

JOSÉ ANTÔNIO ABREU DE OLIVEIRA

**O TÉCNICO DE HIGIENE BUCAL: TRAJETÓRIA E TENDÊNCIAS DE
PROFISSIONALIZAÇÃO COM VISTA AO MAIOR ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL.**

Dissertação apresentada à Área de Concentração
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de
Saúde do Programa da pós-graduação da Escola
Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo
Cruz para a obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública

**Orientadora: Prof^a. Maria Helena Magalhães
de Mendonça**

**RIO DE JANEIRO
JUNHO DE 2007**

TERMO DE APROVAÇÃO

JOSÉ ANTÔNIO ABREU DE OLIVEIRA

**O TÉCNICO DE HIGIENE BUCAL: TRAJETÓRIA E TENDÊNCIAS DE
PROFISSIONALIZAÇÃO COM VISTA AO MAIOR ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE BUCAL.**

Dissertação apresentada e defendida como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde e Núcleo de Estudos Políticos Sociais de Saúde –
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – DAPS/NUPS/ENSP/Fiocruz

Em memória de João Campos e Anita.
Para Geraldo, meu irmão, fonte de força, apoio e inspiração

AGRADECIMENTOS

Alguns agradecimentos são necessários. Sem a colaboração fundamental e incentivo destas pessoas não conseguiria iniciar, prosseguir e finalizar o mestrado. Assim, do lado esquerdo do peito advêm tais nomes que, carinhosamente registro.

Grato, pois:

À Maria Helena Magalhães de Mendonça, pela atenção, paciência e apoio dedicados, sempre disposta na orientação de meus estudos.

À Maria Alicia Ugá, Elizabeth Artmann, Mônica Martins, Lígia Giovanella e Cláudia Travassos, professoras da ENSP que, por motivos diversos, têm a ver com esta jornada.

Ao Prof. Carlo Henrique Goretti Zanetti, por suas importantes e fundamentais sugestões.

Aos professores Paulo Capel Narvai, Ernesto Pilloto Gomes de Medeiros, Osdyr Brasileiro Mattos, Aprígio da Silva Freire e Mário Chaves, pelas entrevistas concedidas e sugestões.

À Fiocruz, pela bolsa.

À Marlene Abib Fabri e à Prefeitura Municipal de Varre-Sai por me autorizarem a cursar o mestrado e me licenciarem neste tempo das minhas funções, compreendendo a importância de um mestrado em Saúde Pública em uma instituição de grande prestígio. Espero reverter para a comunidade o muito que aprendi.

Aos amigos e amigas Nazira Abib Vargas e Marcelo Abib Ramos. Navarro, Rosa e Laureana, pelo suporte em momentos especiais.

À minha irmã Clara Solange, meu sobrinho Hugo e o trabalho colaborador de Marilda e Maria.

À presença afetiva constante de Teca e Irmã.

LISTAS

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE PESSOAL AUXILIAR EM ODONTOLOGIA, COM FOCO NO AUXILIAR TÉCNICO, SEGUNDO PERÍODO DE PUBLICAÇÃO-----	15
QUADRO 2 - TRAJETÓRIA E TENDÊNCIAS DE PESSOAL AUXILIAR EM ODONTOLOGIA NO BRASIL E NO MUNDO-----	16
QUADRO 3 - PERFIS DO THD-----	119

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCD	Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas
Abeno	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
Abrasco	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Atendente (ou Auxiliar) de Consultório dental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Dental Americana
AHD	Auxiliar de Higiene Dental
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas
BBO	Bibliografia Brasileira de Odontologia
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CBSBC	Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CEB	Câmara de Educação Básica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO	Cariados, Perdidos, Obturados (índice)
CPOS	Centro de Pesquisas em Odontologia Social
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CTASP	Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público
DMF	Decayed, Missing and Filled teeth (índice)
DOS	Divisão de Organização Sanitária

DRHUS	Departamento de Recursos Humanos para a Saúde
ECEO	Encontro Científico dos Estudantes de Odontologia
Enatespo	Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas FOB
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
IAIA	Instituto de Assuntos Interamericanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MES	Ministério da Educação e Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAO	Pessoal Auxiliar de Odontologia
PC	Procedimento Coletivo
PI	Procedimento Individual
PISE	Programa Integrado de Saúde Escolar
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PLE	Projeto Larga Escala
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPI	Procedimentos Preventivos Individuais
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
Prevsáude	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RSP	Repartição Sanitária Panamericana
SBC	Saúde Bucal Coletiva

SCAD	Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SNFO	Serviço Nacional de Fiscalização de Odontologia
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SODF	Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TPD	Técnico em Prótese Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRGN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Ultramig	Universidade do Trabalho de Minas Gerais
Unesp	Universidade Estadual Paulista
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

RESUMO

Este trabalho buscou identificar, ao longo do tempo, os tipos de auxiliares em odontologia que influenciaram a construção de perfis para a regulamentação da profissão do Técnico em Higiene Dental no Brasil. Para tanto, embasou-se em levantamento de bibliografia nacional e estrangeira; em análise dos textos fundamentais da década de 60 e 70, para captura do espírito de cada época e das influências da mesma sobre o monopólio do exercício da odontologia, e em entrevistas com especialistas que vivenciaram o período em recorte. A partir da compreensão histórica dos tipos básicos e da observação de alterações ou inovações apontadas na divisão social do trabalho em odontologia, objetivou-se examinar os quatro perfis do THD desenhados no Brasil e propostos pelos Plano de Reorganização da Atenção Básica; Consolidação das Normas do Conselho Federal de Odontologia; Classificação Brasileira das Ocupações e Projeto de Lei 00003/2007, este último em trâmite no Senado para sua definitiva aprovação. Os perfis foram observados sob a luz das potenciais possibilidades de contribuição do THD na assistência restauradora, na prevenção às doenças e na promoção de saúde bucal, que, de acordo com experimentos clássicos sobre aumento de produtividade, justificariam ou não sua utilização no âmbito da assistência, em especial, na estratégia de Saúde da Família respondendo as necessidades sociais.

Concluiu-se que todos os perfis exigem reparos, e que o desenho do perfil apresentado pelo PL 00003/2007 não se adequa ao objetivo de conferir a este profissional atribuições potencializadoras de ganhos econômicos para o sistema assistencial, além de limitar o profissional em suas funções assistenciais e preventivas.

Palavras Chaves: Pessoal Auxiliar em Odontologia, Técnico de Higiene Dental, Saúde Bucal Coletiva, História das Profissões, Alta Cobertura na Assistência.

ABSTRACT

This work aimed to identify basic types of dental auxiliaries that influenced the “Dental Hygiene Technician” (THD) in Brazil throughout the history. In order to achieve this, it searched national and international literature, analyzed documents of outstanding importance from the 60’s and 70’s to capture the feelings and influences of each period. Besides, interviews were done with experts who lived in each period. From a historical understanding of those basic types of dental auxiliaries this work examined 4 “Dental Hygiene Technician” profiles in Brazil, as proposed by the “Plano de Reorganização da Atenção Básica”; “Consolidação das Normas” of the Federal Council of Dentistry; Brazilian Classification of Occupations and Law Project N° 00003/2007. The last is still in the Senate for final approval. The profiles were observed to investigate possible contribution of the THD on clinical services, and prevention and promotion of oral health, which would or would not justify their use according to classic experiments regarding productivity, It was concluded that all profiles need changes, and the profile showed in PL 00003/2007 does not fit the objective to give this professional tasks economic gains for the care system, in addition to limit the professional in their functions and preventive care.

Key Words: Personnel Dental Auxiliaries, Dental Hygiene Technician, Community Dental Health Care.

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	7
2.1. Elementos Teóricos	7
2.2. Procedimentos Técnicos.....	12
3. O THD: ANTECEDENTES E EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	21
3.1. Enfermeira Dental da Nova Zelândia	29
3.2. Modificações nos Padrões de Utilização e Formação de Auxiliares de Odontologia: o Surgimento de Auxiliares Instrumentadores.	352
3.3 Emergência do Técnico	37
4. A IMPLANTAÇÃO DO SESP NO BRASIL E DE UM NOVO AGENTE DE SAÚDE : A AUXILIAR DE HIGIENE DENTAL	42
5. OS ANOS 60: DEFININDO A UTILIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DE AUXILIARES INSTRUMENTADORES NO BRASIL	54
6. OS ANOS 70: NOVOS TIPOS DE AUXILIARES ENTRAM EM CENA.	72
7. BIFURCAÇÃO DE CAMINHOS NA JORNADA PARA DEFINIÇÕES DO PERFIL DO TÉCNICO: A VEREDA MERCADOLÓGICA ASSOMBRADA POR FANTASMAS E A IMPERFEITA VIA PÚBLICA	96
7.1. A via Coletiva em Construção.....	96
7.2. A via em retrocesso: os fluxos da contramão	1139
8. OS DIVERSOS PERFIS DO TÉCNICO	117
8.1.COMPARAÇÃO	E
DISCUSSÃO.....	1252
8.2. Perfil Proposto pelo Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica	1252
8.3. Perfil Descrito na Consolidação das Normas De Procedimento do CFO.....	1274
8.4. Perfil Descrito na Classificação Brasileira das Ocupações	1296

8.5. Perfil Descrito no Projeto de Lei 00003/2007, que Tramita no Senado.....	1307
9.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS bibliográficas	140

1. INTRODUÇÃO

A Saúde da Família (PSF) foi definida pelo Ministério da Saúde como “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos inseridos em um grupo familiar, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”. A primeira etapa de sua implantação remeteu a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, teve início a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde definida dentro do PACS (RONCALLI, 2003; HEIMAN E MENDONÇA, 2005).

As ações de saúde bucal passaram a ser incluídas na estratégia do PSF com a publicação de portaria ministerial, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família e definiu seus objetivos (BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000).

Este instrumento administrativo foi regulamentado com a aprovação das normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, Portaria nº 267, de 06 de março de 2001).

Há que se destacar a importância destas duas Portarias, posto que estabeleceram critérios e normalizações de modalidades de equipes com a inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família (ESF): Modalidade I, composta por um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e Modalidade II, que incluiu o CD, o ACD, e um técnico em higiene dental (THD).

A inclusão nesta segunda modalidade do THD, objeto de nossa investigação, foi percebida como um fator facilitador para a estratégia de SF no sentido de obter maiores ganhos de saúde para a população quanto: “melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira”; (...) “orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF”, e “assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal” (BRASIL, 2001: 1).

A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica revisou toda a normatização sobre Atenção Básica, revogou 27 Portarias que tratavam da AB, e reuniu em um único documento sua regulamentação. Neste manteve-se a estrutura divisional anterior das modalidades de equipes de saúde bucal, permanecendo a inclusão da THD na Modalidade II (BRASIL, Portaria nº 648, de 28 de março de 2006).

É relevante lembrar que o Ministério da Saúde, desde 2003, investiu consideravelmente em Saúde Bucal. Conforme publicado na página oficial da Internet do Programa Brasil Sorridente:

Em 2003, foram investidos cerca de R\$ 90 milhões em incentivos para a saúde bucal no Saúde da Família, superando em R\$ 40 milhões os investimentos do ano anterior. Ainda em 2004, o relatório do Tribunal de Contas da União apontou um crescimento de 45% nos atendimentos realizados, fato jamais registrado anteriormente. (...) O Brasil Sorridente recebeu em 2006, investimentos de mais de R\$ 1,3bilhão (BRASIL, 2007).

O esforço de colocar a Saúde Bucal na agenda governamental tomou nova dimensão no Governo Lula para as ações de saúde coletiva quando ele lançou, no Ceará, o Programa Brasil Sorridente:

... E por que a saúde bucal nunca foi tratada como uma questão de saúde? Porque a questão da saúde bucal é uma doença de pobre, não é uma doença de rico. Rico começa a tratar o dente ainda quando tem dente-de-leite. Pobre só começa a tratar o dente quando os dentes começam a cair ou a doer demais. Então, por ser uma doença de pobre, o tratamento odontológico nunca foi colocado nos grandes planos de saúde como uma coisa necessária e importante para o nosso país (BRASIL, 2004a: 2).

O Brasil Sorridente foi a segunda denominação que serviu de bordão para a Política Nacional de Saúde Bucal. Esta reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades. Objetiva englobar tanto as ações preventivo-promocionais quanto as ações de assistência clínica, pensando a Saúde Bucal também como um modelo de atenção composto por diversos níveis.

