNARDI FILHO, LUNARDI, 2005; OLIVEIRA et al., 2008).

Assim, utilizando como mediação a linguagem comum na área da Odontologia e comum às demais áreas dos saberes da equipe de saúde podem ser estabelecidas um intercâmbio profissional com troca de conhecimentos e respeito, de forma que cada profissional desempenhe suas funções específicas dentro de um planejamento em comum e em equipe, com co-responsabilização no processo de decisão. Com isso, as ações e estratégias

desenvolvidas por estes profissionais vão cada dia mais, tornando-se mais consistentes e elaboradas, bem como seus planejamentos mais humanizados e resolutivos (SHINKA; DEL BEL CURY, 2000; LATOUR, 2008).

A complexidade da relação dos profissionais em uma equipe de saúde pode ser constatada no fato desse assunto cada dia mais ser incorporada nas discussões de autores de diferentes áreas disciplinares, tomando consistência em discussões coletivas e em espaços sociais diferenciados. Tem sido ponto chave de encontros e desencontros dos profissionais de saúde, uma vez que se estas relações estão sendo estabelecidas na perspectiva verticalizada e de desrespeito ao outro, vai produzir desafetos, conflitos e a inviabilização dos processos de trabalho e da própria relação interpessoal dos profissionais envolvidos. Porém, se a relação se constrói na base do respeito, diálogo e solidariedade, com o reforço do vínculo interprofissional e pessoal, novas possibilidades de trabalho surge (MERHY, 2002; 2007).

Na passagem de uma atuação individual para um trabalho compartilhado e em equipe, alguns profissionais conseguem constituir uma equipe, enquanto outros irão permanecer apenas como grupos operativos. O desafio é o aprendizado coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que possa permitir o exercício pleno das capacidades individuais de cada profissional, evitando com isso, a cristalização de papéis e poder, a rotulação e deterioração das relações (ADAMS, 1997; MOSCOVICI, 1996; MERHY, 2007).

Na colocação de Moscovici (2003), para que haja mudanças nas pessoas e nas suas relações é necessário que haja uma crise interna e um desequilíbrio, que propicie as alterações necessárias na sua percepção, na introdução de mudanças e novas idéias, pois toda mudança gera resistência, uma vez que vem acompanhada de um sentimento de ameaça. Mas se houver participação, abertura e diálogo neste processo, as dificuldades surgidas no processo de inter-relação das pessoas serão amenizadas, e ainda traz que:

As pessoas diferem na maneira de perceber, pensar, sentir e agir. As diferenças individuais são, portanto, inevitáveis com suas conseqüentes influências na dinâmica interpessoal. Vistas por um prisma mais abrangente as diferenças individuais podem ser

consideradas intrinsecamente desejáveis e valiosas, pois propiciam riquezas de possibilidades, de opções para melhores maneiras de agir e reagir a qualquer situação de problema em busca de soluções conjunta (MOSCOVICI, 2003, p.145).

Assim, o significado da relação no trabalho na ESB à medida que vai se modificando, vai trazendo também novas possibilidades de trabalhos compartilhados, novas afinidades entre os profissionais e equipe, além de ampliar as responsabilidades de cada um. Construindo um ambiente de trabalho mais saudável, profissionais mais motivados e interativos e preparados para as adversidades que possam surgir no trabalho conjunto na equipe e com os demais profissionais que fazem parte do cotidiano de saúde local. Esse ambiente favorece relações interpessoais na equipe de saúde bucal que nas palavras de Fritzen, 1987, p. 73: “constituem a medula da vida. Elas formam e entretêm a nossa identidade pessoal. E em certo sentido, nós nos tornamos e ficamos aquilo que somos graças à atenção que nos é dispensada pelos outros”

Face ao exposto, procurar compreender como se estabelecem a relação dos profissionais CD e TSB na equipe de saúde bucal, seus encontros ou desencontros, é um desafio o qual nos propomos conhecer, buscando respostas, no diálogo desses profissionais às indagações que surgiram no decorrer de minha vivência profissional enquanto CD e parte de uma equipe de saúde bucal. Então prosseguimos com os objetivos dessa pesquisa.

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

6.1 GERAL

- Descrever a percepção que CDs e TSBs trazem, sobre as relações no trabalho desses profissionais na ESB.

6.2 ESPECÍFICOS

- Verificar por meio das falas dos CDs e dos TSBs como essas relações estão sendo estabelecidas, se de forma harmônica ou mediadas por conflitos e disputa de poder;
- Identificar se há fatores facilitadores e dificultadores para a construção dessa relação no trabalho na ESB;

CAPÍTULO 7

METODOLOGIA

A opção por um método em pesquisa corresponde à escolha de um procedimento sistemático adequado para a descrição e explicação do fenômeno investigado (RICHARDSON, 1999). Para Minayo (1994), o processo de apreensão e compreensão da realidade inclui as concepções teóricas e o conjunto de técnicas definidos pelo pesquisador para alcançar respostas ao objeto de estudo proposto, sendo a metodologia que explicita as opções teóricas fundamentais, expõe as implicações do caminho escolhido para compreender determinada realidade e o homem em relação com ela. O método é a ordem imposta aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado ou um resultado desejado. Nas ciências é compreendido como um conjunto de processos que o espírito humano deve empregar na investigação e demonstração da verdade (CERVO; BERVIAN, 1983).

7.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. O estudo exploratório é aquele desenvolvido em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado e que se deseja conhecer o fenômeno (TOBAR; YALOUR, 2001). Sua utilização é adequada quando não se tem informações sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno sendo o tipo de pesquisa, que geralmente se utiliza de levantamento bibliográfico e documental, estudo de caso e entrevistas, proporcionando uma visão geral do fenômeno estudado (RICHARDSON, 1999).

O estudo descritivo possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação (SANTOS; PARRA FILHO, 1998). Reconhece o sistema como ele está, permitindo descrição e análise, registro e interpretação de fenômenos atuais, normalmente buscando interpretar um problema no presente, sem compreensão detalhada do passado ou do futuro objetivando conhecer e

interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Utiliza-se a abordagem qualitativa, pois segundo Araújo e Oliveira (1997) ela é desenvolvida numa situação natural, é rica em dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualiza.

A pesquisa qualitativa não visa a mensuração de fenômenos, mas sim o entendimento em profundidade destes. Possui como principais características: flexibilidade, interatividade, indução, perspectiva holística do fenômeno, observação do indivíduo frente ao todo e contato pessoal com neutralidade empática, permitindo que o investigador obtenha informações sobre o fenômeno a ser estudado diretamente dos participantes, ou seja, da fonte estudada. Além, de se conformar melhor à investigação de grupos e seguimentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, e considerada como fundamental para essa área, em que a realidade dos fatos está inteiramente e intensamente permeada pelo campo simbólico e afetivo (MINAYO, 2007).

7.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado em cinco municípios, pertencentes à Região Metropolitana da Grande Vitória, RMGV-ES, (Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória), tendo como base o Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (PPGS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) onde foram realizadas as reuniões do Grupo Focal (GF). Esses municípios, pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), fazem parte da Macrorregião Centro-Vitória e das Microrregiões: Serra / Santa Teresa, Vitória, Vila Velha / Venda Nova do Imigrante.

7.3 SUJEITOS

Na pesquisa qualitativa a amostra não privilegia o critério numérico, mas a capacidade desta amostra, refletir o fenômeno investigado em suas múltiplas dimensões. Os componentes da amostra devem ser sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, geralmente são amostras intencionais, ou seja, ricos em informações sobre o tema a ser investigado (MINAYO, 1993).

Inicialmente pensou-se em investigar só os CDs, porém com o desenvolver do estudo detectou-se a importância de escutar os outros atores desse trabalho. Nesta pesquisa a amostra intencional foram os CDs e TSBs, trabalhadores das Secretarias de Saúde dos municípios referidos, ou seja, indivíduos ricos em informações, pois vivenciam em seu cotidiano profissional “a Odontologia” numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, além de desenvolverem seus processos de trabalho em equipe.

Os CDs foram selecionados entre os participantes da etapa qualitativa da pesquisa “Perfil Profissional dos Cirurgiões-Dentistas Potenciais Docentes do Curso Técnico em Higiene Dental da Região da Grande Vitória – ES” (EMMERICH, et al. 2008). Os TSBs, mesmo não tendo participado da pesquisa anterior, considera-se relevante sua presença, uma vez que constituem parte da equipe e desenvolvem o processo de trabalho junto ao CD, importância justificada na fala de Freitas (2001):

Ao discutir-se a composição da equipe de saúde bucal, (...) é evidente a necessidade de analisar a realidade atual e as perspectivas futuras sob a ótica desses trabalhadores em saúde que historicamente buscam seu espaço e tentam consolidar-se como profissão. (...) Suas posições foram mais recentemente expressas na III Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia.

O critério de seleção desses profissionais foi similar aos dos CDs, isto é, o de maior tempo exercendo a profissão de TSB e distribuídos entre os municípios proporcionalmente ao número total de trabalhadores, ficando assim distribuídos: um de Cariacica; três de Serra; quatro de Vila Velha; quatro de Vitória. O município de Viana não foi representado por não apresentar TSB em seu quadro de Recursos Humanos.

7.4 PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi obtida autorização da SESA, por meio do termo de consentimento Institucional (ANEXO 1) para utilização do relatório da pesquisa “Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas potenciais docentes do Curso Técnico em Higiene Dental da Região da Grande Vitória – ES”, desenvolvida pelo NUEFS da SESA do Estado do Espírito Santo em parceria com a UFES no ano de 2008 e das prefeituras dos municípios para contatar os profissionais e proceder ao convite para participarem da pesquisa (EMMERICH, et al. 2008).

7. 4.1 Éticos

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na reunião do dia 26/05/2010, com o nº 044/10, foi conduzido de acordo com os dispositivos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (CNS, 1996).

O termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) foi entregue aos profissionais e realizada a leitura em conjunto do mesmo o qual continha os objetivos do estudo, procedimentos de coleta do material, garantia do anonimato e do uso exclusivo do material para fins de pesquisa científica, e colhidas as assinaturas

7.4.2 Levantamento do material

Uma vez que a idealização desse trabalho partiu dos resultados de uma pesquisa anteriormente realizada, onde os dados foram levantados por entrevistas estruturadas e semi estruturadas, que levantou questionamentos em relação ao trabalho da equipe de saúde bucal, especialmente do CD e do TSB, e como para assuntos não bem esclarecidos ou que se deseja aprofundar o conhecimento, a técnica indicada é a discussão em grupo, optou-se por reunir esses os profissionais para debaterem seus pontos de vista. A técnica de pesquisa escolhido foi o Grupo Focal (GF), por ter essa técnica como principal característica trabalhar com a “fala em debate” e ser indicada para situações que, ainda inconclusas, precisam ser amplamente discutidas pelos profissionais da área com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade (CRUZ NETO, 2001).

O objetivo desse tipo de entrevista é capturar a interação entre os participantes e não simplesmente os comentários individuais, é importante considerar os acontecimentos colhidos durante a interação do grupo, [...] “ uma vez que o todo pode ser infinitamente maior que a soma das partes.” (BARBOUR, 2009).

Em nosso estudo visamos apreender os conceitos, impressões e concepções dos participantes sobre seu processo de trabalho, identificar tendências no manejo de situações/problema emergentes, percepções em relação a condições de trabalho, capacitação para atuar no trabalho em equipe, organização da assistência clínica-odontológica, desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde bucal (CRUZ NETO, 2001)

Em relação à estrutura operacional do GF, participam vários profissionais, exercendo as funções de Mediador, Relator, Observador, Operador de Gravação, exercida durante a sua realização; e Transcrição das fitas e Digitação, desenvolvidas no pós-grupo. O papel do mediador é o de conduzir o grupo e manter o foco da discussão no tema da pesquisa conduzindo de forma a obter respostas para as questões propostas, propiciando a livre expressão de todos os participantes, ouvindo atentamente as respostas, ao mesmo tempo em que estimula os mais tímidos, quietos ou passivos a participar. À medida que as respostas são obtidas, o mediador pode acrescentar outras questões, a fim de obter análises em profundidade (CRUZ NETO, 2001).

Estudando essa técnica e observando a importância dos pesquisadores atuarem diretamente na entrevista foi realizado um estudo piloto onde a mestrandia atuou como mediadora, o orientador e mais dois professores participaram como observadores, e duas pesquisadoras como relatoras. Os participantes em numero de seis, selecionados entre os 18 CDs que participaram da pesquisa anteriormente citada, o que garante a autenticidade do grupo, e tomando como critério o menor tempo de trabalho junto ao TSB, com o objetivo de testar o instrumento, aperfeiçoar o roteiro e aprimorar o entrosamento dos pesquisadores.

As questões norteadoras (APÊNDICE B) para o debate e fomentação das discussões basearam-se nos objetivos desse estudo, os quais se

fundamentaram em questões abordadas na literatura e no relatório da pesquisa anteriormente citada. Dessa forma, foi construído um roteiro para a condução do grupo focal, estruturado em tópicos, não constituindo, porém uma estrutura fechada, rígida, mas sim permitindo uma flexibilidade de abordagem por parte do mediador, tanto na maneira como eles serão tratados como na extensão das respostas.

A coleta do material ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2010. Esse estudo foi acompanhado por uma mestranda da área de psicologia, com amplo conhecimento e vasta experiência dessa técnica, com o objetivo de observar a condução da entrevista e logo após a sua realização conduzir um debate com todos os pesquisadores, ajustando-se as condutas para aperfeiçoar o desempenho da equipe. Devido ao horário, final de expediente, e para descontração dos entrevistados, e dos pesquisadores, foram recepcionados com um lanche e a reunião desenvolveu-se em torno da mesa.

O GF piloto foi previamente agendado e conduzido de acordo com critérios dessa técnica, e com a disponibilidade dos participantes. Antes de iniciar o grupo focal, foi esclarecido aos entrevistados como se desenvolve esse tipo de entrevista, apresentados os pesquisadores e suas funções, o sistema de registro, com a gravação em áudio a importância de manifestarem um de cada vez para ficar clara a audição, e que esse espaço servia para colocarem suas idéias e opiniões, não havendo o certo ou errado, bom ou mau argumento.

Foi entregue um instrumento de identificação para preenchimento, que continha um pequeno questionário de apoio à construção de um breve perfil e sua atual atividade no setor público e o termo de consentimento livre e esclarecido com um resumo da pesquisa com os objetivos, que após sua leitura e devidos esclarecimentos foi preenchido por todos, assinado e devolvidos à pesquisadora. Procedimento esse repetido nos demais GF

No mês de agosto de 2010, com a equipe mais afinada, procedeu-se ao desenvolvimento propriamente dito da coleta do material, com a constituição de dois grupos focais: Profissionais de nível superior (CDs); e profissionais de nível médio (TSBs). Para o grupo focal dos CDs foram convidados 12

profissionais, tendo como critério de inclusão ter participado na etapa qualitativa da pesquisa anteriormente citada e não ter participado do piloto. Desse total, oito aceitaram participar do GF, porém, no dia agendado três faltaram sem prévia comunicação, tendo sido realizado com a participação de cinco sujeitos. (Quadro 2)

QUADRO 2: Características dos CDs sujeitos da pesquisa

GF CD	Idade	Sexo	Município	Vínculo	Carga Horária	Tempo de trabalho	Tempo de formado	Especialidade	Atualmente
1	45	F	Vitoria/Serra	Efetivo	20/20	17 ^a	22	Saúde Coletiva em Odontologia	CD clinico
2	36	F	Vitoria/Vila Velha	Estatutária	40/20	3 ^a	16	Odontopediatria/Saúde Coletiva	PSF/odontopediatra
3	61	F	Sesa	Contrato	40	-	18	Políticas Públicas	Vigilância
4	32	M	Serra/Vila Velha	Efetivo/contrato	20/30	6 ^a / 6m	9	Dentística/Saúde Coletiva	Escolar/ idoso
5	56	F	Vila Velha	Efetivo	24	28	23	Saúde Coletiva com ênfase PSF	PA

O perfil desses profissionais ficou assim caracterizado: a maioria sexo feminino, com média de idade de 46 anos; todos com especialização, a maioria com efetivos, sendo que dois desses possuem contrato de trabalho com outro município; a maioria cumpre carga horária de 40 horas semanais. Reafirmamos aqui que a homogeneidade do tipo de vínculo e carga horária não se caracterizaram como fundamentais uma vez que nesse estudo o critério de inclusão foi ter participado da etapa qualitativa da pesquisa anteriormente citada onde o que importa é que em algum momento de sua carreira profissional ele tenha trabalhado junto ao técnico.