O Brasil Sorridente propõe um trabalho conjunto entre as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e as da Saúde da Família (PSF). Para o âmbito das especialidades odontológicas, criou e implantou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e também preconizou a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). O Brasil Sorridente ainda

objetiva viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas nos municípios, entre outras ações coletivas de saúde.

As metas do Brasil Sorridente, quando de seu lançamento, em 2004, propunham, entre outras, o crescimento do número de equipes de Saúde Bucal que atuavam no PSF - de 6 mil (2003) para 16 mil (2006). Até outubro de 2007, o número de equipes de saúde bucal no PSF alcançou um total de 15.346 (incluídas aqui as equipes de Modalidades I e II).

Diante do exposto, podemos afirmar que existe, no país, no presente momento, uma política pública de atenção à saúde bucal buscando dar conta de uma imensa dívida de saúde bucal no país, revelada na última Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios – PNAD, referente ao ano de 2003 (TRAVASSOS, 2005) e do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira em 2003, conhecido como SB BRASIL 2003 (BRASIL, 2004b). Os números da PNAD revelavam uma porcentagem de população de 38,5% nas camadas mais pobres que jamais tiveram acesso aos tratamentos odontológicos clínicos.

Neste contexto, a inserção do Técnico de Higiene Dental (THD), um tipo de auxiliar odontológico de nível médio, na equipe de Saúde Bucal dentro da estratégia de SF representa um elemento chave para contribuir com as ações assistenciais e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, num cenário de marcada prevalência das cáries dentárias, que redundam, ao fim, nas mutilações da arcada dental com as perdas de seus elementos hígidos.

Assim, para a análise política da estratégia que busca organizar o trabalho em Saúde Bucal, decidiu-se por uma investigação sobre as atribuições do THD, uma vez que este é um profissional de grande importância para a racionalidade da organização do processo de trabalho, i.e., à economia. Pretendeu-se, também, revisar em profundidade a produção científica e observar que pensamento se está construindo ao longo das décadas sobre o técnico em higiene bucal, de acordo com a variedade de temas abordados. O levantamento nos guiou na compreensão do que se consolidou no período de tempo pesquisado e no permitiu perceber as rupturas contra-hegemônicas que criticaram o monopólio do cirurgião-dentista sobre o processo de trabalho em saúde bucal e aprofundaram ao longo do percurso a tendência atual a repartir o mesmo com outros profissionais buscando ampliar o acesso a atenção em saúde bucal

Partiu-se do pressuposto que se o THD não possuir um perfil de atribuições que o permita ser alocado na assistência e em ações de promoção e prevenção das doenças da boca (fundamentalmente como multiplicador), onde possa atuar como um técnico pleno para ganhos reais de produtividade e maior circulação da informação, não se estará fazendo valer um dos pilares do SUS que é a ampliação do acesso aos serviços de saúde, tanto quanto não se estará valorizando o THD como um profissional capaz de contribuir para a administração de recursos.

2. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

2.1. ELEMENTOS TEÓRICOS

O levantamento extenso da literatura objetivou levantar quais as principais motivações que influenciaram as decisões da política de saúde bucal no Brasil para a emergência do Parecer MEC/CFE nº. 460/75, que dispõe sobre a habilitação em nível de 2º grau de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dental. Este Parecer criou a ocupação do THD. Intentou-se também compreender em que medida o instrumento jurídico correspondeu às necessidades da época e como se comportaram as instituições que, em demanda, se interpunham no mercado e nos serviços públicos.

Sob quais paradigmas foram invocadas, e quais suas origens? Que diferenças fundamentais se percebem no perfil de habilitações do técnico que contribuíram para experiências exitosas nacionais e internacionais e o perfil de THD que se está gestando na nova legislação que finalmente regulamentará tal profissão? Quais foram os conflitos daquela época e em que medida foram ou não superados? Uma vez que é crescente o número de escolas técnicas de saúde que formam THD, notadamente para o setor público (KOVALESKI; BOING; FREITAS, 2005: 164), e que o investimento nesta formação implica gastos públicos consideráveis, é importante conhecer quais visões hegemônicas puderam e podem estar atuando desde a emergência do THD (em suas origens) até o presente momento, se para a absorção total do potencial do THD ou se apenas para a parcialidade de suas atribuições.

Compreendendo que a programação para os serviços de saúde também forjam espaços de disputas políticas, ideológicas e arena de interesses, a pesquisa buscou apreender a essência, as raízes do esforço intelectual sobre formação de auxiliares, a hegemonia de certas práticas e a influência das mesmas no espaço micropolítico do trabalho.

Para tanto, fez-se o levantamento exaustivo da produção intelectual científica sobre o THD. O que se pretendeu foi obter o panorama geral das idéias (principais) em disputa no Brasil para a formulação das políticas de saúde bucal e de intervenção direta na organização das práticas.

O parâmetro para se afirmar que o THD é fundamental para o acesso aos serviços de Saúde Bucal foi primordialmente econômico. Na imensa maioria dos trabalhos consultados sobre auxiliares em odontologia foi ressaltada esta importância. Desde Fones, ao organizar suas higienistas dentais no alvorecer do século XIX, percebeu-se que o tempo no consultório poderia ser melhor administrado com o uso de auxiliares. Concluiu ele que um auxiliar bem treinado para executar trabalhos relativos à profilaxia e higiene deixavam o dentista livre para os procedimentos restauradores. Desta forma, pode-se creditar a ele a moderna divisão do trabalho odontológico (MOTLEY, 1988: 3). O histórico sobre os vários arranjos de auxiliares no mundo evidenciou uma notada busca por racionalização, aumento da produtividade e da qualidade. São também estes três pilares que embasam a justificativa principal desta dissertação.

Segundo KOVALESKI, BOING e FREITAS (2005: 162), a temática de pessoal auxiliar em odontologia foi historicamente levantada como bandeira de luta pelos movimentos que discutem a prática odontológica no Brasil. Lembraram eles que esta temática esteve presente como proposta na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)¹, na 2ª CNSB², no X Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público e Odontológico (ENATESPO)³, e na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁴. Esta última reafirmou a necessidade de órgãos do governo incentivarem a formação de ACD e THD com vistas à composição da equipe de saúde para uma prática produtiva, eficaz e eficiente e de priorizarem a qualidade dos serviços e a amplificação do acesso da população ao atendimento odontológico.

Para ZANETTI (2005: 11), a ausência de THD nas ESF é “racionalmente insustentável” e, na prática, essa ausência só se justifica quando compreendida como estratégia de transição, isto é, com prazos para que esse recurso humano passe a figurar nas equipes. Tal ausência, para o autor, é sempre um resultado complexo do somatório de contingências e vicissitudes locais, estaduais e nacionais que se justificam historicamente.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 1986

² Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 1992.

³ X Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público e Odontológico (ENATESPO). Documento final. Balneário Camboriú; 1995.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília; 2000.

Mas quais são estas justificativas? Se as atribuições do THD forem examinadas nos documentos que procuraram regulamentar sua profissão (na falta de um instrumento jurídico adequado), notará que algumas delas (outras não) sinalizam o quanto este profissional auxiliar poderia potencializar as atividades em equipe, desde que alocado na diminuição da incidência e da prevalência das doenças bucais. Assim, por que ocorre a desvalorização do THD, ou seja, quais os motivos, históricos e racionais que poderiam explicar as perdas de função do THD e contribuir para a utilização limitada do profissional, em especial na assistência?

A desvalorização do THD é de origem complexa e não pode ser vista apenas de um ângulo, ou somente de um ponto de vista de um determinado ator. É preciso esmiuçar o problema, verificar todos os cenários e perspectivas que contribuem para tal perda de valor, posto que a realidade é múltipla e multifacetária. Sua realidade não é redutível; vários são os pontos de vistas envolvidos.

As metas da política nacional de SB são viáveis. Mas há falta pessoal de nível médio para seu cumprimento. Em estudo sobre a relação do número de auxiliares de odontologia e de cirurgiões dentistas no Brasil, KOVALESKI, BOING E FREITAS (2005: 164) afirmaram que o número total de ACD e THD é pequeno e sua relação inadequada em comparação à quantidade total de dentistas no Brasil. A média nacional, em 2005, encontrada por eles foi de 1THD/36CD. No PSF, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (2009) existem implantadas 16. 393 equipes de saúde bucal na Modalidade I e apenas 1. 425 na Modalidade II (aquela que conta com o THD). A resistência e as dificuldades à formação do THD foi considerada pelos autores, que identificaram entre suas causas a pouca visibilidade social dessa ocupação, a falta de uma política nacional de recursos humanos e a posição dos setores odontológicos mais conservadores, alimentando idéias de que os THD tomariam o mercado de trabalho dos CDs ou que se tornariam práticos, questões historicamente superadas (KOVALESKI, BOING E FREITAS (2005: 164 e 165).

A presente pesquisa tem como principal fonte de inspiração os estudos de ZANETTI a respeito do THD que associam uma premissa de gestão com uma preocupação com o usuário dos serviços de saúde bucal públicos. Segundo ZANETTI (2007), a Odontologia é um conjunto de ocupações que, desde meados do século XIX e especialmente nas primeiras décadas do século XX, alcançou o status de profissão mediante a divisão de competências resultante da negociação

dos grupos de interesses, em disputa, no campo das profissões da saúde que se formou em torno do processo de profissionalização da Medicina. Desta forma, se os avanços da profissionalização da Medicina permitiram atribuir às ocupações odontológicas o status de profissão, por sua vez, o avanço da profissionalização da Odontologia fez surgir em meados do século XX, processos e negociações que definiram, e ainda continuam a definir, o campo das profissões da saúde bucal sob a hegemonia da Odontologia. Para o autor (ZANETTI, 2007: 5), o aprofundamento do processo de profissionalização da Odontologia brasileira demanda racionalização. Atribuições outrora consideradas importantes para o cirurgião-dentista perdem a relevância.

Foi esta mesma dinâmica que estabeleceu o desenho das ocupações odontológicas técnicas de nível médio (Técnicos de Prótese Dentária - TPD, e Técnicos de Higiene Dental - THD) e nível auxiliar elementar (Auxiliares de Consultório Dentário - ACD). Quanto ao Técnico de Higiene Dental (THD), hoje no Brasil ele é um profissional cuja participação no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF) está em evidência, seja pela franca expansão do número de ESF, seja pelas discussões sobre a regulamentação legal desta categoria profissional no Congresso brasileiro.

ZANETTI defende que há muito de irracional nas discussões sobre a regulamentação legal do THD, dado o peso das tradições e das emoções envolvidas nestes processos. Encontra ele, porém, elementos de racionalidade presentes, em sua maioria, expressos pelas posições ideológicas⁵. Quando não ideológicas, e se os elementos de racionalidade são orientados a fins, estes não se embasam em princípios administrativos, mas em interesses profissionais. O autor diz que muito pouco, ou quiçá, quase nada, de elementos racionalizadores estão voltados para a administração no debate atual. Isto ocorre porque o foco da discussão, velado ou não, está nos interesses dos Cirurgiões-dentistas (CD) e não em objetivos claros de utilidade e justiça do exercício profissional do THD.

O autor (ZANETTI, 2007: 5) afirma que o processo de profissionalização dos THD se faz dependente do processo de profissionalização dos CD, o que faz surgirem vicissitudes históricas e locais. Complexidades inerentes a atualidade dos CD em pletora no Brasil desdobram-se sobre as expectativas e

⁵ De acordo com Zanetti, aqui entendidas como mecanismos de formação de preferências a baixo custo de informação.

interesses dos THD. Fora deste quadro de plethora muitos dos conflitos atuais em torno da questão, provavelmente não ocorreriam.