No desenvolver do GF um dos profissionais, que além do trabalho em dois municípios, ministrava aulas no curso de formação de ASB e TSB do SENAC se destacou como o mais falante, necessitando ser administrado para que os outros também pudessem se expressar.

Para o GF dos profissionais de nível médio o mesmo procedimento foi mantido, foram convidados 12 profissionais com representatividade dos municípios, exceto o de Viana que não possuía nem um profissional em seu quadro de funcionários, tendo comparecido oito TSBs. Destacamos que, em relação à

formação desses profissionais, cinco formaram-se no Estado do espírito Santo, uma em Minas Gerais, uma em São Paulo e uma no Rio de Janeiro, conforme demonstrado no Quadro 3.

QUADRO 3 Características dos TSBs sujeitos da pesquisa

GF TSB	Idade	Sexo	Município	carga horaria	Vínculo	Lotação/ Função	Tempo trabalho	Tempo formado	local
1	30	F	Cariacica	40	Contrato temporário	RX policlínica	3meses	5 anos	SENAC
2	27	F	Vila Velha	40	Efetivo	USB Central	3 anos	5 anos	SENAC
3	53	F	Vila Velha	40	CLT Cáritas	USF	5 anos	5 anos	SENAC
4	44	F	Vila Velha	40	CLT Cáritas	USF	7 anos	11anos	APCD S. J.C
5	45	F	Vitoria	30	Efetivo	UBS	8 anos	10anos	SENAC
6	42	F	Vitoria	40	Efetiva	USF	2a 5m	10anos	SENAC
7	38	F	Vila Velha	40	CLT Cáritas	USF	5anos	8 anos	SENAC
8	53	F	Serra	30	Efetiva	Departamento escolar	6 anos	25anos	UFRJ

7.4.3 Análise do material

Para a análise do material foi utilizada a técnica da análise de conteúdo de Bardin (2007) que, sendo caracterizada pela autora como empírica, não pode ser desenvolvida com base em um modelo exato e que para sua operacionalização devem ser seguidas algumas regras básicas.

A conduta utilizada segue a sequência descrita nessa técnica, dividida nos três momentos que não são estanques, mas que se entrelaçam: o primeiro momento constituiu da elaboração do material a ser analisado; no segundo momento, foi realizada a exploração do material; e no terceiro momento foi realizada a interpretação destes resultados sendo apresentados de forma narrativa.

Para a elaboração do material a ser analisado procedeu-se à audição e transcrição das falas na íntegra, que, junto com o texto produzido pelo relator e

os comentários produzidos pelos pesquisadores que atuaram no GF na reunião logo após o término da entrevista. De posse desse material e tendo em mente os objetivos da pesquisa, foi realizada a leitura flutuante do texto, “[...] deixando-se impregnar pelo seu conteúdo”, o que permitiu o surgimento de temas (ou novas hipóteses) (Bardin, 2007). Na leitura do texto transcrito da entrevista em grupo foram destacadas frases e na lateral esquerda, comentários sobre o tema a que elas se referiam.

Após essa etapa, denominada pré-análise (Bardin, 2007; Minayo, 2008), passamos ao segundo momento com a confecção de uma grade de categorização das falas mais significativas em relação aos temas abordados e tratados na literatura, para a apreensão dos significados (Anexo 2).

Adaptando ao esquema apresentado por Bardin (2007) p. 128 as etapas desenvolvidas são assim apresentadas:

Figura-1

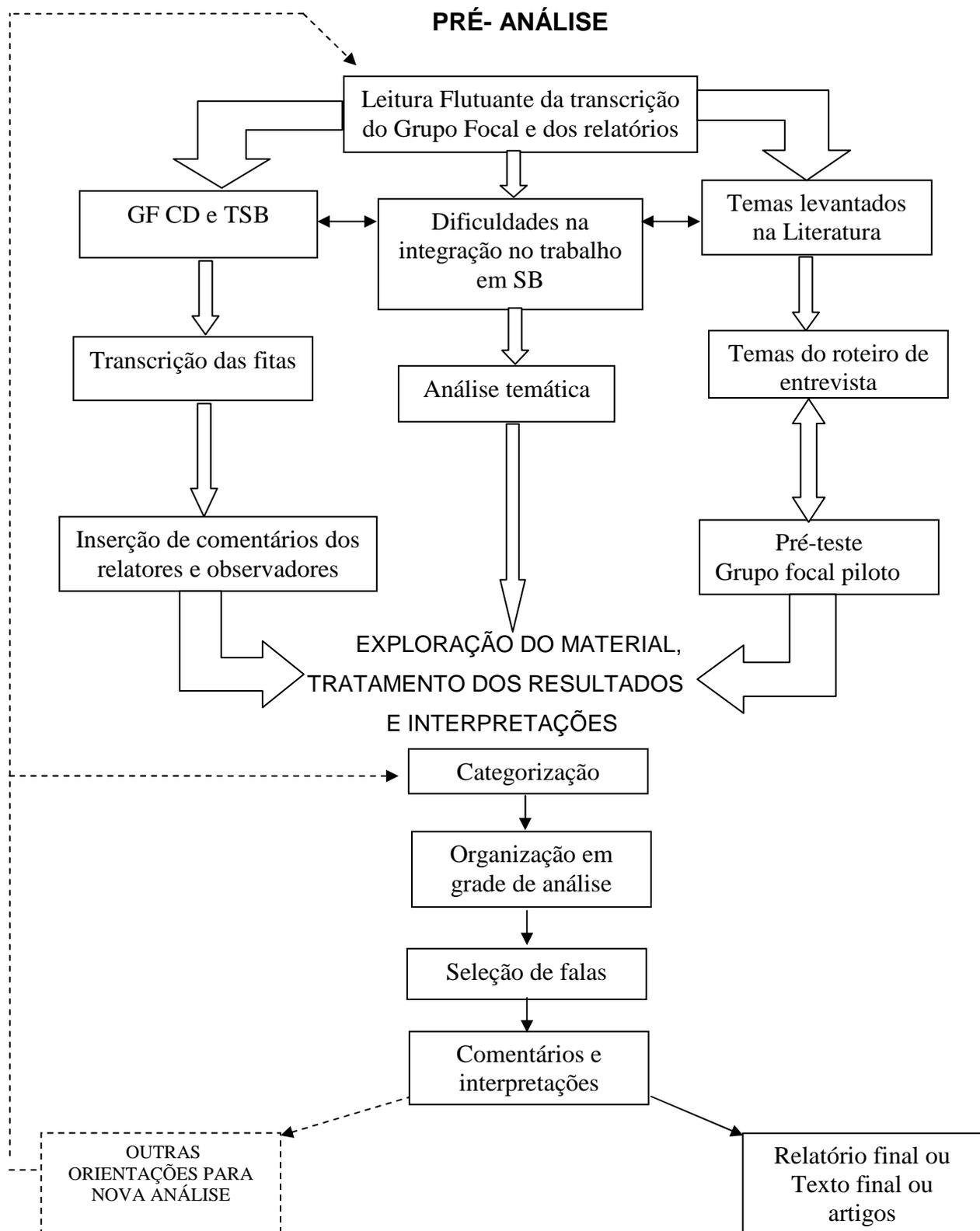


Figura-1 Adaptação do esquema das etapas da análise de conteúdo Bardin (2007, p. 128)

CAPÍTULO 8

RESULTADO E DISCUSSÃO

Para a apresentação dos resultados e discussão optou-se pelo formato de dois artigos.

8.1 ARTIGO 1

PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA SOBRE SUA RELAÇÃO PROFISSIONAL COM O TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL: UMA MEDIAÇÃO COLETIVA NECESSÁRIA

Eunice Assad Galvêas³

Adauto Emmerich Oliveira⁴

³ Cirurgião-Dentista, Mestranda em Saúde Coletiva do PPGSC-UFES.

⁴ Pós-Doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz e professor do PPGASC/UFES.

PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA SOBRE SUA RELAÇÃO PROFISSIONAL COM O TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL: UMA MEDIAÇÃO COLETIVA NECESSÁRIA

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como objetivo descrever a percepção que os Cirurgiões-Dentistas trazem sobre suas relações no trabalho com os Técnicos em Saúde Bucal na Equipe de Saúde Bucal, identificando possíveis dificuldades e/ou conflitos.

Metodologia: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado em cinco municípios pertencentes à Região Metropolitana da Grande Vitória. Como sujeitos da pesquisa Cirurgiões Dentistas, trabalhadores do serviço público que haviam manifestado interesse na docência do curso de Técnico em Saúde Bucal.

A técnica utilizada foi o Grupo Focal e o material empírico obtido foi transcrito e trabalhado com análise de conteúdo baseado na sequência técnica de Bardin (2007), dividida em três momentos

Resultados e discussão: para facilitar a análise e compreensão dos resultados quatro categorias embasaram o trânsito entre o material empírico e o teórico: processo formador e a educação permanente; *Gestão, instituições, serviços*; Mercado de trabalho e corporação

Considerações Finais Apesar de terem sido levantados mais fatores dificultadores para a relação no trabalho entre os Cirurgiões Dentistas e os Técnicos em Saúde Bucal, os Cirurgiões Dentistas acreditam que pode ser traçada uma nova história para a Equipe de Saúde Bucal, com novas vivências, novas intervenções, ações e estratégias comuns e integradas para a atenção à saúde bucal. Beneficiando o trabalho da Equipe de Saúde Bucal, a inter-relação destes profissionais, conseqüentemente, os usuários que acessam os serviços de saúde em busca de atenção resolutiva e eficaz, bem como a própria gestão. Suplantar esse desafio remete a idéia da mediação de Bruno Latour onde as articulações dos saberes somadas poderão favorecer essa relação no trabalho, bem como o cuidado, pensado em rede. Com essa idéia de rede, a mudança começa em um, vai se somando a outras, em diferentes atores de diferentes instancias, até gerar uma grande mudança, que é a mudança na práxis da Odontologia e do seu cuidado.

Descritores: Pessoal técnico de saúde; Odontologia em Saúde Pública; Auxiliares de Odontologia; Recursos Humanos em Odontologia

ABSTRACT

PERCEPTION OF SURGEON DENTIST ABOUT HIS PROFESSIONAL RELATIONSHIP WITH COACH IN ORAL HEALTH: A COLLECTIVE MEDIATION REQUIRED

Objective: The objective of this study was to verify the perception brought to the work place by Dentist about the DHs and vice versa thus identifying possible difficulties and/or conflicts between these two groups.

Methodology: The study has a qualitative approach, conducted in five municipalities of the metropolitan region of Vitoria. The study subjects were DSs in the public sector who had expressed interest in teaching courses for DHs. The technique used was Focus Groups (FG) and the information collected was analyzed using content analysis based on the sequence technique, divided into three steps, as detailed by Bardin (2007).

Results and discussion: To facilitate the analysis and understanding of the results, the transcribed comments in the FGs were grouped into four categories that approximate the flow between the information and the theory: the formative process and the permanent education; *Management, institutions, services*; Labor market and corporation.

Final considerations. Although the findings revealed more difficulties in the relationship between the Dentist and DHs, the DSs believe that a new historical chapter can be started with the Dental Team (DT) adding new experiences, new interventions, and common and integrated actions and strategies for dental health services. Thus, benefiting the work of the DHT, the interrelation of these professionals, and consequently, the patients who access the public health services seeking resolution and efficient attention, as well as proper management. This new challenge can be overcome by applying the mediation ideas proposed by Bruno Latour where the articulation of knowledge added by each party can favor such a relation in the work place; thinking in terms of a network. With this idea of network, change starts with one, and it keeps adding to others, in different actors of different instances, until generating a great change, that is the change in the dentistry praxis and its care.

Descriptors: Allied Health Personnel; Public Health Dentistry; Dental Auxiliaries; Dental Staff

INTRODUÇÃO

A odontologia vem sofrendo transformações ao longo de sua história, como profissão da área da saúde. De uma prática fechada e individualista, chega à contemporaneidade como uma profissão coletiva, integrada a outras profissões, em um modelo de saúde voltado para a prevenção, promoção e tratamento, em um trabalho compartilhado por diferentes profissionais em equipe. Com isso, passa-se a exigir desses profissionais, novas formas de agir em saúde, resignificação de seus processos e relações no trabalho, e novas práxis de um trabalho em equipe, e também em um novo espaço social que é o público, com uma dinâmica de trabalho compartilhado que influencia diretamente sua configuração e as relações interpessoais de seus atores (BRASIL, 1994; FRAZÃO, 1998).

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000, com o objetivo de melhorar os índices epidemiológicos na saúde bucal, garantir maior acesso e integralidade a ações de saúde bucal na atenção básica. Apresentada em dois formatos, a equipe denominada modalidade I é composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e a modalidade II por CD, TSB e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal da população do território adstrito, a ESB traz além do desafio de contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a integração das ações de saúde bucal às ações de saúde geral da equipe da ESF, exigindo desses profissionais, capacidade de inter-relação, flexibilidade, trabalho em equipe e integralidade das ações (BRASIL, 2000).

Em março de 2004, foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente -, com intuito de ampliar ainda mais o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, assegurando a integralidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Traz como parte dos desafios a serem enfrentados na implantação desta política, a readequação dos processos de trabalhos destes profissionais ao novo modelo de atenção proposto pelo SUS, ações interdisciplinares e multiprofissionais, integralidade da atenção e outros (BRASIL, 2004).

No Brasil, durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos serviços e das ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais. Atualmente com a inserção da ESB na ESF e a PNSB sendo implementada, vem sendo observado um esforço para promover uma maior integração da Saúde Bucal nos serviços de saúde e nas ações da equipe (WERNECK et al. , 2003; BRASIL, 2004; MANFREDINE, 2007).

Ao pensar a profissão odontológica, neste contexto, buscou-se apoio para essa reflexão na perspectiva teórica da referencia circulante proposta por Latour (2008), onde os recursos humanos, diferenciados na prática odontológica e capacitados para essa nova realidade da ESF do SUS, utilizam suas caixas de ferramentas para transmitirem e nelas acrescentarem novos elementos, ao aplicar o conhecimento nos diferentes contextos.

O trabalho em equipe é um desafio para o cotidiano do trabalho em saúde e para a ESB. Além deste desafio, ele traz como pontos a serem superados a própria trajetória da profissão, caracterizada por ações isoladas, individuais, privatistas, bem como o poder verticalizado com os profissionais auxiliares que hoje constituem esta equipe.

Trabalhar em equipe é estar permeado pelas diferenças de seus atores, de suas singularidades e subjetividades. Neste trabalho vive-se uma “harmonia conflitual”, fundada nas diferenças, que podem permitir a complementaridade, as trocas, o compartilhamento de idéias, valores e atos, mas também podem permear conflitos, acentuar diferenças e gerar trabalhos isolados e fragmentados (MAFFESOLI, 1984; REZENDE, 1995; BOURDIEU, 1996).

A conduta adotada por esses atores pode determinar profundas e definitivas modificações na matéria, na alma e na própria vida daqueles que se submetem aos seus cuidados e dependerá do preparo técnico, da formação humanística, da capacidade de trabalharem em equipe, do bom senso, do equilíbrio e serenidade, da habilitação e das habilidades que cada um desses profissionais irão apresentar e desenvolver (NIGRE, ALMEIDA, 2007).

Independente do lugar que ocupam no espaço social da saúde, todos os profissionais que dela fazem parte possuem diferentes potenciais de intervenção nos processos do cuidado em saúde, intervenções essas que se complementam. O resultado que se deseja alcançar dependerá da forma como estes atores se mobilizarão e articularão, entre si, suas relações, o compartilhamento de seus processos de trabalho e do cuidado, além de qual modelo de cuidado irá utilizar na atenção e assistência aos usuários (PEDUZZI, 2001).

Segundo a própria Peduzzi, se o trabalho for centrado na “produção da cura”, médico-curativo, poderá ser fragmentado, empobrecido, compartimentalizado, com relações de trabalho isoladas ao campo profissional desses atores. Porém, se o objetivo for a produção de saúde, centrada na “concepção do cuidado”, no trabalho em equipe, na humanização da assistência, ética e responsabilidade, a qualidade deste cuidado será de excelente resultado.

Para que haja uma assistência integral aos usuários do SUS que acessam os serviços de saúde, deve-se pensar em um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, pois o núcleo de competência isolado de cada profissional não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, requerendo flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral (PEDUZZI, 2000).

Assim, pensar em uma equipe de saúde bucal é fundamental para a atenção e o cuidado a ser dispensado ao usuário, pois a relação harmoniosa desta equipe além de trazer benefícios internos à própria instituição, também traz benefícios à comunidade, tais como: maior ampliação de acesso, uma assistência de melhor qualidade e por fim uma Odontologia mais social (BRASIL, 2004).

Ao desenvolverem seus processos de trabalho e suas relações interpessoais, os profissionais da equipe de saúde bucal neste caso, CD e TSB, trazem consigo toda a subjetividade de seus mundos, encontros e desencontros, que poderão facilitar ou não o convívio desses. A forma como serão vivenciados os processos desta equipe dependerá da forma como serão construídas as suas

relações no trabalho, as relações interpessoais, a cooperação entre os mesmos, e principalmente a forma de mediar as diferenças e conflitos.

Para Neves (1997), o sujeito social vai se constituindo por meio das relações que vão se estabelecendo ao longo da sua história, pela sua própria história e por meio da sociedade em que se estabelecem essas relações, sendo assim compreendido como: “indivíduo concreto que além de ser mediado pelo social é também determinado pela história e sociedade, nunca podendo ser visto ou compreendido como alguém independente de suas relações e vínculos” (p.7).

Portanto, pensar na ESB em uma perspectiva de relações, que podem ser construídas e reconstruídas, ao longo da trajetória de seus profissionais, é poder traçar novas histórias comuns em uma perspectiva coletiva em equipe, com novas vivências, novas intervenções e ações estratégicas para a atenção à Saúde Bucal da comunidade. Além disso, é trazer benefícios não somente às suas relações, como também ampliar essa perspectiva para o espaço onde estão inseridos, para o trabalho na equipe de saúde de forma transdisciplinar, beneficiando com isso, usuários que acessam os serviços de saúde, bem como a própria gestão de saúde.

Face ao exposto, pretende-se compreender quais fatores são capazes de interferir na relação no trabalho entre CD e TSB na percepção do CD. Baseado em Latour (2001) na teoria de redes sociais, as articulações dos saberes dos diferentes profissionais, somadas às suas vivências e relações, bem como ao trabalho conjunto desses em uma equipe, poderão favorecer além da relação no trabalho, o próprio cuidado pensado em rede. Com essa idéia de rede, a mudança começa em um, vai se somando a outros, em diferentes atores de diferentes instâncias, até gerar uma grande transformação: a mudança na práxis da Odontologia e do cuidado na equipe de saúde.

Assim, este estudo tem como objetivo descrever a percepção que os CDs trazem sobre suas relações no trabalho com os TSBs na equipe de Odontologia, identificando possíveis dificuldades e/ou conflitos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa na qual participaram profissionais vinculados a cinco municípios pertencentes à Região Metropolitana da Grande Vitória, RMGV-ES, (Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória). Os sujeitos da pesquisa CDs, trabalhadores do serviço público desses municípios que haviam manifestado interesse na docência do curso de TSB, em pesquisa anterior, intitulada, “Perfil Profissional dos Cirurgiões-Dentistas Potenciais Docentes do Curso Técnico em Higiene Dental (THD) da Região da Grande Vitória – ES”. Essa pesquisa foi desenvolvida pelo Núcleo de Educação e Formação em Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde do Espírito Santo (SESA) em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo e Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio da UNESCO, cujo relatório norteou o presente estudo (EMMERICH et al., 2008).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na reunião do dia 26/05/2010, com o nº044/10, e conduzido de acordo com os dispositivos da Resolução nº 196/96 do CNS sobre Pesquisa com Seres Humanos, procedeu-se à construção do material por meio da técnica do Grupo Focal (GF). Essa técnica tem como característica trabalhar com a “fala em debate” e ser indicada para situações que, ainda inconclusas, precisam ser amplamente discutidas pelos profissionais da área com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade (CRUZ NETO, 2001; RICHARDSON, 1999).

O critério de inclusão dos sujeitos foi a participação na etapa qualitativa da pesquisa anteriormente citada, constando de dezoito profissionais. Desses, seis participaram de um GF piloto em 15/07/2010, com o objetivo de aprimorar a atuação dos pesquisadores. Dos outros doze convidados, somente oito aceitaram participar, e no dia agendado três faltaram sem prévia comunicação. O GF foi realizado com a participação de cinco sujeitos, conduzido pelos pesquisadores, que exerceram as seguintes funções: um mediador, três observadores e dois relatores.

A caracterização dos sujeitos é apresentada resumidamente no Quadro 1, destacando-se que a maioria é do sexo feminino, com idade média de 46 anos,

ficando evidente a importância dada, pelos CDs, ao processo de educação continuada ao ser observado que todos os participantes possuem especialização. Observa-se também que, dos três CDs com vínculo empregatício efetivo, dois deles possuem contrato de trabalho temporário com outro município, sendo que diferentes vínculos podem resultar em diferentes atitudes de comprometimentos com o serviço.

QUADRO 2: Características dos CDs sujeitos da pesquisa

GF/CD	Idade	Sexo	Município	Vínculo	Carga Horária	Tempo de trabalho	Tempo de formado	Especialidade	Atualmente
1	45	F	Vitoria/Serra	Efetivo	20/20	17 ^a	22	Saúde Coletiva em Odontologia	CD clínico
2	36	F	Vitoria/Vila Velha	Estatutária	40/20	3 ^a	16	Odontopediatria/Saúde Coletiva	PSF/odontopediatra
3	61	F	Sesa	Contrato	40	-	18	Políticas Públicas	Vigilância
4	32	M	Serra/Vila Velha	Efetivo/contrato	20/30	6 ^a / 6m	9	Dentística/Saúde Coletiva	Escolar/ idoso
5	56	F	Vila Velha	Efetivo	24	28	23	Saúde Coletiva com ênfase PSF	PA

Para a análise do material foi utilizada a técnica da análise de conteúdo de Bardin (2007), seguindo sua sequência técnica, dividida em três momentos que não são estanques, mas que se entrelaçam. O primeiro momento, da elaboração do material a ser analisado, constituiu-se da audição e transcrição das falas, na íntegra, do texto produzido pelos relatores e dos comentários da reunião logo após o término do GF. No segundo momento, foi realizada a exploração do material, através da “leitura flutuante” do texto e destacadas frases com comentários na lateral esquerda sobre o tema a que elas se referiam. Posteriormente elaborou-se uma grade de categorização das falas mais significativas em relação aos temas abordados e tratados na literatura, para a apreensão dos significados (BARDIN, 2007; MINAYO, 2008), condensadas em quatro categorias: 1) Processo formador e educação permanente; 2) Gestão, instituições e serviços; 3) Perfil profissional; 4) Mercado de trabalho e corporação. No terceiro momento foi realizada a interpretação.

Resultados e Discussão

A formação dos profissionais da área da saúde - incluindo os CDs - e o trabalho em equipe vêm sendo cada vez mais discutidos em diferentes espaços sociais e instâncias que abordam o tema, preocupados com a qualidade técnica com que esses profissionais têm chegado ao mercado de trabalho, como também sobre a importância do desenvolvimento de suas atribuições no trabalho em equipe. Há consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (OPAS, 2002).

No presente estudo buscou-se capturar nas falas dos CDs, durante o GF, sinais ou pistas que pudessem subsidiar a discussão dos fatores que podem ter influência nos processos de trabalho desses profissionais, no desenvolvimento de ações e estratégias construídas e elaboradas com intuito de melhor assistir aos usuários que buscam esses serviços. Assim, para facilitar a análise e compreensão dos resultados, as falas transcritas foram agrupadas nas quatro categorias, que embasaram o trânsito entre o material empírico e o teórico.

1) O processo formador e a educação permanente

As instituições formadoras, além de dar subsídios técnicos e intelectuais para o exercício da clínica odontológica e das funções e atribuições desses profissionais, devem também promover meios para que esses profissionais se tornem protagonistas nesta co-gestão, principalmente no âmbito do trabalho em equipe, como forma de integração desses com essas instituições, bem como entre si (PEREIRA, 2008).

No final do século XX, a formação dos CDs tem sido baseada em uma conduta cirúrgica-reparadora, biologicista, individualista, centralizada no CD, valorizando as tecnologias e necessitando altos investimentos, o que a tornava inacessível à maioria da população (CORDÓN, 1998). Essa formação tem gerado dificuldades para o próprio profissional no sentido de romper com seu isolamento e interagir com os outros membros da equipe no desenvolvimento de ações de saúde. Esse processo formador não oferece subsídios para o

trabalho em equipe, fazendo com que os profissionais continuem a desempenhar suas funções de forma isolada e mantendo os seus processos de trabalho fechados, exclusivos e independentes.

Essa reflexão teórica evidenciou-se durante a pesquisa, quando os CDs colocaram o processo formador como um ponto que limita a relação no trabalho com o TSB. Essa formação, além de não apresentar uma proposta curricular de integração para o trabalho em equipe, muitas vezes não oferece subsídio para o conhecimento das funções, habilidades e atribuições dos TSBs, levando a dificuldades de integração dos processos de trabalho, além de atitudes equivocadas e conflitos, muitas vezes gerando ações e estratégias individualistas por parte do CD.

Alguns exemplos do que foi discutido no grupo focal podem ilustrar melhor este ponto:

[...] a questão da formação do profissional CD tá lá atrás, porque pelo menos na minha época de faculdade, nunca se ouviu falar, TSB com dentista? Não teve isso.

[...] eu acho que a inserção do TSB tem que ser na graduação, sim, o ensino nem que fosse dentro de uma disciplina, ou uma disciplina que fosse pequena de 1h por semana, 2 h por semana para explicar quais as atribuições, como se trabalha em equipe.

[...] as instituições, nas faculdades, nas universidades, porque eles não mudam isso? O currículo, eu acredito que os profissionais que forem se formando, eles vão passar a ter uma nova visão, né em relação ao TSB na cadeira.

Essa valorização do individualismo necessita ser revertida, com profissionais alinhados ao novo modelo assistencial proposto pelo SUS, no qual o trabalho compartilhado em equipe passa a ser fundamental, melhorando a relação entre os profissionais e com o próprio serviço onde estão inseridos (QUELUZ, 2003; ARAUJO, 2006; FACCIN, 2007). Projetos de reforma curricular têm sido desenvolvidos com o objetivo de superar esse individualismo extremado. Assim, na primeira década do século XXI foram desenvolvidas ações conjuntas do Ministério da Educação e do Ministério Saúde com incentivos e portarias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde que porém ainda não se fizeram sentir na prática.

Para Latour (2001), o conflito de disciplinas não é um freio ao desenvolvimento da ciência, e sim, pode ser um de seus motores. Assim, aplicando essa idéia aos processos formadores dos profissionais da ESB, vemos que o conflito das competências no trabalho dessa equipe pode funcionar como uma alavanca para a sua evolução e aprimoramento.

A Educação Permanente é trazida pelos CDs como ponto facilitador para a relação no trabalho do CD e TSB. Além de buscar superar a defasagem na formação profissional do CD e dar subsídio técnico/teórico para o desenvolvimento dos seus processos de trabalho, pode estreitar os laços entre esses profissionais, desde que nela sejam priorizadas e incluídas as funções, atribuições e competências do TSB, além de destacar sua importância e necessidade para o cuidado em Saúde Bucal. Essa importância é evidenciada nos comentários dos CDs, dos quais destacamos:

[...] a educação permanente é importante para explicar o que é um TSB, o que ele faz, que ele não está ali para tomar seu lugar, ele está ali para contribuir, com o trabalho, para melhorar o atendimento, para melhorar os índices de Saúde Bucal.

[...] já que a gente não teve isso na faculdade, então de repente a educação permanente é um ponto para poder ajudar nessa construção do CD e TSB.

[...] até mesmo para construir esse processo.

Além de transformar as práticas e fortalecer o trabalho em equipe, segundo Merhy et al (2006), a educação permanente deve acontecer a partir da reflexão do processo de trabalho, ser centrada na resolução de problemas, servir para integrar a equipe e melhorar as condições de saúde local. Já a PNSB traz a educação permanente como meio para implementar projetos de mudanças na formação técnica, da graduação e pós-graduação, para atender as necessidades da população, princípios do SUS e facilitar os processos de trabalho dos profissionais de Odontologia (BRASIL, 2004). Assim, a educação permanente além de trazer atualização técnica e de conhecimentos, traz melhor qualificação para os profissionais lidarem com situações cotidianas, além do desenvolvimento do trabalho em equipe.

2) Gestão, instituições, serviços

A gestão se faz por meio das organizações/instituições e os serviços por elas instituídos. Essas organizações/instituições no campo da saúde podem agir de forma positiva para a integração de seus profissionais, ou de forma negativa potencializando conflitos e acentuando as diferenças entre esses profissionais. Assim a divisão do trabalho ocorre com a articulação entre indivíduos e grupos, a fim de dar subsídio aos objetivos dessas organizações/instituições. Muitas vezes essa divisão se torna tão acentuada, que esses profissionais, passam a desenvolver ações e interesses específicos, dificultando a integração entre eles, levando a conflitos simbólicos e reais (BOURDIEU, 1992).

Para Latour (2001) “É preciso haver organização, recursos, estatutos e regulamentos para manter juntas as massas de colegas. As instituições são tão necessárias para a solução de controvérsia quanto o fluxo regular dos dados obtidos” (p. 121). Em outras palavras, os profissionais trabalhando de forma isolada não são nem nunca poderão ser a condição única para a realização do serviço. A gestão dos mesmos e a participação ativa das instituições são o mediador que soluciona controvérsias e mantém coesa a massa de trabalhadores que, sozinhos, não têm nem poder de ação nem voz suficiente para realizar o necessário.