Dessa forma, em tal ambiente, os CD conformam um número significativo de profissionais credenciados atuando na zona cinzenta da desprofissionalização. Diz o autor:

Assombrados pelo seu espectro, quando mobilizados como grupo de interesse, constituem uma expressiva caixa de amplificação dos discursos ideológicos que vocalizam oposição política à atribuição jurídica do status de profissão aos THD, mesmo quando os THD são representados para figurar numa situação futura que os mantêm em franca subordinação aos cirurgiões-dentistas. (ZANETTI, 2007: 6)

Quanto às questões irracionais, para o autor, é significativa a supervalorização que as profissões dão às suas competências. Por essa tradição profissional, tende-se muitas vezes a defender uma qualificação assaz irracional, por ser exagerada, para o encargo e desempenho de tarefas relativamente simples na rotina das atividades clínicas dos serviços públicos. Esse foi o caso da reação histórica de cirurgiões-dentistas a uma atividade definida há tempos como privativa do THD, ou seja: “1) inserir e condensar substâncias restauradoras”. (Consolidação das Normas CFO Título I - Capítulo IV Atividades Privativas do Técnico em Higiene Dental, Art. 12).

Também concorreu para as questões irracionais, segundo ZANETTI, a supervalorização que os cirurgiões-dentistas administradores públicos dão às ações preventivas e promocionais. Entre estes houve o entendimento de que as atribuições assistenciais do tipo restauradoras dos THD são de importância relativa menor, face às suas atribuições preventivas, sejam elas atividades individuais realizadas nos espaços clínicos (Procedimentos Preventivos Individuais – PPI) ou atividades coletivas realizadas nos espaços extraclínicos (Procedimentos Coletivos - PC). Diz ele:

Por serem os PC as mais fortes instituições simbólicas instituídas no imaginário social deste universo profissional e técnico de administradores, é muito acentuada a orientação para que os

THD dediquem uma grande parte de sua jornada de trabalho à realização de atividades extraclínicas. Com esse preventivismo, tende-se também a defender uma qualificação assaz irracional, por ser também exagerada, para o encargo e desempenho com tarefas relativamente simples na rotina das atividades extraclínicas dos serviços públicos. Esse é o caso da programação das rotinas preventivo-assistenciais extraclínicas desempenhadas por CD ou THD. Rotinas que podem ser perfeitamente realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e multiplicadores devidamente qualificados. (ZANETTI, 2007: 7)

O autor conclui que a força irracional dessas duas tradições na Odontologia brasileira faz com que tradições com origens e fundamentações distintas, conirjam na prática, para: (i) a desvalorização do trabalho clínico do THD frente ao CD e (ii) a supervalorização do trabalho preventivo-promocional do THD frente ao ACS. Dessa forma, surge um vácuo técnico-político no campo da defesa de argumentos administrativos racionalizadores das atribuições assistenciais restauradoras do THD e atribuições preventivo-promocionais dos ACS. A defesa racional-administrativa dos THD ainda não conta com um número significativo de atores sociais que a vocalize.

2.2. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Para descrever a jornada percorrida para a elaboração do presente trabalho, compreendeu-se que, por ser exercício de investigação, os passos não se sucederam linearmente, mas envolveram idas e vindas, num processo constante de maturação e aprendizagem.

Para uma melhor compreensão e atualização da história do surgimento dos tipos de auxiliares no mundo, buscou-se levantar a produção sobre auxiliares nos EUA no início do século vinte até os anos de 1970, encontradas no MEDLINE, assim como percorrer sites institucionais neozelandeses sobre o Terapeuta Dental (atual denominação da antiga Enfermeira Dental da Nova Zelândia), que é apresentada no capítulo 3.

Ao longo da pesquisa, percebeu-se a escassa produção bibliográfica brasileira referente ao técnico de higiene dental, em que pesasse o aumento de publicações sobre o PSF a partir do ano

2000. Objetivando revisar o que foi publicado sobre THD no país, encetou-se um levantamento da produção intelectual sob vários aspectos buscando identificar o quantitativo dela por décadas, a partir dos anos 60.

A pesquisa dirigiu-se para as dissertações de mestrado acadêmico e profissionalizante, as teses de doutoramento, além de artigos científicos divulgados em periódicos da Plataforma Capes ou disponíveis na Internet e em bibliografias da produção estudada. Buscou-se selecionar apenas a produção referente ao técnico de higiene bucal sob qualquer perspectiva.

A seleção foi feita em profundidade, após a leitura da obra, não apenas do resumo. Entretanto, deixaram-se de fora os livros e/ou manuais específicos para treinamento clínico. Da produção, excluiu-se os trabalhos voltados para o ACD (seja como denominação de Atendente de Consultório Dentário, seja como Auxiliar). Contudo, a produção em que se abordou numa mesma obra tanto o THD quanto o ACD foi mantida. Do mesmo modo, trabalhos referentes aos auxiliares odontológicos de maneira geral, incluindo aí considerações e análises pertinentes ao THD, foram selecionados. Obras que abordaram equipes de saúde bucal, no PSF ou não, mas que fizeram referências significativas ao ofício do técnico em higiene bucal foram incluídas.

As bases de dados consultadas foram:

a) na Internet:

Portal CAPES periódicos (<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>)

Portal CAPES de teses e dissertações (<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/>)

Portal de Teses e Dissertações em Saúde Pública da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (<http://thesis.cict.fiocruz.br>):

Base de dados BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia) da Biblioteca Virtual de Saúde (<http://bireme.br>, área especializada BBO);

_ UFRGS (<http://sabix.ufrgs.br>);

_ UFSC (<http://teses.eps.ufsc.br>);

- _ PUC-SP (www.sapientia.pucsp.br);
- _ UNICAMP (<http://liddigi.unicamp.br>);
- _ UNESP (<http://hours.cgb.unesp.br/cgb/biblioteca>);
- _ USP (www.teses.usp.br);
- _ UFBA (www.odo.ufba.br/posgrad).

Google Acadêmico

b) Referências bibliográficas sobre auxiliares nos documentos e fontes pesquisados, não capturados pelos descritores.

Como descritores de assuntos, selecionou-se os termos: THD, técnico de higiene dental, auxiliares odontológicos, saúde bucal, higienista dental, enfermeira dental. Os dados foram sistematizados em um banco convencional, o Microsoft Access. Para a aquisição dos artigos, dissertações e teses não disponíveis na Internet, e que se encontram dispersos nas várias bibliotecas do país, utilizamos o sistema SCAD, Ariel e Commut da BVS.

Evidentemente, tal escolha deixou de fora produções que indiretamente se referiam ao THD, como aquelas que abordavam genericamente sobre profissões do nível médio, ou sobre ensino profissional de nível médio, por exemplo. Mas em virtude do recorte específico para a pesquisa, tais produções, se não traziam particularidades diretas sobre o objeto da pesquisa, tiveram que ser relegadas.

A produção no país (publicada em Língua Portuguesa) encontrada nas bases de dados já identificadas acima sobre THDs (e que correspondeu ao período de 1963 até Junho de 2007) foi de cerca de 115 obras, entre artigos de periódicos e revistas, teses e dissertações. Aqui se incluíram também, como dito acima, as obras que trouxeram à baila, ainda que de forma secundária, o técnico.

Encontrou-se uma produção acentuadamente dirigida para o formato de artigos, que ficou assim discriminada: 12 teses, 30 dissertações e 73 artigos. Esta, comparada aos achados de

KORNIS ET AL (2006) para Saúde Bucal Coletiva, no período de 1990 até 15 de setembro de 2006, mostrou-se significativamente menor. Estes autores contabilizaram 369 trabalhos (313 dissertações de mestrado e 56 teses de doutoramento), ainda que utilizando metodologias um tanto diversas e períodos de tempo diferentes.

A produção trabalhada por décadas iniciou-se, em nosso recorte, nos anos 60, com 07 produtos. Ao longo dos Anos 70 localizou-se 09 produtos e, nos anos 80, a produção passou para 11 títulos. Na década seguinte (Anos 90) foram produzidos 30 títulos, um crescimento significativamente mais expressivo que no decênio anterior. De 2000 até 2007 publicou-se 58 obras. No Quadro 1 (a seguir), especificou-se o tipo de produto por décadas.

QUADRO 1- PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE PESSOAL AUXILIAR EM ODONTOLOGIA, COM FOCO NO AUXILIAR TÉCNICO, SEGUNDO PERÍODO DE PUBLICAÇÃO

DÉCADA	TIPO DE PRODUÇÃO			
	Artigo	Dissertação	Tese	Total
De 1963 A 1969	07	-	-	07
De 1970 A 1979	05	03	01	09
DE 1980 A 1989	08	02	01	11
DE 1990 A 1999	21	05	04	30
De 2000 A 2007	32	20	06	58
Total	73	30	12	115

Observa-se que o veículo preferido, ao longo de todas as décadas foi o formato de artigo. A partir de 1990 aumentou expressivamente o volume das publicações, com destaque para as dissertações, especialmente nos últimos anos.

As instituições de ensino superior (IES) que mais produziram teses e dissertações foram as públicas (17 instituições), enquanto apenas 4 instituições privadas contribuíram sobre o tema do THD.

Situou-se as obras cronologicamente para se obter um agrupamento por décadas, de onde emergiu o Parecer 460/75, que criou a ocupação do THD no Brasil. Foi este, portanto, o marco divisor que situou o debruçamento sobre o período antecedente, quando se enunciava a necessidade de auxiliares e se propunha alguma tipologia deles no âmbito da Saúde Pública, assim como permitiu uma aproximação do instante do surgimento do Parecer, buscando visualizar em que condições e sob quais motivações ele apareceu. A cronologia ainda indicou para os anos e décadas posteriores até o presente momento, a relevância de acompanhar a evolução, construção e dilemas de uma profissão que ainda emergia, cercada de polêmicas, avanços e retrocessos.

Buscou-se situar as décadas em seu contexto histórico, não dissociando os textos destes momentos, mas atentos ao que seu conteúdo pudesse antecipar-se aos fatos da época, consolidar ou inovar em proposições. Abaixo, um quadro-síntese dos paradigmas de trabalho de auxiliares de odontologia, discriminados por décadas e tipos, com especial enfoque nas atividades do técnico.

QUADRO 2 - TRAJETÓRIA E TENDÊNCIAS DE PESSOAL AUXILIAR EM ODONTOLOGIA NO BRASIL E NO MUNDO.

DÉCADA	TIPO DE AUXILIAR ODONTOLÓGICO	PAÍS DE ORIGEM	PARADIGMA DO TRABALHO
Anos 1910	Higienista Dental	EUA	Higienismo
Anos 1920	Enfermeira Dental	Nova Zelândia	Higienismo, Preventivismo e Assistência restauradora
Anos 1940	Instrumentadora	EUA	Ergonomia
Anos 1950	AHD	Brasil	Higienismo, Preventivismo e Ergonomia
Anos 1960	MIX AHD + Instrumentadora	Brasil	Higienismo, Preventivismo e Ergonomia
Anos 1970	THD + ACD	Brasil	Higienismo, Preventivismo, Ergonomia e Assistência restauradora

Anos 1980 - 1999	THD + ACD	Brasil	Higienismo , Preventivismo, Ergonomia e Assistência restauradora
Anos 2000 pré-Lei 11.889	TSB +ASB	Brasil	Higienismo , Preventivismo, Ergonomia e Assistência restauradora
Anos 2000 pós-Lei 11.889	TSB + ASB	Brasil	Higienismo , Preventivismo, Ergonomia e Assistência restauradora + Possibilidade de Promoção da Saúde se articulados ao trabalho promocional do ACS

Os paradigmas de trabalho expostos no quadro acima foram considerados a partir dos conceitos que se seguem.

Para PENTEADO E OUTROS (2005: 11-12) o conceito de *higiene*, entendido como preocupação relacionada ao processo saúde-doença de coletividades, assumiu características de cada época. Assim, no **higienismo** no final do século XIX, as instituições e práticas de educação passaram a representar o lugar de referência para o disciplinamento e para a preparação dos indivíduos para a vida cotidiana, conduzidos conforme ideais e regras de ordem, moral, decência e razão. Por meio de práticas educativas, o corpo e suas formas de expressão, a vida pública e privada e o conjunto das atividades e condutas a elas relacionadas, mantiveram-se aprisionados no interior de poderes que lhes impunham limitações, proibições e obrigações.

Citando ROSEN (1994) os mesmos autores afirmaram que na gênese da higiene e educação em saúde encontravam-se a esperança de uma revolução da moralidade social, concretizada em ações fundamentadas em uma concepção de educação de base cognitivista e baseada na difusão da informação/conhecimento – como se o simples fato de explicar, ensinar e demonstrar a maneira de mudar fosse suficiente para que as transformações ocorressem (PENTEADO E OUTROS, 2005: 11-12).