Durante as discussões do GF, por exemplo, os CDs apontam que muitas vezes os gestores, coordenadores e gerentes, priorizam a produtividade em detrimento da qualidade da assistência a ser prestada por esses à população, e o desenvolvimento do trabalho articulado e em equipe nos serviços de saúde. Com tantas exigências, muitas vezes não sobra tempo para que os CDs e os TSBs articulem e planejem seus processos de trabalho, também junto à equipe de saúde, levando a ações fragmentadas, individualistas e de baixo impacto. Além disso, a gestão não vem oferecendo subsídios como infra-estrutura adequada e equipamentos necessários para o trabalho na equipe de saúde bucal, o que também dificulta a relação desses profissionais, já que o fato de serem obrigados a compartilhar o mesmo equipamento favorece o isolamento e dificulta a interação

[...] Eu acho que os gestores deveriam organizar melhor o serviço e montar protocolo que o profissional vai ter que trabalhar com TSB, se tiver modalidade II, isso não existe.

[...] Reunião de equipe, para que dentista vai participar de reunião de equipe? Não, não precisa não, vai para a cadeira trabalhar.

[...] a primeira coisa que, que eu acho que tem que ser mudado é física... as adequações físicas né. [...] tem também que ter equipamento adequados e suficientes.

Por meio da gestão e dos serviços de saúde local, a atenção e assistência à saúde vão sendo instituídas, e os profissionais que dela fazem parte vão construindo seu espaço, suas relações, seus processos de trabalho e a atenção à população. Um modelo de gestão autocrático, fechado e verticalizado, baseado na lógica quantitativa da produção, e rigidez nos processos de trabalho, somados à normatização excessiva. Esse modelo, pode não só dificultar o convívio e a relação dos profissionais, como também impossibilitar a articulação de suas ações, determinando assim, serviços de atenção limitada, normativos, tecnocráticos, inflexíveis, com profissionais isolados, desmotivados, pouco participativos e desintegrados para uma atenção em equipe. Já uma gestão horizontalizada, com serviços e gestores flexíveis, acessíveis, democráticos, com participação social e co-gestão, poderá gerar assistência mais humanizada, flexível e integral (RIVERA, 2003; RODRIGUES, 2003).

A percepção dos entrevistados reforça a noção de que para que CDs e TSBs atuem nas instituições e serviços de saúde, essas instituições precisam fornecer recursos adequados como: espaço físico, infra-estrutura, materiais e insumos adequados, e recursos humanos suficientes e capacitados, garantindo que esses profissionais sejam aproveitados em suas atribuições, de forma que possa contribuir para a melhoria dessas instituições e serviços e da atenção a saúde da população (EMMERICH, et al 2008).

3) Perfil profissional/Competências e Atribuições:

Latour (2001) traz que nossas qualidades como sujeitos, nossas competências e nossas personalidades dependem daquilo que trazemos nas mãos pela nossa vida e história. Segundo Bourdieu (1989), o que somos é retrato de nosso *habitus* e do campo que vivenciamos, assim, o perfil de cada profissional é construído não somente pela formação, mas também pela sua trajetória de

vida individual, familiar, social e coletiva. Portanto, torna-se complexa a relação destes vários perfis dentro de um mesmo campo, como o da saúde e em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

O perfil do CD é colocado como de grande relevância para a relação no trabalho com o TSB e para os seus processos de trabalho no dia a dia dos serviços de saúde. Como será visto os CDs ainda esbarram na visão tradicionalista da odontologia

no que tange ao individualismo de suas ações e a resistência à inclusão de novos profissionais na ESB, conforme evidenciado nos seguintes comentários:

[...] Eu falei que tem dentistas mesmo pode ser jovem, que não aceita a trabalhar com TSB, acha que vai virar dentista prático e vai tomar o lugar dele.

[...] eu acho que tem que pegar o perfil do profissional, para poder fazer mudanças nas unidades, ou nas prefeituras... é fundamental... não é só a faculdade que vai mudar.

[...] a gente vê muito cirurgião dentista que não tem perfil nenhum para a ESF e que está na ESF. ele está ali pelo dinheiro e não porque gosta de trabalhar com criança com adulto...

Atualmente nos serviços de saúde fala-se muito do perfil profissional como determinante no desempenho da função do trabalhador, no desenvolvimento de suas atividades, na inter-relação, no trabalho em equipe e outros. Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Fleuri (2002), corroborando Latour (2001) e Bourdieu (1989), apresenta a idéia de que as pessoas trazem heranças significativas em suas vidas, sejam elas culturais, sociais, familiares, de grupo ou individuais, juntamente com experiências e práticas, valores, características e formação específica para exercerem suas funções ou viver sua própria existência. Isso determinará quem são e a relação e comunicação que essas pessoas irão travar no seu cotidiano, em todos os níveis e dimensões. Essas relações provocam modificações no sujeito reafirmando sua identidade e na estrutura da relação, onde comportamentos “de sujeição ou de exclusão – são questionados, e até

mesmo superados, na medida em que sujeitos diferentes se reconhecem a partir de seus contextos, de suas histórias e de suas opções” (FLEURI, 2001, p. 56).

Assim, apesar de perfis muitas vezes considerados inadequados, poderão ser transformados, por meio das relações estabelecidas entre os sujeitos que decidem os novos contextos e processos de aproximação, de conhecimento recíproco e de interação. As competências e atribuições dos TSBs não são bem claras para os profissionais CDs. Às vezes estão equivocadas, baseando sua percepção do perfil dos profissionais, ao tipo de vivência que tiveram com esses profissionais, e a sua visão pessoal, não considerando as competências e atribuições trazidas pela PNSB e pelo órgão de classe onde se inserem. Esse conhecimento parcial das funções, atribuições e competências desses profissionais, faz com que a relação do CD frente ao TSB seja verticalizada, conflituosa e do não reconhecimento de sua importância.

[...] imagina uma auxiliar minha vai encostar a mão na boca do paciente.

[...] e a TSB em Vitoria ela faz muito o Sorria Vitória... e como a gente tinha cadeira livre e ela gosta de atender...

[...] O ASB e o TSB estão sob subordinação do dentista, se não quiser que... a TSB sente na cadeira a TSB não vai sentar, ela sabe que ela pode, mas...

[...] O trabalho era muito bom. Porque a TSB que eu trabalhei era uma pessoa bem esforçada [...] ela gostava de trabalhar mesmo, interessada, atendendo, fazendo mesmo o que era permitido a ela fazer. E se vc precisar dela a quatro mãos ela estava disponível porque tem algumas que não gostam muito.

As atribuições e competências dos profissionais, CDs e TSBs, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão, nas legislações e políticas que sustentam a saúde bucal no país, que devem ser observadas e respeitadas, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras (CFO, 2010).

Nestas atribuições e competências, CDs e TSBs além de exercerem ações individuais e específicas inerentes a sua formação, passam também a

desempenhar ações comuns à equipe de saúde, no sentido de promover a saúde dos usuários do SUS. Por meio dessas ações individuais e comuns podem chegar a consensos, respeito, ética, valorização dos seus processos de trabalho, ações integradas e compartilhadas. Para que isso se efetive, torna-se necessário que ambos os profissionais estejam abertos para conhecer as potencialidades de cada profissão, bem como os seus afetos e desafetos, como dizem Deleuze e Guattari (1997, p. 43);

Não sabemos nada de um corpo enquanto não sabemos o que pode ele, isto é, quais seus afetos, como eles podem ou não compor-se com outros afetos, com os afetos de um outro corpo, seja para destruí-lo ou ser destruído por ele, seja para trocar com esse outras ações e paixões, seja para compor com ele um corpo mais potente

4) Mercado de trabalho e corporação

A corporação odontológica vem demonstrando na trajetória da Odontologia um distanciamento da realidade da vivência dos profissionais e seus processos de trabalho, com ações elitizadas e corporativas aos profissionais de nível superior, reforçando o distanciamento desses profissionais dos auxiliares de Saúde Bucal (FRAZÃO, 1998; ZANETI, 2000) Essa corporação tem hoje o desafio de lidar não só com essa problemática, mas com um mercado de trabalho cada vez mais restritivo à Odontologia; profissionais com formação deficiente para as novas demandas do novo modelo de atenção; a articulação entre os CDs e TSBs e ASBs e seus processos de trabalho, de forma que haja maior inter-relação entre eles e com o restante da equipe, contribuindo com isso, na diminuição das doenças bucais, por meio de estratégias de prevenção compartilhadas e tratamentos mais efetivos (FRAZÃO; NARVAI, 2011).

Os CDs exemplificaram esse desafio em suas falas ao comentarem que o mercado de trabalho e a corporação de classe, neste cenário, têm contribuído de forma negativa para a relação no trabalho com os TSBs.

[...] Porque o salário do THD na época era compatível com o nosso de dentista que estava entrando na prefeitura.... Então batia, e a briga toda era essa, porque o dentista que é graduado recebendo um salário de THD?"

[...]...acha que vai perder o emprego, se diminuir a cárie ele não vai ter mais trabalho.

[...] Eu acho que poderia ser maior, eu pelo menos não vejo um envolvimento deles (Associação de Classe) com relação a esse processo de trabalho.

[...] Conselho de odontologia uma elite, eu nem participo da categoria, eu não tenho nada com isso

Um mercado de trabalho cada vez mais escasso e competitivo pode estar levando os CDs a terem algumas restrições à atuação do TSB, por verem nesses profissionais uma ameaça à sua atuação. Além de entender que as novas atribuições a eles designadas, podem dar subsídios a esses profissionais para atitudes e posturas que possam ir além de sua formação e competência técnica na equipe de saúde bucal (MOYSÉS, 2002; PARANHOS, 2008).

Apesar das funções, atribuições e competências dos TSBs estarem determinadas, esses profissionais no serviço de saúde público, muitas vezes, acabam desempenhando funções desviadas de suas competências, fazendo com que os profissionais CDs não reconheçam o seu potencial e importância na equipe, bem como não compartilhem seus processos de trabalhos (OLIVEIRA, 2007; NARVAI, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos CDs entrevistados ainda hoje esbarra em questões que dificultam o trabalho em equipe, seja junto à ESF ou junto à ESB e também, especificamente, na integração aos TSBs. Trazem como principais pontos a serem enfrentados, e desafios a serem superados para a integração e a relação, o processo formador; a gestão; a sobrecarga de atividades e valorização dos procedimentos técnicos e clínicos; as instituições e serviços de saúde que ainda continuam atreladas ao modelo assistencial biomédico e fracionado; o perfil destes profissionais que muitas vezes ainda está vinculado ao modelo antigo privatista e individualista da Odontologia; as funções e competências que muitas vezes não são respeitadas nos serviços de saúde, bem como o mercado e a corporação de classe que não tem dado respaldo a esses profissionais para o novo modelo assistencial proposto pelo SUS e o trabalho em equipe.

Apesar de terem sido levantados mais fatores dificultadores para a relação no trabalho entre os CDs e os TSBs, alguns profissionais CDs acreditam que pode ser traçada uma nova história para a ESB, com novas vivências, novas intervenções, ações e estratégias comuns e integradas para a atenção à saúde bucal de seu território. Benefícios serão trazidos para o trabalho da ESB, bem como a inter-relação destes profissionais, beneficiando com isso, os usuários que acessam os serviços de saúde em busca de atenção resolutiva e eficaz, bem como a própria gestão. Então, eis o desafio para esses profissionais, integrar os seus processos de trabalho, melhorar as relações interpessoais e promover uma ação integrada na promoção da saúde geral dos usuários, na equipe de saúde.

Para conseguir suplantar esse desafio pensamos na idéia da mediação de Latour (1994) que ao ser aplicada recombina alguns elementos conflituosos das relações de trabalho podendo ter uma relação de causa e efeito sobre o trabalho em equipe. Assim e onde as articulações dos saberes dos profissionais somadas poderão favorecer essa relação no trabalho, bem como, no próprio cuidado, pensado em rede. Com essa idéia de rede, a mudança começa em um, vai se somando a outras, em diferentes atores de diferentes instancias, até gerar uma grande mudança, que é a mudança na práxis da Odontologia e do seu cuidado.

8.2 ARTIGO 2

***Campo e habitus* na relação entre Técnicos em Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde**

***Campo y habitus* en la relacion entre Técnicos de la Salud Oral y dentistas en el Sistema Único de Salud**

***Campo and habitus* in the relation between Oral Health Technicians and Dentists in the Brazilian National Health System**

Eunice Assad Galvêas⁵

Adauto Emmerich Oliveira⁶

³ Cirurgiã-Dentista, Mestranda em Saúde Coletiva do PPGSC-UFES.

⁴ Pós-Doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz e professor do PPGASC/UFES.

***Campo e habitus* na relação entre Técnicos em Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde**

***Campo y habitus* en la relacion entre Técnicos de la Salud Oral y dentistas en el Sistema Único de Salud**

***Campo and habitus* in the relation between Oral Health Technicians and Dentists in the Brazilian National Health System**

Resumo

Objetivou-se analisar a percepção dos Técnicos em Saúde Bucal sobre os possíveis encontros e desencontros da relação no trabalho com os Cirurgiões-dentistas. Utilizando abordagem qualitativa, um grupo focal foi realizado com oito trabalhadores, com maior tempo de exercício profissional, no Sistema Único de Saúde de municípios da Grande Vitória, Espírito Santo. O debate foi gravado e transcrito, empregando a Análise de Conteúdo proposta por Bardin, revelando-se as categorias: condições de trabalho, infra-estrutura e gerência; formação profissional e qualificação; processo de trabalho e hierarquia; e, perfil, relação interpessoal e mercado. A complexidade do trabalho entre técnicos e cirurgiões-dentistas foi evidenciada, pois se estende para um campo de interesses, poder e resistências, envolvendo os profissionais numa matriz geradora de comportamentos: *habitus*, Bourdieu. Vislumbrou-se na comunicação a mediação construindo novos encontros. Profanar o instituído, visando neutralizar os dispositivos de poder, pode representar uma alternativa de superação dos desafios nas relações entre os profissionais.

Palavras-chave: Pessoal técnico de saúde. Odontologia em saúde pública. Relações interprofissionais. Recursos humanos em odontologia.

Resumen

El propósito fue analizar la percepción de los Técnicos de la Salud Oral acerca de los posibles encuentros y desacuerdos en la relación de trabajo con dentistas. Utilizando el enfoque cualitativo, un grupo de enfoque con ocho empleados, con mayor tiempo de ejercicio profesional en el Sistema Único de Salud de los municipios de mayor Vitória, Espírito Santo. El debate fue grabado y transcrito, empleando el Análisis de Contenido propuesto por Bardin, revelando las categorías: condiciones de trabajo, infraestructura y gestión; formación profesional y capacitación; proceso de trabajo y jerarquía; y relaciones interpersonales, perfil y el mercado. La complejidad del trabajo entre TSBs y CDs se manifestó que se extiende a un campo de intereses, poder y resistencia, con la participación de profesionales en un generador de matriz de comportamientos: habitus, Bourdieu. La comunicación es visto como mediador construyendo nuevos encuentros. Profanar lo establecido, encaminadas a neutralizar los dispositivos de poder, puede representar una alternativa para superar los problemas en las relaciones entre profesionales.

Palabras clave: Técnicos Medios en Salud. Odontología en salud pública. Relaciones interprofesionales. Personal de Odontología.

Summary

The objective was to analyze the Oral Health technicians' perception about the possible encounters and disagreements in their working relationship with

dentists. Using qualitative approach, a focus group was held with eight employees, with greater professional experience in the National Health System of the municipalities of Great Vitória. The debate was recorded and transcribed, employing the Content Analysis proposed by Bardin, revealing the categories: working conditions, infrastructure and management; vocational training, qualification; working process and hierarchy; and interpersonal relationship, profile, and the market. The complexity of the work between technicians and dentists was evidenced as it extends to a field of interests, power and resistance, involving the professionals in a matrix generator of behaviors: *habitus*, Bourdieu. The mediation building new encounters was envisioned in the communication. Desecrating the established, aiming at neutralizing the devices of power, can represent an alternative for overcoming the challenges in relations between professionals.

Keywords: personal health coach. Public health dentistry. Interbranch relations. Human resources in dentistry.

Introdução

Com as mudanças ocorridas na Odontologia no decorrer da história, os cirurgiões-dentistas (CDs), no exercício de sua profissão, buscaram ampliar seus conhecimentos e tornar sua metodologia de trabalho mais eficiente. Nesse sentido, houve a necessidade de incluir na prática odontológica o Pessoal Auxiliar em Odontologia (PAO), o que facilitou o processo de trabalho dos CDs, otimizando tempo e recursos e possibilitando a ampliação de cobertura populacional (Paranhos et al., 2008).

Apesar dos benefícios que o PAO trouxe à prática odontológica, a formação e os conflitos inerentes à consolidação dessa nova profissão na odontologia encontraram oposição dos CDs (Narvai, 1989). Estes não conseguiam vislumbrar os benefícios que o PAO poderiam trazer, tais como expansão da oferta de serviços, otimização do tempo e do trabalho, aumento da produtividade, e maior resolutividade das ações odontológicas. O trabalho que antes era exercido apenas pelos CDs, de forma individual e no espaço restrito dos consultórios, passou a ser compartilhado com outros profissionais de nível intermediário, sendo necessária uma adaptação de ambos (Frazão, 1998; Serra, Garcia, 2002; Zanetti, 2009).

No Brasil, até a década de 1970, não havia instituições formadoras que pudessem subsidiar a formação do PAO. Somente a partir dessa década houve formalização dos primeiros profissionais intitulados Técnicos de Higiene Dental (THD), apoiados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que enfatizava a "educação para o trabalho". Além disso, o Parecer nº 460/75 do Conselho Federal de Educação, passou a regulamentar a formação do THD e do Atendente de Consultório Dentário (ACD), disciplinando e regulando o

funcionamento dos cursos de formação. Já na década de 1980, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) definiu as normas para habilitação ao exercício dos THDs, integrando-os aos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) (Frazão, 1998).

Após esse período, o PAO passou a fazer parte da realidade dos processos de trabalho em saúde bucal junto aos CDs, além de construir e ocupar o seu próprio espaço social por meio do trabalho compartilhado em equipe. Nesse sentido, houve a necessidade de rever o seu papel, tanto como membro de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), quanto como um indivíduo que traz um novo saber. Desde então, a preocupação com a utilização desses profissionais nas funções clínicas e educativas vem crescendo (Paranhos et al., 2008; Pezzato, 1999).

Nesse contexto, o PAO torna-se cada vez mais necessário ao exercício da Odontologia e ao trabalho da equipe odontológica, ocupando novos espaços sociais, tanto nos consultórios privados quanto no campo da Saúde Pública. Com a inserção da Odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000, por meio da Portaria nº 1.444 do Ministério da Saúde, buscou-se ampliar as ações de saúde, assegurando ações preventivas e de promoção à saúde bucal aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, o PAO passou a ter novas oportunidades de atuação, pois os municípios candidatos à habilitação para obtenção de recursos financeiros deveriam formar equipes compostas de CD, ACD (modalidade I) ou CD, ACD e THD (modalidade II). Assim, os THDs tornaram-se fundamentais e obrigatórios para a constituição da ESB na modalidade II, evidenciando a sua importância como facilitador do trabalho em Odontologia e na constituição de uma equipe (Brasil, 2000).

Contudo, mesmo sendo necessário o registro junto ao CRO, para o exercício da profissão, somente em 2008 encerrou-se a longa trajetória de esforços para o reconhecimento legal destes profissionais. Por meio da Lei nº 11.889, os THDs passaram a ser denominados Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e os ACDs Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) (Brasil, 2008), com poucas modificações em suas atribuições (Frazão, Narvai, 2011). O impacto social e a importância desses atores para a prevenção e da promoção da saúde, na ESB junto à população, foi fundamental para a melhoria da qualidade da atenção primária e estruturação da equipe de saúde bucal, permitindo melhor divisão de tarefas, agilidade e otimização do trabalho do CD na equipe. É nessa potencial atuação preventiva que o trabalho dos TSBs e dos ASBs têm encontrado o maior reconhecimento e defesa (Brasil, 2001; Liñan, 2009).

A partir da inserção legal dos TSBs no SUS torna-se fundamental pensar como vêm ocorrendo a integração e a articulação da relação no trabalho desses profissionais com os CDs na ESB. Uma equipe integrada e bem articulada é fundamental para a melhoria da qualidade das ações de saúde, visto que a relação harmoniosa desta equipe traz benefícios internos à instituição e à comunidade. Isso resulta na ampliação do acesso, na assistência de melhor qualidade e numa Odontologia mais social (Brasil, 2004).

Ao notabilizar a relação de trabalho entre TSB e CD, ressalta-se um campo social ora de encontros, ora de desencontros. A forma como será vivenciada dependerá de como serão construídas as relações no trabalho e interpessoais desses, além da cooperação entre os mesmos. A cooperação interprofissional é uma forma eficiente, eficaz e satisfatória para ofertar os serviços de saúde. O processo de colaboração é construído por uma estrutura

voluntária e implica necessariamente negociação, na qual as partes deixam de ter uma abordagem competitiva e passam a adotar uma abordagem participativa e em equipe (D'amour, 2005).

O mundo social do trabalho é visto como um espaço com diversas dimensões, baseado nos princípios de diferenciações ou de distribuições que se constituem através de uma série de propriedades ativas, que conferem força ou poder. Desta maneira, todos os indivíduos ou grupos se definiriam pela posição que ocupariam dentro desse espaço social, *campo* de forças, de relações de poder objetivas, que se imporiam elas mesmas e a todos que entrassem no *campo*. Nesse sentido, os conflitos existentes em um trabalho em equipe podem ocorrer em função das diferentes subjetividades que transitam no *campo* das relações construídas pelos atores envolvidos. Neste espaço de tensões, conflitos e jogos de poder, poderá ser construído um ambiente de negociação, de respeito mútuo para cada um dos comportamentos dos profissionais (*habitus*) que constituem a equipe na produção do cuidado em saúde Bourdieu (1996).

Nessa perspectiva, os encontros nas relações de trabalho entre TSB e CD podem gerar ações mais efetivas aos usuários do território de saúde e trazer mudanças no serviço que desempenham tanto nos processos de trabalho individuais quanto coletivos. Diante deste fato, o cuidado em saúde bucal não é somente de responsabilidade de um profissional, ou relativo a um campo de competências, mas sim de responsabilidade de vários profissionais.

Nesse sentido, todos os saberes e fazeres dos envolvidos nesse processo de cuidado tornam-se recursos em potencial para defender a saúde. Os profissionais responsáveis pela produção do cuidado odontológico,

articulados pela dimensão cuidadora e desalienante, por meio dos seus encontros, podem gerar mais atos de saúde ao invés de uma produção isolada, exclusiva de apenas um campo de competência (Cavalcante Filho et al., 2007).

Dessa forma, este estudo objetivou analisar a percepção dos TSBs sobre os possíveis encontros e desencontros na relação no trabalho com os CDs na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), identificando os fatores que podem favorecê-los ou dificultá-los.

Métodos

Este estudo com abordagem qualitativa procurou retratar a perspectiva dos TSBs inseridos no SUS de quatro municípios da RMGV-ES. A região é composta por sete municípios, contudo apenas em Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória havia TSB em atuação profissional no serviço público.

O critério de seleção dos TSBs para compor o grupo focal considerou a proporção de trabalhadores em exercício profissional de cada município e o maior tempo de atuação na função de técnico. Registre-se que os municípios estudados divergem entre si quanto ao estágio de implantação das ESB, o que influencia em sua incorporação e lotação no SUS.

Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o nº 044/10, procedeu-se ao contato com as Secretarias Municipais de Saúde para identificar os doze possíveis integrantes do grupo focal.

A técnica do Grupo Focal tem como principal característica trabalhar com a fala em debate e ser indicada para situações que, ainda inconclusas, precisam ser amplamente discutidas pelos profissionais da área com o

propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade (Cruz Neto, 2001; Richardson, 1999).

A coleta do material ocorreu no mês de agosto de 2010, em horário de final de expediente. A integração inicial entre os participantes ocorreu por meio de uma recepção com um lanche. Em seguida, os participantes sentaram-se em torno de uma mesa, numa sala de reunião reservada no CCS/UFES, onde todos os oito TSBs que compareceram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No **Quadro 1**, apresentam-se as características dos sujeitos da pesquisa, destacando-se que todos eram do sexo feminino, apenas duas possuíam uma carga horária de trabalho de 30 horas semanais e as outras exerciam 40 horas semanais, e em relação à formação desses profissionais, seis formaram-se no Espírito Santo, uma em São Paulo e uma no Rio Janeiro. Os TSBs estão representados por números de um a oito e os municípios por letras de A a D.

Quadro 1. Características dos TSBs sujeitos da pesquisa. RMGV-ES. 2010.

TSB	Idade	Município	Vínculo	Lotação	Tempo trabalho	Tempo formado	Estado de formação
1	30	A	Temporário	Policlínica	3 meses	5 anos	ES
2	27	B	Efetivo	Unidade Básica de Saúde	3 anos	5 anos	ES
3	53	B	Consolidação das Leis Trabalhistas	Unidade de Saúde da Família	5 anos	5 anos	ES
4	44	B	Consolidação das Leis Trabalhistas	Unidade de Saúde da Família	7 anos	11 anos	SP

5	45	C	Efetivo	Unidade Básica de Saúde	8 anos	10anos	ES
6	42	C	Efetivo	Unidade de Saúde da Família	2a 5m	10anos	ES
7	38	B	Consolidação das Leis Trabalhistas	Unidade de Saúde da Família	5 anos	8 anos	ES
8	53	D	Efetivo	Departamento Escolar	6 anos	25 anos	RJ

A equipe de pesquisadores que participou do grupo focal foi composta por um mediador, dois digitadores relatores, dois assistentes de gravação de áudio e três observadores externos que anotavam as impressões percebidas. Ao término da aplicação da técnica uma reunião com os pesquisadores foi realizada para discussão e comentários sobre os pontos mais relevantes.

A análise do material ocorreu segundo a Análise de Conteúdo sugerida Bardin (2009), seguindo sua sequência técnica dividida em três momentos que não são estanques, mas que se entrelaçam. No primeiro momento, houve a elaboração do material a ser analisado, por meio da audição e transcrição das falas, na íntegra. No segundo momento, foi realizada a exploração do material, por meio da leitura flutuante do texto, e destacadas frases com comentários, na lateral esquerda, sobre o tema a que elas se referiam. Posteriormente, elaborou-se uma grade de categorização das falas mais significativas em relação aos temas abordados e tratados na literatura, para a apreensão dos significados (Bardin, 2009; Minayo, 2008).

No material empírico, foram buscados sinais e pistas que pudessem nortear a compreensão sobre como é construída a relação no trabalho destes profissionais com os CDs na ESB, bem como o que pode favorecer ou dificultar essa relação. Essas pistas e sinais deram origem a quatro categorias de análise: 1) Condições de trabalho, infra-estrutura e gerência; 2) Formação profissional e qualificação; 3) Processo de trabalho e hierarquia; e 4) Perfil, relação interpessoal e mercado.

Resultados e discussão

As ações que são desenvolvidas pela ESB exigem que TSBs e CDs tenham conhecimento técnico, habilidades, iniciativa, domínio da clínica e das tecnologias, bem como capacidade de trabalho em conjunto com clareza dos papéis desempenhados pelos atores. Deve-se compreender que o trabalho em equipe deve ser destituído do verticalismo no exercício do poder, que deve ser compartilhado, ou seja, deve circular entre os trabalhadores nos diversos momentos. Além disso, o processo de trabalho desenvolvido por TSBs e CDs torna-se altamente relacional, ora por meio de acordos harmoniosos, ora como resultado de tensões e conflitos, mediados pela linguagem (Merhy, 2002; Latour, 2008). Contudo, essas relações são mediadas por condições colocadas no cotidiano do processo de trabalho.

1) Condições de trabalho, infra-estrutura e gerência

Nas instituições e serviços de saúde, a atuação de CDs e de TSBs dependem de recursos adequados que devem estar disponíveis, tais como espaço físico, infra-estrutura, materiais, insumos e recursos humanos

suficientes e capacitados, garantindo os meios para que esses profissionais desempenhem suas atribuições e competências de modo a contribuir para a melhoria dessas instituições e serviços (Esposti et al., 2011; Frazão, Narvai, 2009). Pucca (2006) afirma que, para que o TSB venha exercer atividades clínicas individuais e de educação em saúde, há necessidade de espaço físico adequado e infra-estrutura. O Ministério da Saúde já previu tal imperativo, ao estabelecer e disponibilizar recursos financeiros para a aquisição de dois equipamentos odontológicos (cadeira, foco e unidade auxiliar) para o trabalho de uma ESB modalidade II na ESF, composta por CD, TSB e ASB. Contudo, a ausência de infraestrutura para atuação dos TSBs esteve muito presentes nos discursos.

[...] Não tem espaço para colocar mais uma cadeira, alegaram que não podia colocar equipe II [...]. (TSB 8)

[...] Porque eu sou a THD⁷, eu não tenho uma sala, eu não tenho uma mesa, eu não tenho um computador, então eu sou a “pedinte”. (TSB 5)

O *habitus*, como uma matriz geradora de comportamentos e visões de mundo relacionadas ao lugar social dos sujeitos (Bourdieu, 1996), destina ao pessoal do nível médio da saúde sujeições a condições de desvalorização e subutilização de suas funções e atribuições nos serviços de saúde, ora por desorganização destes, ora pela falta de incentivo e infra-estrutura, além de condições de trabalho inadequadas. Segundo os relatos dos profissionais, o

⁷ Será respeitada na íntegra a fala dos sujeitos da pesquisa, apresentando-se ambas as nomenclaturas, ou seja, TDH/TSB e ACD/ASB.

vínculo empregatício é precário, há completa ausência de gerência no processo de trabalho e sobrecarga laboral.

[...] está com falta de ASB, porque até os contratos anteriores, o salário é muito baixo, baixíssimo, então não tinha ASB nenhuma querendo ir para lá [município], e, além disso, não tinha férias, 13º salário e nem insalubridade. (TSB 1)

[...] Cada dia a gente tem uma agenda, fora assim, falta um funcionário na recepção, vamos lá para frente dar uma mão para a recepção atender. É, o dentista que chegou e não tem atendente, vamos arrumar o consultório [...]. (TSB 2)

[...] Eu abracei as duas funções de ACD e TSB [...] precisa ter jogo de cintura, rebolar para poder auxiliar e exercer o nosso cargo de TSB. (TSB 5)

[...] a ACD que tinha, ela ia para o expurgo, então eu acabava sendo ACD e THD na época. (TSB 7)

Em oposição, relatos sugerem que em alguns momentos os TSBs são subutilizados nos municípios, enquanto em outros há engessamento de função, evidenciando a diversidade quanto às múltiplas realidades de trabalho.