Conforme CORDON & GARAFÁ (1991: 6) o **preventivismo** se constitui no ato odontológico tecnificado, voltado à prevenção e colocado no mercado de consumo enquanto produto da área da saúde. Para GRIGOLETTO (2007: 141) tal paradigma apresenta uma forma simplificada de abordagem da saúde. Atribui toda a responsabilidade pela saúde ao indivíduo, desconsiderando todo o contexto sócio econômico cultural e ambiental que influenciam diretamente no processo saúde-doença.

A **ergonomia** aparece nos EUA, em plena segunda guerra mundial, tomando de assalto os americanos para dar conta da produtividade exigida. O movimento (chamado de “human factors & ergonomics”) elevou rapidamente a produção. Criaram-se demandas cognitivas jamais vistas antes por operadores de máquinas, em termos de tomada de decisão, atenção, análise situacional e coordenação entre mãos e olhos (IEA, 2007).

A **assistência restauradora** se baseia nas ações desenvolvidas na clínica odontológica cujo ato é essencialmente tecnificado e oriundo dos conhecimentos técnicos e científicos dos princípios biológicos e mecânicos; adestramento manual para uso de instrumental e equipamentos; implicações em procedimentos sobre higiene bucal, prevenção e terapêutica das lesões cariosas e condições para o seu tratamento restaurador..

Para SHEIHAM E MOYSÉS (2000), o conceito de **promoção da saúde** na Odontologia evolui para a compreensão de que a saúde bucal transcende a dimensão puramente técnica do setor odontológico, implicando na incorporação da dimensão política e social como aspectos essenciais, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Já no entendimento de Buss (2003), reafirmando o exposto na Carta de Ottawa, sintetiza a promoção da saúde como a construção de políticas públicas saudáveis, através da criação de ambientes que apoiem escolhas salutaras; o fortalecimento da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal para práticas de auto-cuidado em higiene e saúde; a reorientação de serviços de saúde e a instituição de parcerias intersetoriais.

Forçoso dizer que, antes do parecer 460/75, quando não havia ainda a figura do THD, encontrava-se o termo genérico de auxiliar para definir esse papel, e, desta forma buscou-se perceber que tipos de auxiliares foram convocados para compor a equipe de saúde bucal nas obras encontradas.

Uma vez levantada toda a produção selecionou-se 5 textos (3 da década de 60 e 2 da década de 70) que permitiram uma análise acurada do pensamento que se construiu e se está construindo ao longo das décadas sobre auxiliares e, especificamente, sobre o técnico em higiene bucal. Contudo boa parte dos trabalhos levantados foi incluída nas referências bibliográficas.

Ao se debruçar sobre os cinco textos selecionados para melhor entender a emergência da categoria de Técnico de Higiene Dental com a edição do Parecer 460/75 e ao observar o conteúdo da totalidade da produção apurada, necessitou-se complementar algumas informações com especialistas sobre pessoal auxiliar em odontologia que foram importantes atores envolvidos na criação da ocupação do ACD e do THD; no pioneirismo de introduzir os auxiliares no serviço público; na estruturação do Programa de Saúde Bucal da FSESP, em Aimorés; ou que detivessem reconhecida influência nacional sobre o tema. Estas informações foram obtidas por depoimentos que visaram o resgate do que se sucedeu nos anos 50, 60 e 70, analisados nos capítulos 4, 5 e 6. O contato com estes profissionais ocorreu através de telefonemas (4 depoimentos), sendo que em um único caso, por correspondência eletrônica (e-mail). As perguntas sobre o envolvimento dos especialistas com o tema se esgotaram na medida em que se obtiveram as informações necessárias para a compreensão histórica. Os contatos telefônicos foram obtidos através de lista telefônica na Internet e o endereço digital foi capturado através da Lista de discussão CEDROS/REPIBUCO (também mediada pela Internet).

Por fim, chegou-se aos atuais perfis institucional do THD incluído o perfil que atualmente tramita no Senado para regulamentação do THD, e, à luz de referenciais teóricos, buscou-se comparar os perfis para identificar se contemplam os objetivos do SUS, se valorizam ou desvalorizam o auxiliar e em que medida se inserem dentro de um debate cultural que privilegie todas as visões em disputas.

Da comparação, esperou-se emergir a bem de quem, finalisticamente, se desenham tais perfis do técnico. Julgou-se importante destacar que se tratou de uma análise do ponto de vista do

gestor, portanto, de uma visão administrativa. Ainda que a racionalidade técnica seja só um dos elementos em pauta, espera-se que contribua para o debate atual e de alguma maneira informe ao legislador que trabalha para a definição das atribuições do THD, tendo em conta a amplitude que um tal perfil alcançará ou não, de acordo com o que se vai instituir por Lei Federal.

Em se tratando de um estudo histórico, cuidou-se, no que tange à análise textual, com a veracidade das informações, buscando confrontá-las com outras fontes, e quando possível, com depoimentos e sugestões de técnicos.

3. O THD: ANTECEDENTES E EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Neste capítulo tratou-se do histórico do uso dos auxiliares de saúde, ainda que sucinto, por considerar-se que ele podia ser útil para mostrar a estreita relação existente entre eles e as políticas dominantes em determinados momentos.

O Técnico em Higiene Dental (THD) é uma categoria auxiliar no setor saúde, especificamente do âmbito de saúde bucal, e, como as demais categorias auxiliares, foram criadas objetivando “a racionalização do trabalho, o aumento da produtividade e da qualidade no trabalho, o desenvolvimento científico-tecnológico e as mudanças nas práticas e nos modelos de assistência. A incorporação destes trabalhadores permitiu tanto o aumento da cobertura quanto a modificação no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde” (CARVALHO, 1998: 1).

TORNERO (1979: 254) estudou a utilização de auxiliares de saúde principalmente nos países ditos em desenvolvimento onde observou, sob o ponto de vista histórico, que as razões pelas quais os auxiliares de saúde foram introduzidos nos diversos países são diferentes e não direcionadas pelos mesmos propósitos. Relembrou alguns exemplos ilustrativos, como os auxiliares de saúde da Rússia, denominados "**feldshers**", profissão intermediária entre enfermeiro e médico, que existem como parte integrante da atenção sanitária desde o século XVIII.

Estes foram hostilizados inicialmente pela Revolução Socialista, mas considerados posteriormente como o alicerce do sistema sanitário. Segundo DEBONO (1997) os feldshers estiveram no centro de uma viva polêmica que os contrapõem aos médicos universitários (a chamada questão do "**feldsherismo**"). Ainda conforme TORNERO (1979: 254) em alguns países da África e da Ásia os auxiliares foram julgados, em certa época, como um dos produtos do colonialismo europeu. Na China, acompanharam as mudanças radicais ocorridas naquele país.

A lista sobre auxiliares de saúde no mundo é extensa, mas sua utilização, embora realizando serviços definidos, nem sempre foi aceita com entusiasmo e, não raro, envolveu polêmica sobre suas competências, as funções que lhe devem ser atribuídas e formas de educação.

Em dadas ocasiões, a formação de auxiliares seguiu motivações político-ideológicas, a exemplo da extensão da experiência com enfermeiras dentais neozelandesas para países do sudeste asiático, como parte da estratégia do Plano Colombo (Cooperação para o Desenvolvimento Econômico do Sul e do Sudeste Asiático) durante os anos de Guerra-Fria, quando se fixou ajuda econômica para estes países, visando conter o avanço do comunismo. Essa assistência, criada na Nova Zelândia para o desenvolvimento dos serviços de saúde bucal para crianças, se deu a partir de diversas escolas para treinamento de auxiliares odontológicos. Países como Ceilão, Malásia, Tailândia, Indonésia, entre outros, passaram a contar com força de trabalho auxiliar (PUDER, 1970: 1263).

Na Odontologia, ainda segundo CARVALHO (1998: 2), o surgimento de auxiliares pode ser tão antigo como a própria prática profissional, mas a inclusão do auxiliar profissionalizado aconteceu em um contexto internacional de expansão do capitalismo e de divisão técnica de trabalho e especialização sob uma perspectiva da otimização utilitária dos meios para aumento de produção, ainda que também por motivos de desoneração de encargos.

BARON (2000), em palestra sobre antigas pinturas que retrataram cenas dentais, apresentou diversas obras de artistas plásticos ao longo dos séculos, encontradas em livros raros, atestando a presença de auxiliares dentais ao lado de “experts” da época atuando em redução de luxação mandibular e em diversos tipos de cirurgias dentárias. A mais antiga representação encontrada pelo autor data do Século IX ou X (800-900 a.C.).

Tratava-se de uma prancha colorida que compõe o Codex Nicetas, preservado na Biblioteca Medicea Laurentiana, em Florença. Na imagem, se via um assistente prendendo a cabeça do paciente para que o perito fizesse uma redução de luxação mandibular. O autor, através das imagens recuperadas, demonstrou exaustivamente o trabalho dos auxiliares dentais, registrados nas pinturas e desenhos, através dos séculos, desde a citada cena encontrada no Codex Nicetas (BARON, 2000).

WALLS (1949: 517.), afirmou que desde a metade do Século XIX, nos Estados Unidos, auxiliares já trabalhavam com o cirurgião-dentista. Em 1907, uma lei de Connecticut criou a profissão da higienista dental como uma auxiliar do dentista (HADEN, MORR E VALACHOVIC, 2001: 480). A legislação, à época, criou no país, o primeiro auxiliar no campo

odontológico com personalidade jurídica, permitindo que pessoas especialmente treinadas pudessem examinar, raspar e polir os dentes sob a supervisão dos dentistas, assim como instruir sobre higiene oral. William J. GIES recuperou parte deste instrumento jurídico (Connecticut⁶ apud GIES, 1933: 84):

Dental hygienists may remove calcareous deposits, accretions and stains from the exposed surfaces of the teeth and directly beneath the free margin of the gums, but shall not perform any other operation on the teeth, mouth, or diseased tissue of the mouth, or attempt to make diagnosis of the same. They may operate in any office of any licensed dentist, or in any public or private institution under the general supervision of a licensed dentist. The dental commission may suspend or revoke the license of any licensed dentist who shall permit any dental hygienist operating under his supervision to perform any operation other than that permitted under the provisions of this section.

Em 1916, outra lei, de Connecticut, descrevia especialmente como se daria a prática da higienista dental (HADEN, MORR E VALACHOVIC, 2001: 480.).

Estas primeiras auxiliares profissionalizadas (higienistas dentais) surgiram, no âmbito da Odontologia, nos Estados Unidos, por uma conjunção de motivos presentes na sociedade da época, aos quais se ajuntaram a gravíssima incidência de cáries em crianças no país; o movimento filantrópico nos moldes como se apresentava em inícios do Século XX e o movimento higienista (que incluía higiene pessoal e de seu sub-componente higiene oral) do final do século XIX que criaram as condições objetivas para o aparecimento dos mesmos Tais condições persistiram no século seguinte por décadas, como um produto direto da popularização dos conhecimentos científicos sobre a causa das doenças.

FEE E BROWN (2004: 721) relataram que a incidência de cárie dentária na Europa e nos Estados Unidos cresceu dramaticamente durante o Século XIX como consequência da intensa oferta de farináceos e de açúcar refinados em alimentos processados industrialmente. No final do

⁶ Connecticut. 1907. Sec. 16; **Public Statutes**, Sec. 2813. (conforme o original).

século citado, “surveys” mostraram que entre 90% e 95% das crianças tinham dentes cariados e não tratados. Muitas crianças, se não todas, visitavam os dentistas para extrações de emergências. Em 1910, dentistas examinaram 447 escolares em Elmira, NY, e descreveram que somente 22 das crianças pesquisadas tinham dentes em perfeitas condições. As demais, coletivamente, apresentavam 2063 cavidades por cárie e 617 raízes com necessidade de extrações. Resultados similares foram encontrados em outras cidades.

Evidentemente que tal cenário social abria condições para a ação filantrópica. Para HARVEY (2007), com o aumento da industrialização e da população nas cidades, no Século XIX, a pobreza extrema e as doenças emergiram como sérios problemas urbanos. A maioria dos serviços sociais estabelecidos para tratar destes problemas não foi criada pelo governo, mas sim, por grupos filantrópicos.

Ainda segundo HARVEY (2007), a filantropia, como se apresentou nos finais do Século XIX e princípios do Século XX, nos países que experimentavam a expansão capitalista, esteve associada, geralmente, com a ação dos cidadãos da elite ou da classe média. Estes ofereciam ajuda aos pobres e aos doentes ou para outras necessidades sócio-culturais, doando dinheiro, organizando grupos de caridade ou criando fundações.

Motivados pela bondade humana, pela salvação religiosa, e por questões humanitárias, os filantropos foram muitas vezes além da caridade humana, fundando hospitais, universidades, museus e órgão de proteção animal, entre outros. Antes do advento das políticas de Estado de proteção social, o filantropismo assumiu, em dadas circunstâncias, um papel social importante.

A mesma autora afirmou, também, que o filantropismo esteve fortemente vinculado com a cultura e com o papel das elites urbanas. Foi uma maneira para que as famílias estabelecessem seu status social e para que a elite impusesse a ordem e a construção do orgulho civil. Entretanto, a crença liberal sobre o papel da fraqueza moral e da intemperança como causas da pobreza fizeram muitos ricos hesitar em oferecer demasiado dinheiro para as causas. Além disso, o trabalho filantrópico teve, sobretudo, insinuações claras de controle social e de reformismo moral.

As preocupações com a higiene corporal e a assepsia dos ambientes também surgiram no Século XIX e rapidamente se propagaram como solução para o enfrentamento dos males oriundos de um mundo contaminado por germes. NUNES (1999: 109) escreveu que:

Foi somente a partir da segunda metade do século XIX, marcado pelas investigações de Pasteur e Koch, que se inauguraria a Era do Gérmen, e que transformaria dramaticamente a medicina “de uma profissão orientada para as pessoas para orientada para a doença” (Twaddle e Hessler⁷, 1977: 12). Como escreve Salomon-Bayet⁸ (1986: 12), a revolução biomédica suscitada pelos trabalhos de Pasteur pode ser denominada de “la pastorization de la médecine” que a distingue de “la pasteurization de la médecine”, no sentido de que ela significa, de um lado, uma revolução teórica e, de outro, a medicalização de uma sociedade, legislando sobre a saúde pública, institucionalizando o ensino e atuando no plano político e social. Sem dúvida, as descobertas dos microrganismos serão da maior importância para a saúde pública, especialmente quando, além da relação indivíduo-agente, se estabelece um modelo epidemiológico como uma interação entre esses dois elementos e o ambiente. Este foi o modelo básico da saúde pública no século XIX.

Datam do século XIX, nos EUA, as primeiras patentes para tubos de dentifrícios (1841) e mais tarde para uma pasta própria, mistura de giz e sabão com um aroma mentolado registradas por J. Margem (BOGOPOLSKY, 2000). Ainda segundo o autor, foi em 1889, após Pasteur, que se registrou a mudança dos hábitos na higiene de modo geral e, no âmbito da higiene oral, apareceram novas formas de dentifrícios, provindo da mecanização das fábricas, sobretudo a partir de 1905. Os laboratórios então estudavam a ação das culturas microbianas que seriam eliminadas por anti-sépticos (BOGOPOLSKY, 2000).

Contudo, não se poderia esquecer que, já em 1890, Willoughby D. MILLER⁹ descreveu pioneiramente os microrganismos da boca humana, afirmando que eles produziam ácidos nas

⁷ TWADDLE, A.C. **A sociology of health**. Saint Louis: C. V. Mosby, 1977. (sic)

⁸ SALOMON-BAYET, C. (org.) **Pasteur et la révolution pastorienne**. Paris: Payot, 1986.

faces dos dentes e assim propiciavam o aparecimento de cáries (MILLER apud MARSHALL, 1946: 208). Este achado amplificou a convicção da necessidade de manter os dentes limpos, livres de bactérias, tanto quanto inseriu a odontologia no âmbito das preocupações higienistas, ao “ideal sanitário” da época.

Este ideário, segundo ARMENY¹⁰; DAVIES¹¹ apud CASTRO SANTOS E FARIA (2002: 8), floresceu desde a Guerra de Secessão, na trilha aberta pelo chamado Progressivismo¹² norte-americano, que tivera repercussões sobre a própria propagação do conceito de trabalho comunitário em saúde, bem como sobre a necessidade de enfermeiras visitadoras para disseminar os princípios da higiene junto à população.

Segundo os autores citados, as enfermeiras visitadoras ou distritais - precursoras das enfermeiras de saúde pública - desempenharam um importante papel na reforma sanitária americana. As Associações de Enfermeiras Visitadoras – as Visiting Nurse Associations - foram criadas em várias cidades americanas, nas últimas décadas do século XIX, financiadas e mantidas

⁹ MILLER, W. D. **Micro-Organisms of the Human Mouth: The Local and General Diseases which are Caused by Them.** Philadelphia, S. S. White Dental Manufacture Company, 1890.

¹⁰ ARMENY, S. (1983), “Organized nurses, women philanthropists, and the intellectual bases for cooperation among women, 1898-1920”, in Ellen C. LAGEMANN (ed.), **Nursing History: New Perspectives, New Possibilities**, North Tarrytown: Rockefeller Archive Center & New York: Teachers College Press.

¹¹ DAVIES, C. (1983) “Professionalizing strategies as time- and culture-bound: American and British nursing, circa 1893”, in Ellen C. LAGEMANN (ed.), **Nursing history: New perspectives, new possibilities.** North Tarrytown: Rockefeller Archive Center & New York: Teachers College Press.

¹² Nota de Castro Santos e Faria (2002).A concepção do “Progressivismo forjou-se no seio das classes médias, com a adesão de pequenos comerciantes e agricultores (não o “Mister” ou “Major”, mas simples Bills e Sams, notou um historiador), no período compreendido entre as décadas da Guerra de Secessão e o início da Primeira Guerra Mundial. Os “progressistas” lutavam por reformas políticas, econômicas e sociais, que incluíam o voto secreto, a adoção de referendos, o controle sobre as grandes corporações capitalistas, a instituição de legislação que limitasse o trabalho infantil e a exploração da força-detrabalho feminina. (**The Columbia Electronic Encyclopedia 2003 - www.lupinfo.com/**, The Columbia Electronic Encyclopedia Copyright © 2003, Columbia University Press. Ver também Wiebe, 1967:3).

por organizações voluntárias. Elas atuavam tanto com o intuito de educar as mães sobre cuidados com os recém-nascidos em visitas domiciliares quanto em escolas – com visitas para orientar as crianças sobre higiene bucal e hábitos alimentares, e até no tratamento de doentes com tuberculose (CASTRO SANTOS E FARIA, 2002: 8).

Também Ebersole realizou um experimento com 40 escolares em Cleveland, em 1909, para avaliar se um programa de educação, profilaxia e tratamento dentário poderia melhorar o rendimento escolar das crianças, empregando para isso uma **enfermeira escolar**, que visitava as crianças em suas residências. O programa apresentou resultados positivos (SCHLOSSMAN, BROWN & SEDLAK¹³; CARVALHO¹⁴ apud BIAZEVIC, 2000: 16), apesar de ter sido considerado metodologicamente pobre e não ter tido continuidade (SCHLOSSMAN, BROWN & SEDLAK apud BIAZEVIC, id).

Atribui-se ao Dr. Alfred Civilion Fones a cunhagem do termo “higiene dental”, que também foi considerado uma das mais atuantes forças no movimento pró-higiene dos dentes. Formado pelo New York College of Dentistry, em 1890, depois de exercer a odontologia por cerca de cinco anos, Dr. Fones se convenceu da importância da prevenção das doenças da boca. A idéia da prevenção oral através da assepsia bucal e de remoção de nichos sépticos causadores de enfermidades eram pouco conhecida. Em geral, os problemas bucais se resolviam com as extrações dos dentes (UNIVERSITY OF BRIDGEPORT, 2005-2008).

Impressionado com as idéias do Dr. D. D. Smith, da Filadélfia, que propunha e demonstrava algumas das potencialidades da odontologia como serviço de saúde, Fones concebeu a idéia que o tema de saúde bucal era de importância suficiente para autorizar o treinamento de pessoas que dedicariam suas principais energias à profilaxia e à difusão de informações sobre higiene bucal para a população, principalmente escolares, em vista do valor

¹³ SCHLOSSMAN, S.L., BROWN, J., SEDLAK, M. **The public school in american dentistry**. Santa Monica : Rand, 1986. 70 p.

¹⁴CARVALHO, C.L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na rede básica do SUS: Área III e IV**. 1998 (versão ampliada).

que a cavidade bucal higienizada teria para o correto funcionamento da saúde das pessoas (WALLS, 1949: 518).

Fones treinou sua ajudante de consultório, Irene Newman, que concordou em aprender sobre limpeza dos dentes supervisionada por ele. Para o ensino, ele montou painéis com dentes extraídos, pintados para a simulação de cálculos e manchas. Em 1906, Irene Newman fez demonstração pública sobre profilaxia oral em seu consultório, na cidade de Bridgeport, que se tornou ponto de visita dos dentistas para conhecerem os modernos métodos de cuidados bucais (UNIVERSITY OF BRIDGEPORT, 2005-2008).

A partir da demonstração de Irene Newman, cresceu o interesse para o treinamento de higienistas, inicialmente, nos postos de trabalho. Entretanto, já se reivindicava, mesmo antes de 1910, a implantação de cursos formais para tais auxiliares. Por outro lado, WALLS (1949: 518) relatou que o entusiasmo não foi unânime com a nova idéia, que causou também grande polêmica no meio dos dentistas.

Atribui-se ao Dr. Cyrus M. Wright, a fundação do primeiro programa formal de treinamento de auxiliares, em 1910, no Ohio College of Dental Surgery. O programa funcionou até 1914, quando foi interrompido por conta do movimento oposicionista dos cirurgiões-dentistas de Ohio (ADA, 1995-2008).

Fones, entretanto, continuou seu esforço e conseguiu, em 1913, através de doações em dinheiro, abrir uma escola para formação de higienistas, nos fundos de sua residência. A primeira mulher graduada e apta para exercer a prática foi a própria Irene Newman (UNIVERSITY OF BRIDGEPORT, 2005-2008).

Embora o primeiro grupo treinado nos EUA para exercer a profissão de higienista dental respondesse a necessidade de pessoal auxiliar para promover a educação em higiene oral para uma parcela da população e a redução dos agravos por cáries, especialmente nas escolas públicas, apenas pequeno número dos formados se empregaram em departamentos de saúde pública ou em escolas. A maioria foi absorvida pelos consultórios privados.

O higienista dental foi, portanto, o primeiro modelo de auxiliar em odontologia oriundo da necessidade de divisão do trabalho e de inserção do paradigma do higienismo em programações regulares de saúde bucal.

A experiência tornou-se conhecida internacionalmente, tanto que, em 1917, o Reino Unido implantava cursos de “enfermeiras dentais” para trabalharem em escolas infantis (HOLT E MURRAY, 1980: 187). A profissão foi extinta por um “Dentists Act” de 1921 devido à forte hostilidade corporativa (GELBIER, 2005: 473), sendo reintroduzida décadas mais tarde como terapeutas dentais, por conta do reconhecimento mundial do esquema da Nova Zelândia, quando as altas necessidades dentais das crianças “foram redescobertas”, por volta de 1960 (HOLT E MURRAY, 1980: 187).

3.1. ENFERMEIRA DENTAL DA NOVA ZELÂNDIA

A Enfermeira Dental na Nova Zelândia, profissão atualmente denominada de Terapeuta Dental apareceu no cenário do trabalho auxiliar de saúde bucal a partir das primeiras experiências com Higienistas Dentais nos Estados Unidos. Em 1913, segundo SATUR (2005), o Dr Norman K. Cox, então presidente da Associação Dental da Nova Zelândia, propôs um sistema de clínicas em escolas mantidas pelo Estado e providas com higienistas para cuidar das necessidades dentais de crianças entre 06 e 14 anos.

A idéia, considerada muito pouco ortodoxa, não foi adiante. Entretanto, em 1920, em uma reunião especial da Associação Dental da Nova Zelândia, 16 membros votaram pela adoção de enfermeiras dentais nas escolas, contra 07 votos oponentes. Estas enfermeiras dentais deveriam proporcionar diagnóstico e serviços restaurativos aos escolares, num rígido sistema estruturado com métodos e procedimentos restritos. LESLIE¹⁵ apud SATUR (2005) divulgou que a oposição organizada à utilização das enfermeiras dentais pelos cirurgiões-dentistas foi considerável.

A grave condição dos dentes dos soldados neozelandeses na época da I Guerra Mundial (1914-18) despertou o governo para os problemas de saúde bucal da população. Um exame

¹⁵ Leslie, G. H. More about dental auxiliaries. **Australian Dental Journal**, vol 16, n. 4, p. 201-209, August 1971.

demonstrou que 90% das crianças da Nova Zelândia requeriam cuidados bucais. Muitas crianças tiveram que extrair seus dentes e usar próteses infantis até que rompessem os permanentes (HOSKIN, 2005a). Este cenário impôs uma outra guerra nacional: o combate à cárie. A associação entre a campanha militar e a guerra contra a destruição dental tornou-se um forte apelo nacional. Pode-se observar tal fato nas palavras de N. MITCHELL¹⁶, citado por (HOSKIN, 2005b.) presidente da New Zealand Dental Association:

It is to the children of the present day and of the future generation that we look to repair the wastage of this terrible war. And it behoves us to see that they're given a fair chance to develop clean and wholesome bodies without which any nation must go to the wall.

A solução encontrada foi treinar mulheres jovens para implantar assistência clínica básica nas escolas e educar crianças e seus pais em higiene oral e alimentação saudável.

Creditou-se o início dos serviços escolares com enfermeiras dentais naquele país à Sir Thomas A. Hunter, diretor do serviço dental do exército de Nova Zelândia na I Guerra Mundial. Este inicialmente propôs selecionar, em 1921, mulheres jovens para treinamento em um curso de dois anos com o objetivo de utilização em programas de saúde bucal a escolares (MEDICAL SERVICES, 2007). Assim, foram treinadas, em uma escola em Wellington, 35 jovens como enfermeiras dentais, que ao término do curso, foram todas empregadas pelo governo. (PUDER, 1970; SATUR, 2005.). Por volta do final de 1923 podiam-se ver as jovens operadoras, trajando seus vestidos e véus brancos, em sua marcha para as escolas de Hawke's Bay. No final de 1925 as clínicas escolares se encontravam espalhadas pelo país (HOSKIN, 2005c).

¹⁶ MITCHELL, N. Puke Ariki. Taranaki Stories. Science And Medicine: A career to get your teeth into - Betty Hammonds dental nurse. **Child's Play**: Faye McDonald Dental Therapist. 2005. Disponível em:<<http://www.pukeariki.com/en/stories/scienceAndMedicine/dentalfaye.htm> > Acesso em: 12 jan 2007.

Nas memórias de Betty Hammonds, uma enfermeira dental recrutada em 1936, constava que não havia trabalho para mulheres na época fora as carreiras da enfermeira tradicional e de professora. Centenas de jovens candidatavam-se às vagas para o treinamento, sendo apenas 30 jovens selecionadas, que se consideravam privilegiadas por conta da contratação. Aprenderam escultura dental em modelos de gesso e montavam as arcadas dentais com dentes humanos extraídos pelos dentistas, para preparo de cavidades e restaurações. Utilizavam as brocas movidas a pedal, habilidade facilitada pelo hábito similar de costura doméstica. Aplicavam anestesia somente para extrações de decíduos, não podiam extrair dentes permanentes. Restauravam dentes decíduos com amálgama de cobre e os permanentes com amálgama de prata, sobre forramento. Também utilizavam o cimento de silicato. Não contavam com ambiente clínico tradicional, pois os consultórios eram instalados em corredores, salões da escola e em unidades móveis. Suas funções incluíam também capeamento pulpar e instrução sobre saúde oral. (HOSKIN, 2005c)

Nos primeiros anos da instalação dos serviços odontológicos escolares na Nova Zelândia, a utilização de enfermeiras dentais foi vista pelos outros países como impraticável, e não chamou a atenção internacional. Contudo, depois da II Guerra Mundial, houve reconhecimento do sucesso do sistema e o programa serviu de modelo para outros países. Entretanto, a formação de enfermeiras dentais não foi constantemente um mar de rosas, oscilando entre suspender ou expandir essa estratégia. (MEDICAL SERVICES, 2007).

O serviço cresceu, apesar das dificuldades com o recrutamento de pessoal no pós-guerra. Aumentou rapidamente o número de crianças que necessitavam de cuidados bucais e por volta de 1950 havia 226.350 crianças recebendo o tratamento dental, incluindo muitas crianças do pré-escolar. No fim de 1951 uma segunda escola para enfermeiras dentais foi aberta em Auckland, e uma terceira, em 1956, em Christchurch (MEDICAL SERVICES, 2007). As escolas formaram, até 1990, cerca de 900 terapeutas dentais e uma taxa de participação de 95% dos escolares neozelandeses no programa (TANE,¹⁷; HANNAH,¹⁸ apud SATUR, 2005).

¹⁷ TANE, H. Bachelor of Health Science (Dental Therapy) at the University of Otago, Paper presented at **The Oral Health Therapy Educators Meeting**: University of Melbourne , July 2002. (sic)

WELSHMAN (2000), afirmou que a evolução da enfermeira dental escolar da Nova Zelândia foi facilitada pelas diferenças geográficas e pelos padrões demográficos do país, cujas maiores cidades não ultrapassavam 300.000 habitantes, estando a população distribuída entre pequenas cidades de até 3.000 habitantes e comunidades rurais.

HOLT E MURRAY (1980: 187) disseram que as características principais do serviço dental da escola em Nova Zelândia foram seu forte controle central, o desenvolvimento de laços locais da enfermeira, utilização de clínicas dentais na escola, número fixo dos pacientes a cada enfermeira e limitação do tratamento às crianças registradas. Estas características foram consideradas pelo governo de Nova Zelândia e pelos profissionais de odontologia como essenciais ao sucesso do programa. As enfermeiras dentais da escola de Nova Zelândia tinham uma escala ampliada de atribuições: o diagnóstico da doença e planejamento do tratamento. Trabalhavam sob baixa supervisão.

WELSHMAN (2000) apresentou três estudos sobre o sistema de saúde bucal escolar da Nova Zelândia realizados no início dos anos 50 e patrocinados por Estados ou organizações sociais distintas: o do MINISTÉRIO DA SAÚDE do Reino Unido¹⁹ (1950), o de Allen GRUEBBEL²⁰, em nome da American Dental Association (1951) e o de John FULTON²¹ em nome da Organização Mundial da Saúde (1951).

¹⁸ HANNAH, A. New Zealand Dentists, Dental Therapists and Dental Hygienists: Workforce Analysis, A resource paper produced for and published by the Dental Council of New Zealand, (DCNZ) Hannah and Associates. 1998. (sic)

¹⁹ MINISTRY OF HEALTH, Department of Health for Scotland, Ministry of Education, New Zealand School **Dental Nurses: Report of United Kingdom Dental Mission**. London, 1950. See also 'Report of the United Kingdom Dental Mission on New Zealand School Dental Nurses', **New Zealand Dental Journal**, V. 47, p. 62-78, 1961.

²⁰ GRUEBBEL, A. O. Report on the Study of Dental Public Health Services in New Zealand, I-III, **Journal of the American Dental Association**, v. 41, p. 275-283, p. 422-436, p. 574-589. 1950.

²¹ FULTON, J. T. **Experiment in Dental Care: Results of New Zealand's Use of School Dental Nurses**. Geneva, 1951.

Uma equipe do Ministério da Saúde do Reino Unido visitou a Nova Zelândia em fevereiro e março de 1950, por conta do colapso iminente do serviço dental escolar. Seu relatório foi positivo, indicava que as clínicas dentais da escola em Nova Zelândia tinham estruturas de madeira simples, consistindo em um lobby, uma sala cirúrgica e em um quarto pequeno e que o padrão clínico das enfermeiras, que passaram um ano na escola de treinamento, bem como das clínicas dentais da escola em Wellington era elevado. Houve unanimidade quanto ao treinamento da enfermeira dental da escola de Nova Zelândia apresentar elevada eficiência técnica.

O autor ainda afirmou que o estudo de GRUEBBEL foi altamente crítico ao serviço dental escolar da Nova Zelândia, especialmente quanto à intervenção estatal e ao modelo de cuidado de caráter socialista. Considerou os equipamentos inadequados, de baixa qualidade, indicando que o tratamento era pobre: proveram as enfermeiras dentais da escola de somente dois tipos de cimento de silicato, restauração com amálgama de cobre, utilização de cadeiras portáteis e equipo com pedal. Alegou que a saúde dental dos recrutas do exército neozelandês não era melhor em 1939-45 que em 1914-18, ainda que 58% teriam uma dentição com razoável higidez. Em nossa opinião, o estudo de GRUEBBEL foi fortemente ideológico, típica peça de discurso de afirmação do “*american life style*” nos primeiros anos da guerra-fria.

Já o estudo de John FULTON, em nome da Organização Mundial de Saúde, foi realizado entre fevereiro e abril de 1950. Relatou que 4.072 escolares entre 7-14 foram examinados na Nova Zelândia, onde a prevalência de cárie dental foi elevada. Não obstante, uma proporção elevada destas crianças tinha sido tratada. Em 1949, uma média de 715 crianças por enfermeira tinha sido atendida nas clínicas dentais da escola em um custo muito baixo por cada criança atendida. O autor argumentou que o programa dental público de Nova Zelândia obteve sucesso em controlar os efeitos da cárie dental dos escolares.

KENNEDDY²² apud CORRÊA (1982), afirmou que, à época de sua publicação, as enfermeiras haviam conseguido uma cobertura quase universal: 96% das crianças estavam recebendo tratamento adequado e o número de extrações se reduzira a 0,18% para cada grupo de

²² KENNEDDY, S. et al. El programa de odontologia auxiliary de Nueva Zelandia. **Cronica de la OMS**, Geneve, v. 25, p. 60-65, 1971.

100 alunos. Como a enfermeira dental surgiu ao tempo da I Grande Guerra, num esforço para que o país pudesse contar com soldados com dentes saudáveis, os recrutas da Nova Zelândia que necessitavam de dentaduras em 1976 eram da ordem de 0,2%, bem diversa da situação desde que se iniciou o trabalho das auxiliares sob o chamamento de Sir Thomas A. Hunter.

Atualmente, as enfermeiras são denominadas de terapeutas dentais. Ainda trabalham em unidades móveis, e continuam tradicionalmente em clínicas adjuntas às escolas, examinando as condições da boca e dos dentes, proporcionando serviços de diagnóstico, prevenção, tratamento, e referenciamento. Extraem também dentes decíduos. Hoje em dia, também proporcionam serviços a adultos, e, desde 2004, expandiram sua atuação para a esfera da clínica privada (CAREER SERVICES, 2007).

A higienista dental americana foi, então, a matriz primeira para organização dos modelos básicos de profissionais auxiliares com atuação direta na cavidade bucal: os do tipo higienista estrito senso e os do tipo da enfermeira dental. Ou de um mix dos dois tipos, como os chamados “técnicos”. A primeira treinada para educação e prevenção (que se poderia denominar de “cuidadora”), e a enfermeira dental com foco principal na assistência clínica, ainda que atue também na educação e prevenção de saúde (que se poderia chamar de “operadora”).

A enfermeira dental emerge sob a vigência de novos paradigmas de trabalho, notadamente o Higienismo, Preventivismo e Assistência restauradora. A assistência restauradora das enfermeiras dentais neozelandesas tinham características notadamente ampliadas, como se viu na descrição de suas habilitações.

Existe, também, um tipo de auxiliar, cuja função básica é a de instrumentar o cirurgião-dentista na cadeira, que surgiu nos Estados Unidos objetivando o incremento da cobertura (a auxiliar denominada de Dental Assistant).

Assim, notadamente após a década de 40, novos arranjos e padrões de utilização de auxiliares foram propostos para aumento de produtividade. Estes novos padrões provocaram especialmente nos Estados Unidos, nos anos 60, transformações que modificaram a prática odontológica tradicional no sentido de um modelo que se ocupou de racionalizar tempo e movimento, organização do espaço, do processo de trabalho e incorporação de novas tecnologias,

e onde a presença de auxiliares se tornou obrigatória para a consecução dos objetivos e se coligou, de fato, como um membro de alta cobertura para o trabalho em equipe.