[...] A secretaria tem que preconizar que o ACD deve tirar férias junto com o CD, porque senão o THD vai ficar sem atender na escola. Eles pedem para a gente tirar férias junto com as férias escolares, julho ou

janeiro de modo a não atrapalhar o nosso trabalho na escola [...]. (TSB 6)

[...] eu via aquelas crianças com aquelas cáries horríveis, aquela coisa. Eu não podia fazer nada, absolutamente nada. (TSB 8)

Condições precárias de trabalho e de infra-estrutura dos serviços trazem vários problemas aos profissionais. A colaboração e a boa relação no trabalho requerem uma configuração organizacional favorável. Esses determinantes organizacionais incluem apoio administrativo, recursos para a equipe, comunicação aberta e mecanismos de coordenação democrática, cooperação interprofissional, valorização da participação igualitária de todos nos processos de trabalho e liberdade de expressão para que possam falar das suas dificuldades e necessidades (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Além dessas condições, a falta de articulação entre os profissionais, a inflexibilidade, a verticalização das atividades, a falta de democracia nas decisões e nas ações da equipe podem favorecer a uma desarticulação da equipe e a um distanciamento entre esses profissionais, gerando obstáculos não somente na relação entre esses como também em seus processos de trabalho. É necessário que a equipe se organize e se una para não permitir que esses obstáculos afetem seus processos de trabalho (Oliveira, 2006). Entretanto, deve-se ressaltar que esses fatores sempre estão permeados pela subjetividade dos sujeitos, diretamente influenciados por suas trajetórias de formação e qualificação profissional.

2) Formação profissional e qualificação

Cada profissional de saúde aprende seu papel pelo processo de educação de sua profissão, onde esse se torna parte integrante do “mapa cognitivo” do indivíduo. Se este processo de educação foi articulado em um modelo individualista, hegemônico e flexneriano, dificilmente esses profissionais vão conseguir desempenhar seus papéis em um modelo de atenção integral, com trabalho em equipe e ações partilhadas. Assim, no desempenho de papéis, as profissões de maior ascendência social, passam a ter privilégios nos espaços onde se inserem, o que pode gerar várias tensões e conflitos com os demais profissionais que não obtêm tais regalias e dificulta ainda mais a interação e integração destes (Hall, Weaver, 2001). Já durante a formação dos TSBs, os CDs professores demonstraram desvalorização em relação aos técnicos, como percebido no grupo focal:

[...] Tivemos professores que na nossa cara disseram assim: THD para mim é um ACD melhorado [...] porque se estava falando assim na aula, imagina como ele ia respeitar [o TSB]. (TSB 5)

As instituições formadoras, além de dar subsídios técnicos e intelectuais para o exercício da clínica odontológica e das funções e atribuições dos TSBs, devem também promover meios para que esses profissionais se tornem protagonistas nesta co-gestão, principalmente no âmbito do trabalho em equipe, como forma de integração desses com essas instituições, bem como entre si (Pereira, 2008). Na formação do nível médio, a desvinculação da educação geral da educação profissional trouxe prejuízos à formação desses profissionais. Assim, ao invés de terem suas perspectivas de trabalho ampliadas por um processo de educação integral do ser, que deveria prepará-

los para um “contínuo aprender a aprender”, acabou fazendo com que sua formação se restringisse a um elenco de competências e habilidades de bases tecnológicas determinadas pelo mercado de trabalho (Ferretti, 1997; Morin, 2003), conforme representado pelas falas:

[...] porque [a instituição formadora] não dispunha de um aparelho [Radiográfico], a Doutora, que era a nossa professora, ofereceu o consultório dela particular. (TSB 2)

[...] Eu tive que apresentar monografia no meu curso, eu tive que fazer montagem em charneira, eu tive que fazer laboratório com acidente para buco-maxilo. (TSB 4)

Isso confere aos TSBs uma concepção de formação profissional que não possibilita o desenvolvimento de uma visão crítica da motivação sócio-histórica do homem para a produção do conhecimento, mas sim o fazer mecânico, onde se tornam facilmente subordinados (Ferretti, 1997; Morin, 2003). Por outro lado, foi possível perceber que a formação profissional do TSB pode ser mais interdisciplinar, em consonância com os princípios do SUS, mesclando os conhecimentos técnicos aos de Saúde Coletiva.

[...] A minha turma, a gente estudava junto com os acadêmicos, [...] para entrar para começar a fazer o curso, tinha que ter um livro que custava um absurdo, Mario Chaves, Odontologia Social, eu estudei nesse livro; depois eu tive outro livro de Procedimentos de Consultório Básico [...]. (TSB 4)

O TSB deve ser preparado para vivenciar a relação em equipe e para isso também deve estar bem qualificado e recebendo educação permanente, reforçando seus conteúdos e conhecimentos técnicos e clínicos, bem como aperfeiçoando as relações com o CD e com os demais profissionais do serviço (Emmerich, 2009). No entanto, podem estar qualificados, semiquualificados, ou até mesmo sem qualquer preparo formal para o trabalho no consultório odontológico, ou seja, exercendo as atividades após serem treinados e qualificados pelos CDs, de acordo com suas necessidades e metodologias de trabalho (Frazão, 1998).

[...] depois que eu me formei, eu enxergo assim, tanto como existe o técnico ruim, esclarecendo melhor, existe o dentista ruim, o engenheiro ruim, então assim vai da sorte profissional. [...] Se o profissional CD tem um técnico ruim, que aprendeu pouco, que não sabe, ele vai prender um pouquinho. (TSB 4)

Apesar dos incentivos e portarias conjuntas dos Ministérios da Saúde e Educação, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (Brasil, 2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) (Brasil, 2008), as instituições formadoras, nos diferentes níveis de formação, não têm refletido mudanças significativas na conduta do profissional.

Torna-se necessário pensar em uma proposta curricular a favor da educação emancipatória, com conteúdos e práticas que possam evidenciar o trabalho em saúde numa perspectiva integral e em equipe, com prática privilegiada para uma inter-relação dos profissionais que irão constituir tais

equipes, com base no entendimento das relações que se estabelecem entre eles. Deve se basear na solidariedade com o outro, no respeito e na ética, não cabendo mais esse modelo retrógrado, onde alguns grupos, por deterem mais privilégios, passam a determinar todas as regras e atitudes que da equipe (Pereira, 2008).

3) Processo de trabalho e hierarquia

Os TSBs e ASBs estão submetidos à sobreposição de diferentes fontes de poder, autoridades e hierarquias que se estabelecem, correspondendo às funções subordinadas da estrutura das organizações, não possuindo a autonomia característica das profissões de nível superior. A profissão técnica está mais sujeita tanto à ação da autoridade administrativa quanto dos profissionais de nível superior. Em se tratando de ocupações que apresentam menor grau de qualificação e vinculadas diretamente ao espaço no qual a relação entre saber e poder é explícita e valorizada, deve ser evidenciado que é sobre esses profissionais que mais recaem as pressões e controles que emanam da hierarquia, fundados na legitimidade do saber dos outros profissionais de nível superior (Farias, Vaitsman, 2002).

[...] O TSB pode fazer o que o ACD faz. Mas não pode fazer o que o dentista faz. Então existe uma hierarquia aí que, fixa que pode descer, mas não pode subir [...]. Existe isso pré-estabelecido. (TSB 4)

Os conflitos internos em equipes de saúde bucal podem ter como fatores facilitadores o poder desigual entre CD e TSB, como também a complementaridade, apreensão e compartilhamento de um novo objeto de

trabalho passam a conflitar com a autonomia técnica que os profissionais buscam alcançar. O conflito ocorre porque os profissionais buscam uma forma de trabalho tal como a tradição na prática do tipo liberal, atendendo isoladamente e tomando as decisões técnicas por si, baseadas em sua autoridade individual, muitas vezes realizado de maneira quase subjetiva (Schraiber, 1999). A percepção dos TSBs em relação aos modos como os CDs da RMGV-ES interagem nas ESBs foi unânime:

[...] O dentista do ES não abraça o técnico, ele não dá oportunidade pro técnico. (TSB 4)

Contudo, a partir da inserção do TSB no mercado de trabalho experiências positivas puderam ser vivenciadas, incluindo a reciprocidade entre técnicos e CDs, assim expressadas:

[...] Eu tenho colegas na minha turma que sentaram [no equipamento odontológico] desde o início e hoje são excelentes no que fazem, sabe, assim, gostam. (TSB 5)

[...] e quando os profissionais me abraçaram, eu cresci mais ainda. (TSB 4)

Segundo Teixeira (2005), apesar de todas as dificuldades em se lidar com outro profissional e dos conflitos e das relações conturbadas que se estabelecem entre eles, não há como desenvolver sozinho o cuidado em saúde, pois nenhum profissional detém em sua “caixa de ferramentas” todos os

saberes e fazeres necessários para dar conta das necessidades e cuidados integrais aos usuários. Todos os referenciais devem ser tidos como legítimos, mas não suficientes, tornando-se necessário que o trabalho na saúde seja realizado por um coletivo organizado para a produção de atos de saúde centrados no cuidado. É aceitando e valorizando o potencial das diferentes configurações de saberes e fazeres que os encontros são construídos. Nesse sentido, a noção de trabalho em equipe vislumbra tanto uma visão potencializadora das transformações dos modos de fazer saúde bucal quanto dos anseios idealizados para a prática da saúde coletiva no SUS.

[...] a equipe de saúde bucal não é o dentista e o auxiliar, equipe é o dentista, o técnico e o auxiliar, porque eu acho que sem o técnico não é equipe é apenas o dentista e a auxiliar. (TSB 5)

[...] era o nosso sonho trabalhar com as equipes mais inseridas, assim, de participar das reuniões de equipe, fazer visitas no dia certinho, trabalhar mais na equipe com os agentes comunitários de saúde [...].
(TSB 3)

O cuidado da saúde bucal dos usuários não deve ser de responsabilidade ou um campo de competências de somente um profissional ou alguns profissionais, mas sim de vários. Nele, todos os saberes e fazeres dos profissionais que estejam envolvidos nesse processo de cuidado tornam-se recursos em potencial para defender a saúde. Os profissionais responsáveis por esta produção de cuidado, articulados pela dimensão cuidadora, desalienando seu trabalho, podem por meio deste encontro, gerar mais atos de

saúde ao invés de uma produção isolada (Cavalcante Filho, 2007) exclusiva conforme as competências, mas influenciada pelo *campo* dos atores no ambiente laboral (Bourdieu, 1996).

[...] porque eu e minha dentista a gente trabalha em conjunto, precisou de raspagem eu vou cuidar daquela área, para depois ela estar fazendo o procedimento. (TSB 4)

[...] Tem três equipes, tem três dentistas, três TSB, três ASB [...]. Tem minha equipe, tem a dentista, tem a minha auxiliar, tem a minha escola, minha visita [...]. (TSB 7)

[...] eu falo mesmo, a gente até usa a expressão “SUS Gold”, porque lá bate-se na porta, não tem lista de espera. (TSB 6)

Nesse contexto, foi possível compreender que, quando o processo de trabalho da ESB ocorre mediado por encontros, a excelência do atendimento aos usuários pode ser alcançada na atenção à saúde bucal.

4) Perfil, relação interpessoal e mercado de trabalho

Os TSBs e CDs, ao exercerem seus processos de trabalho, trazem consigo toda a subjetividade de seus mundos que são expressos em suas relações interpessoais. Apoiando-se em Foucault (2007), é possível afirmar que a subjetividade é o reflexo de nossa relação com as coisas, por meio e através da história. Essa relação se expressa através do corpo, compreendido não somente como corpo orgânico, mas como corpo construído pelas relações

com as coisas que se encontram ao longo da caminhada e da existência de cada indivíduo. Assim, trata-se da descrição de uma história cujos conteúdos se aproximam de uma estética da própria existência de cada um.

Na subjetividade não há um sujeito teórico, e sim um sujeito sintetizado pelas experiências, nas quais a subjetividade é a própria trama da vida e das relações que se compõem. E essa composição de diferentes universos que habitam cada existência e se configuram sob a forma de afeto sempre será versátil aos novos arranjos, sejam quais forem esses, familiares, institucionais, entre atores de um grupo, ou outros (Latour, 2008; Foucault, 2007; Bourdieu, 1996; Deleuze, 1992; Guattari, Rolnik, 1986). Na relação entre TSBs e CDs o “abraçar” sugere que uma relação afetiva estabelecida que impregna na prática profissional a produção do cuidado:

[...] desde que eu estou na área, eu dei sorte de abraçar bons profissionais, que me acolheram, que me ensinaram mais do que eu já sabia. Então, se uma das outras meninas [TSBs] aqui pegaram um profissional que não tiveram o interesse de ensinar, elas não tiveram como crescer profissionalmente. (TSB 4)

Segundo Dejours (1993), o trabalhador não chega ao local de trabalho como uma máquina nova, ele tem uma história, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, e outros. Uma vez que cada trabalhador tenha características únicas e pessoais e que essas determinem quem de fato são estes trabalhadores, torna-se um desafio uma relação com outro profissional, que também traz sua história, suas características, seus

desejos, aspirações, motivações, bem como receios, medos e dificuldades de se relacionar.

Algumas dificuldades no trabalho em equipe e nas relações entre os profissionais que a constituem, refletindo nesse caso específico sobre os TSBs, podem advir de situações que foram construídas ao longo da história de cada profissão, tais como conflitos, poder, autoritarismo, hierarquia, inflexibilidade, desconhecimento do trabalho e da importância do outro, bem como das suas atribuições e funções legais (Pedrosa, Teles, 2001).

[...] Aí assim aos poucos eu fui acostumando, mas no início foi barra porque às vezes eu batia de frente, meu entrosamento não foi muito legal no início. (TSB 7)

[...] Eu não tive oportunidade de sentar, já fazia consultório particular, mas na prefeitura, na rede, eu não sentei na cadeira e, para dizer a verdade, não tenho a menor vontade. (TSB 6)

Segundo Malory (1987), os conflitos podem ser gerados pelos caminhos diferentes para se alcançar os objetivos, a personalidade dos indivíduos, as diferenças de valores, a superposição ou a falta de clareza de papéis, a falta de informação, ou mesmo o abuso de poder por parte daqueles que têm maior prestígio social. Portanto esse é um fato da vida esperado em qualquer relação interpessoal, e no local de trabalho pode ser um fenômeno natural que, se administrado construtivamente, ao invés de gerar conflitos e desagregações, pode até fortalecer as relações e torná-las mais agradáveis. O que para

Bourdieu (1996) configura-se como a influência do *habitus* e do *campo* dos atores envolvidos no ambiente de trabalho, exemplificado pelos sujeitos:

[...] então você tem que ser respeitada pelo serviço que você faz, que é a sua atribuição; então o que é seu, você faça direito. Não queira fazer o do outro, que aí você já está atropelando o do outro [...]. (TSB 5)

Fleuri (2001) deixa como reflexão que as pessoas trazem heranças significativas em suas vidas, sejam elas culturais, sociais, familiares, de grupo ou individuais, juntamente com experiências e práticas, valores, características e formação específica para exercerem suas funções ou viver sua própria existência. E isso determina a comunicação que essas pessoas irão travar no eu cotidiano, em todos os níveis e dimensões. São relações que se darão entre sujeitos que decidem novos contextos e processos de aproximação, de conhecimento recíproco e de interação.

Na perspectiva de Freire (1999), o ser humano, por não estar enclausurado ao determinismo, ele torna-se inconcluso e, enquanto inconcluso, a todo momento pode se humanizar e construir novas histórias e escolher novos caminhos a serem trilhados, desenvolvendo junto a outras pessoas ou profissionais novas perspectivas de encontros, de trabalhos, de vivência em equipe. No debate se contrastaram tanto a sensação de clausura quanto a de liberdade e reconhecimento social.

[...] eu tinha abertura na cadeira, para estar fazendo alguns procedimentos. Hoje em dia não, nenhuma abertura, não tem cadeira. Consultório vazio, parado tem, mas para a THD trabalhar, não. Igual eu

falei, a minha agenda diária é cheia, direto com palestra e raio X. (TSB 2)

[...] é por isso que eu falo que o meu trabalho ele se faz melhor dando palestras, indo para escola, porque assim eles [usuários] estão conhecendo a TSB, estão conhecendo o trabalho. Se eu ficar dentro do consultório ninguém vai conhecer. (TSB 3)

As condições epidemiológicas de saúde bucal e a racionalização da assistência odontológica no Brasil preconizam que o TSB integre a ESB, na qual o sujeito do trabalho é coletivo e o TSB pode realizar plenamente o sentido social do seu trabalho. Há mais de uma década essa discussão vem sendo realizada por autores como Narvai et al. (1989) e Carvalho (1999), que afirmam que essa participação dos TSBs no trabalho em saúde bucal possibilita liberação dos profissionais de nível superior das funções mais simples, porém não menos importantes, aumentando a cobertura dos serviços odontológicos a um custo menor. Isso sugere novas perspectivas de inserção no mercado de trabalho, tanto no setor público quanto privado, também evidenciadas nos seguintes depoimentos:

[...] eu acho que o mercado, ele, lógico que se eu tiver uma vasta experiência vai ser muito bom para mim, tanto para o meu trabalho como para estar passando para os colegas. Mas para o mercado, o que vale é o certificado [...]. (TSB 6)

[...] Eu acho que falta o CRO soltar mais um pouco, liberar mais o mercado, o técnico, o conhecimento, expandir para você mostrar o seu lado profissional aqui no estado. (TSB 4)

A partir dessas constatações, vislumbra-se a possibilidade dos TSBs traçarem novas histórias, comuns com os CDs, em uma perspectiva coletiva em equipe, com novas vivências, novas intervenções e ações estratégicas para a atenção à saúde bucal no SUS. Deve-se considerar a influência do *campo e habitus* nas relações interpessoais estabelecidas por eles no cotidiano dos serviços.

Considerações finais

A complexidade que permeia o trabalho do TSB junto ao CD torna-se evidente, assim como o fato de não se limitar a questões técnicas, mas estender-se para um jogo de interesses, poder e resistências que envolvem os profissionais. As redes estabelecidas pelo conjunto de fatores alcançam o campo das relações, encontrando-se resquícios da dicotomia saber-fazer e saber-pensar, com valorização distinta entre os profissionais.

Sem o respaldo das instituições acadêmicas, de classe e de serviços, na busca por melhores condições de trabalho, os TSBs tornam-se submissos à autoridade dos CDs e da administração. Nesse contexto, há dificuldades de inserção do TSB no mercado de trabalho, possivelmente gerada por situações construídas ao longo da história da profissão, que obteve uma formação desvinculada da educação geral e sem uniformidade dentro da federação. Por isso, torna-se limitada a perspectiva de novos encontros.

Vislumbra-se a comunicação em saúde, com seus princípios básicos da ética e do respeito à opinião do outro, como mediadora da construção de novos encontros, caracterizados por uma relação horizontal entre os atores envolvidos e pelo conhecimento da realidade pessoal/profissional. A partir disso, por meio do diálogo, serão sinalizados esforços para promover articulações de saberes, que somados poderão favorecer a relação no trabalho e próprio cuidado em saúde bucal. Assim, poderá contribuir para a conformação de um *campo* harmônico, com possibilidade de interação entre CDs e TSBs voltada para a colaboração no cuidado em saúde bucal.

Nesse sentido, a solidariedade, o respeito e a integração profissional na ESB devem ser exercidos diariamente, para que o diálogo possa potencializar o entendimento e o planejamento de ações dos envolvidos, como a constituição de vínculo (Backes, Lunardi Filho, Lunardi, 2005). A partir disso, é possível que a sintonia no relacionamento entre CDs e TSBs surja pela possibilidade de profanar o instituído com vistas a neutralizar os dispositivos de poder, que podem representar uma alternativa de superação dos desafios (Agamben, 2007).

Referências

AGAMBEN, G. **Profanações**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & contexto enferm.**, v. 14, n. 3, set. 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 dez. 2000. Seção 1, p.85.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa de Expansão da Educação Profissional – PROEP**. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/semtec/proep/oqproep.shtm>. Acesso em: 18 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003. Resultados Principais. Brasília, 2004.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101**, de 03 de novembro de 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2011.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html.

Acesso em: 15 jul. 2011.

CARVALHO, L. C. Trabalho e Profissionalização das Categorias Auxiliares em Odontologia. **Rev. Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p.25-33, jan./fev.1999.

CAVALCANTE FILHO, J. B. coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 214-220, abr./jun. 2009

CRUZ NETO, O. et al. **Grupos focais e pesquisa social**: O debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

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

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1993.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, n. 29, p. 339-351, 2009.

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.**, 2011. (no prelo)

FARIAS, L. O; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad Saude Publica**, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, set./out. 2002.

FERRETTI, C. J. Formação Profissional e reforma do Ensino técnico do Brasil: anos 90. **Educação e Sociedade**, n. 59, p. 225-269, ago.1997.

FLEURI, R. M. A questão da diferença na educação: para além da diversidade. In: **25ª Reunião Anual da ANPEd**, Resumos. Caxambu, ANPed, GT 06 Educação Popular, p. 1-15, 2002.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde bucal. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 12, n. 4, p. 329-336 out./dez. 1998.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Sistemas de Trabalho em Odontologia: origens históricas e principais aplicações. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009, p. 201-216.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei nº 11.889/2008: Avanço ou retrocesso nas competências do Técnico em Saúde Bucal? **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, n.1, p. 109-123, mar./jun. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

ASSAD, E. G. **Cirurgião dentista e Técnico em Saúde Bucal: encontros ou desencontros na relação no trabalho**. 2011. Dissertação (Mestrado) –

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2011.

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

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2008.

LIÑAN, M. B. G. **Manual do trabalho e formação do ACD e THD**. São Paulo: Editora Santos, 2009.

MALORY, T. **A morte de Arthur**. Brasília: Thot, 1987.

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

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2008.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NARVAI, Paulo C. et al. Contra o Técnico em Higiene Dental. **Saúde em Debate**, n. 28, p. 59-65, mar. 1989.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface – Comum. Saúde Educ.**, v. 12, n. 27, dez. 2006.

PARANHOS, L. R. et al. Análise da relação entre o cirurgião-dentista e o pessoal auxiliar **Rev. odonto ciênc.**, v. 23, n. 4, p. 365-370, 2008.

PEDROSA, J. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa da saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEREIRA, A. C. Operatória Dentária. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas e Letras, 2008. p. 173-180.

PEZZATO, L. M. A Formação para o Pessoal Auxiliar em Odontologia, No Brasil: Contribuição ao Tema. **Revista Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p.35-40, jan./fev. 1999.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Modelos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

[SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L.](#) et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **Journal of interprofessional Care**, v. 19, Suppl 1, p. 132-47, may 2005.

SERRA, M. C; GARCIA, P. P. N. S. Delegação de funções: utilização de pessoal auxiliar na clínica odontológica. **Rev. ABO Nac.**, v. 10, n. 2, p. 98-104, abr./maio 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 4, p. 221-242, 1999.

TEIXEIRA. R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 585-597, 2005.

ZANETTI, C. H. G. **Observatório de recursos humanos em saúde**. Brasília-DF: ABRASCO, 2009.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABENO, **Subsídios para o projeto pedagógico do curso de Odontologia**, novembro de 2003. Disponível em: <<http://www.abeno.org.br>>. Acesso em: 10 fev. 2011

ABRAHAO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.3, n.1, p.1-3, 2007. Disponível em: <www.uff.br>. Acesso em: 10 set. 2010

ADAMS, J. O trabalho em equipe e criatividade. In: **Energia emocional**. OLIVEIRA, M. São Paulo: Makron, p. 89-100, 1997.

AGAMBEN, G. **Profanações**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007

AGUIAR, A. C. Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização do modelo assistencial. In: **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. P. 155-162.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

ALMEIDA, E. C. S; VENDÚSCULO, D. M. S; MESTRINER-JUNIOR, W. A conformação da odontologia enquanto profissão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.59, n.6, p.370-3, nov./dez 2002.

ANDRADE, M de. História da Odontologia III: enfim, o reconhecimento. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v.7, n1, p.12-17, fev./mar.1999.

ARAGÃO, M. G. S. **Ressignificação do movimento em práticas escolares: o diálogo, a consciência, a intencionalidade** (Tese doutorado). Universidade Federal de Natal, Natal, 2004.

ARANHA, A. V. S. O conhecimento tácito e a qualificação do trabalhador. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n. 2, p. 12 – 29, ago./de., 1997.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva** v.12 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2007

ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 179-182, 2006.

ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. a Formação acadêmica para o Trabalho no Sistema Único de Saúde . In **Saúde Bucal das Famílias – trabalhando com evidências**, coord. Simone Tetu Moysés, Léo Kriger, Samuel Jorge Moysés. São Paulo: Artes Médicas, 2008

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser do humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004

BACHA E BONELLI, 2001. Disponível em http://www.econ.puc-rio.br/PDF/bacha_bonelli.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & contexto - Enfermagem Florianópolis**, v. 14, n. 3, set. 2005

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002

BARON, P. Spectators in the dental scenes of old paintings. In: **Actes du Congrès de L'association Internationale D'histoire de L'art Dentaire**, 2000, Paris. Disponível em: http://www.bium.parisdescartes.fr/sfhad/iahd_06e.htm Acesso em 08 set. 2010.

BELLATO R, CARVALHO E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 janeiro-fevereiro; v. 13, n. 1, p. 99-104.

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

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOTAZZO, C. Da arte dentária. São Paulo: **Hucitec**, Fapesp; 2000

BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**, Botazzo,C; Oliveira M A de; organizadores São Paulo 2008

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº1444, de 28 de dezembro de 2000**. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 29 de dez. 2000 Seção1, 85p.

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

BRASIL, Projeto SB Brasil 2003, **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 Resultados Principais** – Brasília 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. – Brasília, 2004

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

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

BRASIL, Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Proesf Disponível em <http://www.saude.gov.br.2003> - Proesf

BRASIL, **Programa de Expansão da Educação Profissional – PROEP.** Brasília: MEC; 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/semtec/proep/oqproep.shtm>>. Acesso em: 18 de dez de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal.** Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2004

BRASIL, **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101**, de 03 de novembro de 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2011.

BRASIL, **Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 15 jul. 2011.

BUENO, J. H. **Autodesenvolvimento para a empregabilidade.** São Paulo: LTR, 1996.

BUENO, F. S. **Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa.** São Paulo: Lisa, 1988

CALVIELLI, I. T. P. Exercício Ilícito da Odontologia. In: **Compêndio de Odontologia Legal.** SILVA, M. (Coord.) Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p.39-49.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.** Campinas: Unicamp IE, 2002, p. 91-99.

CAMPOS, G. W **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em saúde:** um desafio para o público. Merhy, E. E, Onoko, R, organizadores. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 229-266.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade:** uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista APS**, v.7, n.1, p.47-50. jan/jun, 2004.

CARMO, S. P. **A Ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 1992.

CARVALHO, C. L. **Dentistas práticos no Brasil**: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

CARVALHO, L. C. Trabalho e Profissionalização das Categorias Auxiliares em Odontologia. **Revista Ação Coletiva**. Brasília, n.1, v.2, a.2, p.25-33, jan./fev.1999.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.55-76. jan.-mar. 2006.

CAVALCANTE FILHO, J. B. coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional Rev. **APS**, v. 12, n. 2, p. 214-220, abr./jun. 2009

CECCIM, R. B.; FEUERWERKERL, C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.41- 65, 2004

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHAVES, M. **Odontologia Social**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil S.A. 1977

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos** O Capital Humano das Organizações. 9ª edição . Editora Elsevier - Campus. - 2009.

CORDEIRO, H, Debate. In **Saúde Trabalho e formação profissional**: Amâncio Filho, Antenor (ORG) -, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORSI, F. L. Estado Novo: **Política Externa e Projeto Nacional**. SÃO PAULO: EDUNESP, 2000. 304p.

COSTA, H. Por uma política de saúde bucal.**Revista Espaço Acadêmico** – nº38-Julho de 2004 ISSN 1519.6186.Disponível em:<<http://www.espacoacademico.com.br/038/38ccostahtm>>

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. **El actor y el sistema**: lãs restricciones de la acción colectiva. México: Alianza Mexicana, p. 392, 1990

CRUZ NETO, O. et al. **Grupos focais e pesquisa social**: O debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.

CUNHA, E. M. S. **História da odontologia no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro; Científica; 1952

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

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1993.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992

DELEUZE, G. GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, V.1, p. 1-96, 1997.

DELEUZE, G.; ESPINOSA: **Filosofia Prática**, São Paulo: Ed. Escuta, 2002

DEMO, P. **Participação é conquista**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

DIAS, A. A. et al. Saúde bucal coletiva e legislação à luz da construção de um novo modelo de atenção. In: Dias, A. A. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006. p. 1 - 20.

DINIZ, M. **Os donos do saber**: profissões e monopólios profissionais. Rio de Janeiro: ed. Revan, 2001

DURKHEIM (1973) DURKHEIM, É. Da Divisão do Trabalho Social. In: **Os Pensadores, ao Paulo, Abril Cultural, 1973**.

ELIAS, L. B; COSTA, R. A. Equipe de Saúde da Família: **reconstruindo significados na prática de atenção primária em saúde**. Investigação, v. 9, n. 1, p. 91-99. jan./abr, 2009.

EMMERICH. A. **A corporação odontológica e o seu imaginário**. Vitória: EDUFES, 2000.

EMMERICH, A. ESPOSTI. C. D. D; SANTOS NETO. E. T.; ZANDONADE. E. **Relatório técnico de pesquisa** apresentado ao Núcleo de Educação e Formação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado do Espírito Santo, como requisito final de conclusão das atividades de pesquisa técnico-científicas. Vitória (ES): SESA/Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.

EMMERICH, A., Castiel L. D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Interface** – Comunic Saúde Educ 2009, v. 13, n. 29, p. 339-351.

ESPINOSA, B. **Ética**. São Paulo: Ed. Abril, Coleção “**Os Pensadores**”, 1973.

ESPOSTI C. D. D; Oliveira A.E, Silva M.Z, Lima R.C.D. Perspectivas da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e avanços. **UFES Rev Odontol** 2006; v.8, n. 3, p. 49-54

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. **Saúde soc.**, 2011. (no prelo)

FACCIN, D; SEBOLD, R.; CARCERI, D. L. Processo de Trabalho em Saúde Bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online] 2007. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva>> Acesso em: 10 fev. 2010

FARIAS, L.O; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 1229-1241, set-out, 2002

FERRETTI, C.J. Formação Profissional e reforma do Ensino técnico do Brasil: anos 90. In: **Educação e Sociedade**, Campinas, n.59, p225á 269, Ago.1997

FLEURI, R. M. A questão da diferença na educação: para além da diversidade. In: **25ª Reunião Anual da ANPEd**, Resumos. Caxambu, ANPed, GT 06 Educação Popular, p. 1-15, 2002.