3.2. MODIFICAÇÕES NOS PADRÕES DE UTILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DE AUXILIARES DE ODONTOLOGIA: O SURGIMENTO DE AUXILIARES INSTRUMENTADORES.

MALVÁREZ, MANFREDI et al. (2005: 1) afirmaram que a formação de pessoal técnico e auxiliar em saúde como processo institucionalizado teve um grande impulso entre as décadas de 50 e 70, caracterizando-se pela criação de um importante número de centros educativos com ofertas diversificadas de carreiras técnicas nos países latino-americanos e africanos. Suas orientações centrais acompanharam os processos de especialização do conhecimento tecnológico e da crescente divisão do trabalho nos serviços de saúde, decorrente da crescente incorporação tecnológica, além da ênfase na atenção primária na maioria dos países. Essas mudanças obedeceram às especificidades sociais, políticas, econômicas e epidemiológicas desses países.

Desde os anos 40, previa-se uma escassez de dentistas nos Estados Unidos. Esperava-se que a população aumentasse significativamente nas duas décadas seguintes e que o número de dentistas fosse insuficiente para atender a demanda. No esforço de superar esta escassez prevista, o congresso americano buscou aumentar o número de escolas de odontologia e ampliar as classes existentes. Diversos programas em universidades foram patrocinados para aumentar a eficácia da prática odontológica e dos serviços, objetivando alcançar maiores índices de produtividade.

SORICELLI (1972: 1080) situa o início das modificações nos padrões de utilização e formação de auxiliares de odontologia a partir dos estudos de KLEIN (1944)²³, que em 1943, comprovou que se poderiam ofertar serviços a 33% mais pacientes se o Cirurgião-dentista (CD) utilizasse uma cadeira odontológica e uma auxiliar transferindo materiais e instrumentos. De acordo com o mix do número de cadeiras com auxiliar, podia se chegar a um aumento de 75% na produtividade. Surgiu, assim, a auxiliar instrumentadora (Dental Assistant).

²³ KLEIN, H. Civilian dentistry in war-time. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 31, n. 9, p. 648-661, May 1944.

LAW, com seus estudos em Woonsocket, R.I., iniciados em 1945 (LAW; JOHNSON; KNUTSON, 1953²⁴; 1955²⁵ apud SORICELLI, 1972: 1080), e WATERMAN, em 1946, em Richmond, Indiana (WATERMAN; KNUTSON, 1953²⁶; 1954²⁷ apud SORICELLI, 1972: 1080), descreveram sobre auxiliares e sobre o sistema incremental em programas escolares de saúde bucal. Estes estudos afirmavam que o uso de duas auxiliares, uma fixa ao lado do dentista ("chair side assistant", em inglês) e outra móvel ("roving assistant", em inglês) encarregada de assegurar o fluxo de pacientes, do trabalho de esterilização e demais operações de rotina, seria uma melhor forma de divisão de trabalho.

Ou seja, o CD, com uma auxiliar bem preparada ao lado da cadeira podia prestar atendimento a aproximadamente 50% mais pacientes e, com dois auxiliares (uma fixa e outra móvel), atingia cerca de 75% mais pacientes. (WATERMAN, 1952: 391). Estes estudos iniciais americanos influenciariam também a produção intelectual brasileira na década de 1960, tanto quanto colaborou em parte para a formatação do perfil da Auxiliar de Higiene Dental, a AHD, que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) formou nos anos de 1950, como se verá adiante.

Mas foram as experiências da Universidade de Alabama (consagrada como o modelo de "odontologia a quatro mãos") com início em 1963, e o Experimento de Louisville, em 1966, que segundo FRAZÃO (2007: 136) foram consideradas exemplos bem-acabados de uma série de

²⁴ LAW, F. E.; JOHNSON, C. E.; KNUTSON, J. W. Studies on Dental Care Services for School Children-First and Second Treatment Series at Woonsocket, Rhode Island. **Public Health Reports**, Rockville, v. 68, n. 12, p. 1192-1198, December 1953.

²⁵ _____.Studies on Dental Care Services for School Children-Third and Fourth Treatment Series at Woonsocket, Rhode Island; **Public Health Reports**, Rockville, v. 70, n. 4, p. 402-409, April 1955.

²⁶ WATERMAN, G. E.; KNUTSON, J. W. Studies on Dental Care Services for School Children-First and Second Treatment Series at Richmond, Indiana; **Public Health Reports**, Rockville, v. 68, n. 6, p. 583-589, June 1953.

²⁷ _____.Studies on Dental Care Services for School Children-Third and Fourth Treatment Series at Richmond, Indiana. **Public Health Reports**, Rockville, v. 69, n. 3, p. 247-254, Mar. 1954.

investigações que se iniciaram em 1943 e que tiveram continuidade, sob várias formas, por diferentes autores, que consagraram a utilização do auxiliar instrumentador.

O autor ainda lembra que essas investigações objetivavam o desenvolvimento de métodos e técnicas mais simples e racionais que pudessem aumentar a cobertura dos serviços a menores custos, e, por outro lado, buscavam prevenir o stress e a fadiga provocados, dentre outros aspectos, por posturas de trabalho inadequadas. Hoje, amplamente reconhecidas como agentes mecânicos de doença profissional (FRAZÃO, 2007: 136).

No contexto de seu nascedouro, em terras estadunidenses, este padrão de delegação de funções aparece conjugado ao sistema incremental para atendimento a escolares e da filosofia de simplificação de tempos e movimentos. Não ampliou as funções delegadas para intervenção direta na cavidade bucal do paciente, tal como se deu outrora com a enfermeira dental neozelandesa, nem interrompeu o processo artesanal dentistocêntrico, constituindo-se em um modelo que a prática odontológica americana absorveu completamente e que se tornou popular a partir dos anos 60 naquele país. Seu paradigma de trabalho centrou-se exclusivamente na Ergonomia.

3.3 EMERGÊNCIAS DO TÉCNICO

A definição do que seja um técnico encontra dificuldades até mesmo na jurisprudência. Visando dirimir controvérsias, o jurista JUSTEN FILHO (2005) assim escreveu:

“... cabe considerar que um serviço pode ser dito ‘técnico’ quando importar a aplicação do conhecimento teórico e da habilidade pessoal para promover uma alteração no universo físico ou social. A noção de ‘técnica’ vincula-se, então, a dois aspectos inter-relacionados. O primeiro é a transposição para a vida prática de um conhecimento técnico, de modo a gerar uma utilidade efetiva e concreta. (...) A segunda característica de um serviço técnico reside na exigência de uma habilidade individual, numa capacitação peculiar, relacionada com potenciais personalíssimos. Promove-se uma espécie de ‘transformação’ do conhecimento teórico em prático, o que envolve um processo intermediado pela capacidade humana. Daí segue que toda atividade técnica reflete a personalidade e a habilidade humanas.

MÁLVAREZ, MANFREDI et al. (2005: 14-15) escreveram que a OPAS-OMS²⁸ em 1995 propôs uma definição operacional de técnico em saúde:

O Técnico em Saúde realiza ações específicas no campo da saúde fundamentalmente sistematizadas e toma decisões dentro da área de sua competência. Colabora com o pessoal de nível superior para facilitar a melhor utilização e rendimento dos serviços de saúde. Executa suas ações com a supervisão direta ou indireta do pessoal de nível superior, assim como pode exercer funções de supervisão a pessoal de igual ou menor qualificação. A complexidade de suas ações é maior que a do pessoal auxiliar e menor que a do pessoal de nível profissional ou seu equivalente. O técnico qualifica-se mediante cursos legalmente reconhecidos que são dados em centros docentes aprovados de acordo com as exigências jurídicas de cada país.

Os autores consideram esta definição coerente com a organização do trabalho em saúde, que apresenta um forte componente taylorista / fordista – baseada em postos de trabalho separados; tarefas simples e rotineiras, geralmente prescritas; intensa divisão técnica do trabalho, com a separação entre concepção e execução e um grande contingente de trabalhadores com baixa autonomia para intervenção no processo de trabalho. Esse tipo de divisão do trabalho delimita ao trabalhador técnico as funções hierarquicamente intermediárias MÁLVAREZ; MANFREDI et al (2005: 14-15). Os autores propõem uma ampliação da definição, para que a formação do técnico se assente sobre uma sólida base de conhecimentos gerais proporcionados tanto pela educação básica quanto pela formação técnica, à qual se integram conhecimentos científico-tecnológicos e sociopolíticos, necessários ao exercício técnico-profissional e social com responsabilidade, autonomia, compromisso e ética (MÁLVAREZ, MANFREDI et al. (2005: 16).

²⁸ OPAS/OMS (1996) Informe da reunião de Formação e utilização de técnicos médios em saúde na Região das Américas. **Série Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde**. N. 1. Washington.

Para efeitos didáticos do presente trabalho, tomaremos a definição do que seja o auxiliar técnico em odontologia, a partir da clássica categorização de Stephen J. GARZA (1970: 146-147). Para o autor, o sistema classificatório inclui as seguintes categorias e critérios:

Categoría I: Sólo ejecuta trabajos de laboratorio dental.

Categoría II: Puede o no ejecutar las funciones de la categoría I; además, efectúa funciones de recepcionista y/o trabajos de limpieza, da citas, esteriliza instrumental, limpia la oficina o consultorio, pero no asiste al odontólogo al lado del sillón ni presta servicios intraorales a los pacientes.

Categoría III: Puede o no ejecutar las funciones de la categoría II; además, asiste al odontólogo en su trabajo clínico (por ejemplo, pasándole instrumental, mezclando materiales dentales), pero no dispensa atención intraoral a los pacientes.

Categoría IV: Puede o no ejecutar las funciones de la categoría III; además, presta uno o más servicios intraorales a pacientes (por ejemplo, profilaxis dental, aplicación tópica de fluoruros), pero no dispensa servicios de cirugía, de operatoria dental o de restauración clínica.

Categoría V: Puede o no ejecutar las funciones de la categoría IV; además, suministra servicios clínicos directamente al paciente, en cirugía, operatoria dental y/o atención clínica restauradora.

Se bem que, pela definição da OPAS/OMS, o auxiliar Higienista Dental (Categoria IV, de GARZA) possa ser considerado um técnico preventivo-promocional, entenderemos aqui, como técnico, somente o auxiliar incluído na Categoria V, de GARZA, ou seja, o auxiliar habilitado pra todas as outras funções categorizadas precedentemente e que pode ou não executá-las, e que, além disso, administra serviços clínicos diretamente no “paciente” (sic), em cirurgia, operatória dental, e/ ou atenção clínica restauradora.

Dessa forma, a enfermeira dental seria o técnico por excelência. Entretanto, ainda para efeitos didáticos e uma melhor descrição da evolução do trabalho auxiliar no mundo e no Brasil, considerou-se aqui a enfermeira dental, assim como a higienista dental e a instrumentadora como tipos “puros”, ou seja, matrizes, e, dessa forma, ao se referir aos técnicos em odontologia no presente trabalho, estabeleceu-se a categoria V de GARZA como a definição selecionada para a elaboração da dissertação.

Isto posto, depreende-se que todas as denominações encontradas na literatura e que se referem, sobretudo, a auxiliares com variações locais de funções, cuja matriz fundamental foi a enfermeira dental neozelandesa, serão adiante denominados de técnicos. Podem realizar todas ou parcialmente as atividades da enfermeira dental. Podem ou não incluir outras funções, quais sejam, ora em algum lugar atuando também como instrumentador, ou higienista, ou ambos. E podem, da mesma forma, incluir ou não as funções primeiras da classificação escolhida.

Serão, portanto, considerados técnicos os auxiliares com funções ampliadas de alguma forma inspirados na matriz da enfermeira dental e encontrados sobre diversas denominações em países que deles se utilizem, como por exemplo, o de “enfermera de odontología escolar”, “auxiliar dental escolar”, “operatorista dental”, “idóneos de odontología”, “técnicos de estomatología”, “odontólogo campesino”, “técnico de higiene dental”, “terapeuta dental” (denominação mais recente da enfermeira dental na Nova Zelândia, e que recebeu algumas modificações em suas funções), etc.

O técnico operador, como já explicado, pode não se habilitar a um corpo tão ampliado de delegações quanto a enfermeira dental típica da Nova Zelândia nos anos 20, mas, em determinadas circunstâncias, pode extrapolá-la. Como exemplo, o “idóneo de odontologia”. Segundo GARZA (1970: 160), “la atención odontológica que prestan los idóneos de odontologia abarca la preparación y restauración de dientes, la administración de anestesia local, la extracción de dientes, los servicios protésicos y, em algunas circunstancias, la endodoncia”. Há técnicos que não abrem cavidades no dente (sendo esta função restrita ao CD), apenas inserem, condensam, esculpem e fazem o polimento da restauração. Em outras experiências, o técnico também se habilita a abrir cavidades e para certos procedimentos de anestesia e exodontia. As funções são de variados tipos.

Também para efeitos didáticos na busca da gênese do THD brasileiro, considerou-se como marco referencial do auxiliar técnico a experiência nos anos 50, no estado de Massachusetts, proposta por DUNNING (1958). Outros países já utilizavam técnicos, baseados no modelo neozelandês da enfermeira dental, como o próprio “idôneo em odontologia” das forças armadas do Paraguay, desde 1927. Diversos outros países, no sudoeste asiático, desde os anos 50 também lançaram mão deste recurso humano para enfrentamento de seus problemas com a saúde bucal da população. Entretanto, pela influência que gerou com seu trabalho e os desdobramentos dele, além de ser uma publicação científica que atestava que certos procedimentos inspirados na enfermeira dental, mas com desenho distinto, obtiveram melhores resultados que a própria auxiliar neozelandesa, optamos por situar a experiência de Dunning como referencial.

Dunning não conseguiu manter a continuidade dos serviços, mas serviu como modelo para posteriores experimentos. Ele implantou na Forsyth Dental Infirmary for Children, em Boston, o treinamento de higienistas dentais para, além de suas funções, atuarem como operadoras, inserindo material restaurador em cavidades abertas pelos dentistas. Dunning alegava que, se o modelo de Richmond e Woonsocket com o uso de duas auxiliares, uma fixa ao lado do dentista ("chair side assistant") e outra móvel, já garantia grande produtividade, a introdução de um técnico operador como chair side assistant, restaurando cavidades previamente abertas, aumentaria em 50% ou mais a já aumentada produtividade.

Ainda que a experiência estivesse restrita ao âmbito interno de uma instituição, a American Dental Association (ADA) atuou fortemente para influenciar a proibição da experiência, o que acabou acontecendo alguns poucos anos depois, a despeito dos incentivos iniciais do governo para estudos de aumento de produtividade e utilização de auxiliares com maiores delegações de funções.

Dunning ainda argumentou sobre as razões da resistência dos cirurgiões-dentistas americanos em aceitar delegações para auxiliares assemelhadas à enfermeira dental, mesmo que esta última tenha demonstrado sucesso técnico e aprovação dos cirurgiões-dentistas da Nova Zelândia. Afirmou que um grande número de cirurgiões-dentistas americanos estava convencido que o treinamento abreviado era limitado e proporcionaria um tipo de assistência inferior, apesar de evidências ao contrário, já descritas em pesquisas. Temiam também que a admissão de

auxiliares com um treinamento abreviado constituiria uma ameaça à autonomia profissional ou à integridade do dentista (que se tornaria responsável pelos erros ou má-prática das auxiliares). Duning contra-argumentou que, para contornar isto, bastava que os cirurgiões-dentistas aprendessem a ser capitães do time e excelentes supervisores.

Em 1960, a American Dental Association House of Delegates publicou uma resolução incitando às escolas dentais que mantivessem treinamento de auxiliares odontológicos que determinassem mais precisamente seus papéis individuais dentro da profissão. Definiu-se que não se poderia incluir em treinamento de auxiliares o diagnóstico; planejamento do tratamento; corte e/ou separação de tecidos duros e moles; prescrição de drogas ou medicamentos; desempenho de algum procedimento que requeresse "o conhecimento e a habilidade de cirurgião-dentista inteiramente qualificado tal como procedimentos de prótese, ortodontia e de procedimentos restaurativos. Sob este aspecto, o máximo de delegações permitidas seriam as de auxiliar instrumentador e as de higienista dental SORICELLI (1972: 1080).

Apesar da resolução restritiva da ADA e seu apelo às instituições formadoras de auxiliares, diversas experiências ao longo dos anos 60 e 70 se sucederam com a utilização do técnico, ora formado a partir da ampliação do perfil da higienista dental, ora formado a partir da ampliação do perfil da Dental Assistant (auxiliar instrumentadora). Uma interessante revisão de CORRÊA (1982), exclusivamente sobre os experimentos com técnicos, nos Estados Unidos e em outras partes do mundo, demonstrou o quanto se pesquisou e se estudou nas décadas citadas, a capacidade do técnico ser bem sucedido em suas tarefas. Ainda que tal revisão apresentasse lacunas (a autora não considerou sequer a experiência pioneira de Dunning), e deixou de fora conhecidos trabalhos, como o de SORICELLI (1972), o caráter revisional específico da produção intelectual sobre o técnico permitiu à citada autora estabelecer alguns achados:

1. Foi para a cárie dental e doenças periodontais que esteve voltada a atenção dos autores quando estabeleceram programas para treinamentos de pessoal auxiliar.
2. É perfeitamente possível delegar funções reversíveis e irreversíveis a pessoal devidamente treinado.

3. É possível aumentar a produtividade, mantendo-se o mesmo nível de qualidade, quando os procedimentos são delegados a auxiliares treinados.
4. A produtividade aumenta também quando se aumenta na equipe o número de pessoal auxiliar.
5. A qualidade dos procedimentos executados por pessoal auxiliar treinado não depende de sua experiência anterior para executar essas funções.

Uma experiência, em especial, influenciou os brasileiros nos anos 70-80, a experiência da Universidade de Alabama, conforme descrito por HAMMONS E JAMISON (1968: 883). As auxiliares de Alabama foram treinadas para:

1. Colocação e remoção de diques de borracha.
2. Colocação e remoção de restaurações provisórias.
3. Colocação e remoção de porta-matrizes.
4. Condensação e escultura em restaurações de amálgamas em dentes previamente preparados.
5. Restauração com cimento de silicato e/ou resina acrílica em dentes previamente preparados.
6. Acabamento e polimento das restaurações listadas acima.

Foi referência amplamente citada, em artigos, dissertações e teses. E pode ter sido subsídio para partes da descrição do perfil do THD quando da criação de tal ocupação em território brasileiro.

Importante notar que o perfil de habilitações de um técnico englobou, desde Dunning até os anos 60-70, características do higienismo, preventivismo, ergonomia e assistência restauradora. Na assistência, observou-se uma redução de habilitação, na maioria das vezes, uma

vez que o que se firmou na tradição deste auxiliar foi a competência para restaurar mas não o de cortar tecido dentário, diferentemente da enfermeira dental, além de outras intervenções clínicas, já apresentadas anteriormente.

4. A IMPLANTAÇÃO DO SESP NO BRASIL E DE UM NOVO AGENTE DE SAÚDE: A AUXILIAR DE HIGIENE DENTAL

O modelo sanitaria-campanhista, proveniente do movimento sanitário das primeiras décadas do Século XX, era destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. O modelo era de inspiração americana, mas originariamente implantado em Cuba. Tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral. De inspiração militar, concentrava fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adotava um estilo repressor na intervenção médica, tanto individual e social. O modelo estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação (LUZ, 1991: 139).

Ao final dos anos 40, mudanças nos tradicionais padrões de atuação da elite médica foram observadas no país, quando o modelo hegemônico sanitaria-campanhista, pautado em relações autoritárias e patrimoniais, cedeu lugar a novas formas de concepção de políticas públicas de saúde, sem abandonar completamente o velho modelo (PAIVA, 2004: 7-8). Convencionou-se chamar este movimento de sanitarismo-desenvolvimentista, tanto quanto se identifica outro modelo, de natureza razoavelmente similar: o chamado **modelo sespiano** (CAMPOS, 1999²⁹; 2000³⁰, apud PAIVA, 2004: 8.). O que caracterizou o teor dos novos discursos dos sanitaristas e gestores em saúde foi uma identificação com uma visão mais técnica e planejada, guiada por parâmetros econômicos. A formação profissional, neste cenário, passou a ter destaque (PAIVA, 2004: 8.).

²⁹ CAMPOS, A. L. V. de. "Combatendo nazistas e mosquitos: militares norteamericanos no Nordeste brasileiro (1941-1945)". In: **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n.3, p. 603-20, nov,1998/fev,1999.

³⁰ CAMPOS, A. L. V. de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. Ângela de Castro Gomes (org.). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. 195-220 p.

A situação sanitária do país, nos anos 40, era precária. Mais de 80% da população brasileira viviam em centros de menos de 10.000 pessoas que tinham pouca ou nenhuma acessibilidade aos serviços de saúde e saneamento. A grande maioria da população servia-se de água não-tratada. A falta de facilidades ao destino adequado dos esgotos era um fator de risco constante para a saúde. Nas grandes cidades, onde havia melhores condições, as disponibilidades somente se dirigiam para aqueles que podiam pagar por seus serviços. BASTOS (1996: 16)

Doenças e mortes acarretavam grandes perdas humanas e faltavam profissionais de todo tipo para a saúde. A distribuição de médicos e enfermeiras era deficiente. Cerca de 10% da população total, ou seja, 4.200.000 de pessoas viviam em municípios sem médicos permanentes o que significava dizer que mais de 30% da população, ou seja, 12.000.000 pessoas viviam em comunidades tendo um médico para 7.500 pessoas (BASTOS, 1996: 16-17).

É neste contexto nacional que se estabeleceu o programa de cooperação em saúde e saneamento entre Brasil e Estados Unidos da América, que demandou o aparecimento do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) por intermédio respectivamente do Ministério da Educação e Saúde (MES) e do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA).

A concepção do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) aconteceu durante a 2ª Guerra Mundial, em decorrência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano durante a Terceira Reunião de Consulta aos Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro, em 1942. O SESP tinha como principais metas, naquele momento, sanear a Amazônia e a região do vale do rio Doce, por conta das matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra americano (borracha e minério de ferro), por conta dos altos índices de malária e febre amarela que flagelavam os trabalhadores desta região (CASA DE OSWALDO CRUZ, 2007).

PEÇANHA (1976) lembrou que, de 1942 até 1949, embora o SESP abrangesse a região do Vale do Rio Doce e o interior do Estado de Goiás, suas principais atividades foram na Amazônia. Entre 1950 e 1959 houve maior expansão territorial do serviço e o SESP estendeu sua atuação a quase todo o Brasil, adquirindo características de uma fase nacional de seus trabalhos.

CAMPOS (2006) explicou que, os quatro pilares de sustentação do projeto de saúde pública do SESP no Brasil foram: capacitação de pessoal de saúde; educação sanitária;

estabelecimento de uma rede horizontal integrada de unidades de saúde; e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde. De início, pretendia-se que fosse uma agência provisória, responsável por políticas sanitárias pontuais. O órgão, no entanto, existiu por 48 anos. Até 1960, o SESP atuava com autonomia em relação ao Ministério da Saúde, o que gerava grandes polêmicas. Nesse ano cessou o último contrato com os Estados Unidos e o Serviço foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP. Em 1969, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública passa a chamar-se Fundação Serviços de Saúde Pública. Em 16 de abril de 1991, a fundação foi extinta e instituída, em seu lugar, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.

Desde o início de suas atividades, o SESP ocupou-se com educação para a saúde, tendo concentrado seus esforços em atividades de propaganda sanitária. Utilizou em larga escala cartazes, folhetos, filmes, obtidos em fontes muito reduzidas (BASTOS, 1996: 345). A higiene dos dentes não ficou de fora das ações de educação em saúde propostas pela instituição.

O SESP utilizou o rádio como meio de ampla divulgação de conselhos sobre higiene e de informações sobre saúde, desde 1945, em cooperação com o Ministério da Educação e Saúde. Através do programa radiofônico intitulado "Rádio Teatro de Saúde", que ia para o ar todas as quartas-feiras, das 19,15 às 19,30 horas, a cada semana era transmitida uma dramatização diferente (BASTOS, 1996: 347). Em um destes programas radiofônicos, transmitiu-se o rádio-drama "**Cuidado com os dentes**" (BASTOS, 1996: 515). O SESP também tomou