FORTUNA et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: **Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos**. Ver. Latino-am Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 262-8, mar./abr., 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FOUCAULT, M., **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 2004. 288p.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 8ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANCA, M. G. No entrelaçar das complexas tramas políticas e sociais da inclusão escolar: **O trabalho do professor de educação especial**. 2008, 356f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação. Vitória.

FRANCO, T. B. Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado in: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, MERHY et al. p. 161-198. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B. in: **“Gestão Em Redes”**, Pinheiro, R.; Matos, R.A. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006

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

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

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde bucal. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 329-336 out./dez. 1998.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Sistemas de Trabalho em Odontologia: origens históricas e principais aplicações, in Pereira A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. p. 201-216, Nova Odessa: Napoleão, 2009

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei nº 11.889/2008: **Avanço ou retrocesso nas competências do Técnico em Saúde Bucal?** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.9 n.1. p. 109-123,mar./jun. 2011

FREIDSON, E. **La profesión médica: um estudio de sociología del conocimiento aplicado**. Barcelona, Península, 1978.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: **Saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra. 1996.

FREIRE, P. Pedagogia da esperança: **um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido, 17ª. Ed. Rio de Janeiro, **Paz e Terra**, 1987

FREIRE, A. S. O real significado da fluoretação da água. In: **Flúor e saúde coletiva: 50 anos de fluoretação da água no Brasil**. EMMERICH, A. (org); Vitória; EDUFES; 2003. p. 81-95.

FREITAS, S.F.T. de **História social da cárie dentária**. Bauru: Edusc, 2001.

FRIEDRICH, D.B.C. **O Trabalho em Saúde focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família** em Juiz de Fora. (tese doutorado)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2005.151 f.

FRIGOTTO, G. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. Frigotto G, organizador Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 25-54.

FRIGOTTO, G. A dupla face do trabalho: criação e destruição da vida. In: **A experiência do trabalho e a educação básica**. FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. (Organizadores.). Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 15-25.

FRITZEN, S. J. **Relações Humanas Interpessoais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

GARCIA, D. V. (Org.) **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ; ANS; UNESCO, 2005.

GOUVEIA, R., PALMA, J. J. SUS: **Na contramão do neoliberalismo e da exclusão social**. Estudo Avançado vol.13 (35): 139-46 1999

GOULART, I. B. Desenvolvimento das equipes de trabalho. In: **Psicologia organizacional e do trabalho**: GOULART, I. B. (Org) teoria, pesquisa e temas correlatos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 377p.

GUATTARI, F; e ROLNIK, S. Micropolítica: **Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986. .

GUILLERM, A.; BOURDET, Y. **Autogestão: uma mudança radical**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

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

JOFFILY, B. Profissões e o SUS: arenas conflitivas. De Fato a **Revista da CUT**, v.12, p.14-25, 1994.

KOVALESKI, D. F.; BOING, A. F.; FREITAS, S. F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 34, n. 4, p. 161-65, 2005.

KRIGER, L (Cord.). **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003

KUENZER, A. Z. A formação de educadores no contexto das mudanças no mundo do trabalho: Novos desafios para as faculdades de educação. **Educação & Sociedade**, v. 19, n. 63, p. 105-125, ago. 1998

KURZ, R. A origem destrutiva do capitalismo: modernidade econômica encontra suas origens no armamentismo militar. **Folha de São Paulo**. 30.3.1997, p.3.

LASSANCE, M. C; SPARTA, M. Orientação profissional e as transformações no mundo do trabalho, **Rev.Bras. de Orientação Profissional**, v.3, n.1, p.13-19, 2003.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro, editora 34. 2008

LATOUR, B. **A esperança de Pandora**. Bauru, SP: EDUSC, 2001

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978. p. 114

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

LIÑAN, M. B. G. **Manual do trabalho e formação do ACD E THD**, São Paulo: Editora Santos, 2009.

MACEDO, P. C. M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. Rev. **SBPH**. v.10, n.2 .Rio de janeiro, 2007.

MACHADO, R. **Deleuze e a Filosofia**, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990

MAFFESOLI, Michel. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984;

MALORY, T. **A morte de Arthur**. Brasília: Thot, 1987.

MANACORDA, M. A. **Marx e a pedagogia moderna**. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1991.

MANFREDINI, M A. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil in **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalhos e Práticas**, Dias, AA. & Col. Livraria Santos Editora, 2007, p. 43-73.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas**, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5 Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. cap. V, v. 1.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. v.1.

MAZMANIAN, D.; SABATIER. **Implementation and Public Policy**, with a new postscript, University Press of America, 1989.

MEDEIROS, S. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (2): 399-409, 2004.

MELO, M. C. O. L. **Estratégias do trabalhador informático nas relações de trabalho**. Belo Horizonte: UFMG/FACE, p. 411, 1991.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde** características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994. 278p.

MERLO, A. R. C. **A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan./jun. 2005.

MERHY, E.E. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde**: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. Praxis en salud un desafío para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2007, 296p.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus dilemas**: Mudar a Gestão e a lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micro política do trabalho vivo). CEBES. Rio de Janeiro, 1995.

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

MERHY, E. E; CECILIO, L. C. O; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida. **Saúde em Debate**, 33:83-89, 1991.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 2008.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**; tradução Eloá Jacobina – 8ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MOSCOVICI, S. Transformação do grupo em equipe. In: MOSCOVICI, F. Equipes dão certo: **A multiplicação do talento humano**. Rio de Janeiro: José Olímpio, p.5-25, 1996.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 2003.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

MOYSÉS, S. T, et al. A Formação e Desenvolvimento da Equipe de Saúde Bucal, In: **Os dizeres da boca em Curitiba**: Moysés S. J (coord.). Boca maldita, Boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES-SMS Curitiba; 2002.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. HUCITEC. São Paulo. SP; 1994.

NARVAI, Paulo C. et al. “Contra o Técnico em Higiene Dental”. **Saúde em Debate**, Londrina n. 28. Março de 1989. p. 59-65.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2002.

NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal: um olhar no início do século XXI. In: **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. KRIGER, L. (Coord.). 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 475-494.

NARVAI PC, et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev. Panam Salud Publica*. 2006; 19(6):385–93.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: **Muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

NEVES, W. M. J. **As formas de significação como mediação da consciência**: um estudo sobre o movimento da consciência de um grupo de professores. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

NIGRE, A. L.; ALMEIDA, A. H. T. **Direito e Medicina**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora lumen Juris, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **O Processo de produção de serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 1989.

NOGUEIRA, R. P. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU**. SANTANA, J. P. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999. p. 109 – 113.

OLIVEIRA, J. A. A. O técnico de higiene bucal: **Dissertação de mestrado**: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal. Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 27, dez. 2006.

ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In R. Ortiz (Org.), Pierre Bourdieu: **Sociologia**. São Paulo: Ática.1983, p. 7-36.

OPAS (ou Organização Pan-americana de Saúde. **Declaração de Alma Ata**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>, Acesso em: 14 de janeiro de 2011.

PAIM, J. S, Temas em Saúde, **O Que É o Sus** Editora Fiocruz 2009.

PARANHOS, L. R et al. Análise da relação entre o cirurgião-dentista e o pessoal auxiliar *Rev. odonto ciênc*. v. 23, n. 4, p. 365-370, 2008.

PEDROSA, J. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa da saúde da família. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.3, p. 303-11, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre o trabalho e interação. 1998. 268f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 161-77.

PEREIRA, A. C.; MOREIRA, B. W. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 1992; 46(5): 851-4.

PEREIRA, A. C. Operatória Dentária. In. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde**: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

PEZZATO, L. M. “A Formação para o Pessoal Auxiliar em Odontologia, No Brasil: Contribuição ao Tema”. **Revista Ação Coletiva**. Brasília, n.1, a.2, v.2, p.35-40, jan./fev. 1999.

PEZZATO, L. M.; COCCO, M. I. M. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 212-219, set./dez. 2004.

PEZZATO, L. M.; MONTEIRO, M. I.; BAGNATO, M. H. S. **Processos de formação do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário no Brasil**: algumas memórias. Odontologia e Sociedade, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 39-49, 2007.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P., SILVEIRA M. R. O trabalho em equipe. In: Santana JP, organizador. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p 45-50.

PINTO V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 1992.

PINTO V. G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.23: 509-14, 1989.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998, p. 159-178.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras Enfermagem**. 2000; 53: 251-63.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e Enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p.83-92, abr/out.2000.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

QUELUZ, D. P. Recursos Humanos em Odontológica. In: **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. PEREIRA, A.C. São Paulo: Napoleão, 2009. p. 162-198.

QUELUZ, D. P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 20, n. 49, jul./set. 2005.

RAUSCH, D. Sobre a Cosmovisão: **A proposta topológica de Pierre Bourdieu e o interacionalismo simbólico**. Boletim CLCH-24. Londrina UEL. 1993. p.51-60.

RICCI, I. D. **A ciência odontológica e sua legitimação** [monografia]. Campinas (SP): Centro de Estudos Odontológicos São Leopoldo Mandic; Campina, 2005.

RING, M. E. **Dentistry: Na illustrated history**, 320 pages, New York: Abrams-Mostoy, 1986.

RICHARDSON, R J. Pesquisa Social: **Modelos e Técnicas** – São Paulo: ed. Atlas, 3ª edição, 1999.

RIVERA, F. J. U.. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ 2003.

RODRIGUES, M. P. **O Fazer em Saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Natal/RN, 2003.

ROSENTHAL, E. **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo; Santos; 2001.

SANTOS, J. A.; PARRA FILHO, D. **Metodologia Científica**. Futura, São Paulo, 1ª ed., 1998.

SAN Martín-Rodríguez, L; et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **J Interprof Care**. 2005 May;19 Suppl 1:132-47.

SANSON, C. **Trabalho e subjetividade**: da sociedade industrial à sociedade pós-industrial..156f.Tese(doutorado)- Universidade Federal do Paraná, Ciências Humanas, Letras e Artes.Curitiba 2009.

SERRA, M. C; GARCIA, P. P. N. S. Delegação de funções: utilização de pessoal auxiliar na clínica odontológica. **R. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.98-104, abr./maio, 2002.

SERRÃO, M. I. B. **Aprender a ensinar**: a aprendizagem do ensino no Curso de Pedagogia sob o enfoque histórico-cultural. São Paulo: Cortez, 2006. p.93.

SCHERER, M. D. A.; PIRES D.; SCHWARTZ Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**. 2009; v. 43, n. 4, p. 721-25.

SCHRAIBER, L. B et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde**: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.4, v.2: p.221-242, 1999.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out.-dez, 2000.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.

SOUZA, T. M. **A Incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família** no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial [dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov., 2007.

TEIXEIRA. R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005. v. 10, n.3, p. 585-597

THIRRY-CHERQUES, H. R. **Métodos estruturalistas**: pesquisa em ciências de gestão São Paulo: Atlas, 2008.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TOMASSO. S. **Atribuições dos auxiliares odontológicos e suas implicações éticas e legais** [dissertação]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul/ago, 2003.

WARMLING, C. M.; CAPONI, S.; BOTAZZO, C. Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 1, p. 115-122, 2006

WEYNE, S. A construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um Desafio para as Novas Gerações, In ABOPREV: **Promoção de Saúde Bucal**/Coordenação Léo Kriger – 3ª Ed. – São Paulo: Artes Médicas, 2003.

WERNECK. M. A. F. **A Saúde Bucal no SUS**: Uma perspectiva de mudança. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1994.

WERNECK. M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: **Ministério da Saúde. Guia Curricular** para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Brasília, 1998, v.2. p. 247-60.

ZANETTI, C. H. G. As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: **O caso das políticas de saúde bucal**, no Brasil dos anos 80. Rio de Janeiro, 1993. 122p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

ZANETTI, C. H. G. **Observatório de recursos humanos em saúde** Brasília-DF ABRASCO, 2009.

ZANETTI, C. H. G (2000). Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) **proposição e programação**. 28p, disponível no site www.saudebucalcoletiva.unb.br Brasília - DF. Fevereiro de 2001.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária no estudo denominado: O Processo de trabalho do Cirurgião Dentista e o Técnico de Saúde Bucal na região metropolitana de Vitória ES. O Objetivo deste estudo é avaliar o processo de trabalho entre o cirurgião- dentista (CD) e o Técnico de Saúde Bucal (TSB).

Este documento tem como objetivo prestar conhecimento sobre o estudo e formalizar seu consentimento em participar como sujeito. O termo de consentimento é necessário para que se configure a sua participação de livre e espontânea vontade no estudo, tendo direito de interromper livremente a sua participação ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização. O grupo focal será conduzido de acordo com a sua disponibilidade e será utilizado material de áudio e vídeo para gravação se assim, permitir. As informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a sua privacidade e anonimato, uma vez que, não haverá identificação dos participantes e os dados serão analisados em conjunto

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Eunice Assad Galvêas (Mestranda em Saúde Coletiva)

Prof.^a Dr. Adauto Oliveira Emmerich (Orientador)

Eu, _____ , estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, è por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a divulgação dos resultados, como dispostos nos termos supracitados.

Vitória , ____ de _____ de 2010

Assinatura

APÊNDICE B - Roteiro de discussão: temas norteadores

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

QUESTÕES NORTEADORAS

1- A trabalho do CD e do TSB no decorrer da história dessa profissão e o que isso trás para você?

2- Como é o cotidiano de trabalho na Unidade de Saúde em que vocês trabalham?

Como estão as condições de trabalho na Unidade de Saúde em relação ao programa de saúde bucal?

3- Como é o trabalho/relacionamento entre os membros da equipe de saúde bucal? E especificamente o TSB? E com os outros profissionais da Unidade?

5 – Quais os principais coisas boas, prazerosas no seu trabalho? E as principais dificuldades?

6 – Vocês sentem que a formação profissional os preparou para o trabalho que vocês executam na UBS? Quais pontos positivos vocês poderiam apontar? E quais pontos negativos?

7 - Qual a importância das entidades de classe nessa questão desse trabalho?

8- O que vocês sugerem para que seu ambiente de trabalho fique cada vez melhor?

ANEXO 1 - Termo de consentimento Institucional

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde
Gerência de Recursos Humanos
Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Núcleo de Educação e Formação em Saúde

Secretaria
da Saúde



OF/SESA/GERH/NUEDRH/NUEFS/Nº 009/10

Vitória/ES, 04 de fevereiro 2010

Senhores,

Em atendimento a solicitação para utilização dos dados obtidos na pesquisa “Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas, potenciais docentes do Curso Técnico em Higiene Dental da Região da Grande Vitória – ES”, produzida pelo Núcleo de Educação e Formação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, no projeto de pesquisa intitulado “O Processo de Trabalho Cirurgião-Dentista e o Técnico em Saúde Bucal”, nos pronunciamos favoráveis de acordo com o Termo de Consentimento Institucional em anexo.

Atenciosamente

Naya Nunes de Athayde

Secretaria de Estado da Saúde - SESA
Chefe do Núcleo de Educação e Formação em Saúde

Universidade Federal do Espírito Santo
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Ilmº. Senhor

Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira (PPGSC-UFES)

ANEXO 2 – Termo de Liberação comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 28 de maio de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Adauto Emmerich Oliveira
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“O Processo de Trabalho do Cirurgião Dentista e o Técnico de Saúde Bucal na região metropolitana de Vitória – ES”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **044/10** intitulado: **“O Processo de Trabalho do Cirurgião Dentista e o Técnico de Saúde Bucal na região metropolitana de Vitória – ES”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 26 de maio de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Prof. Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES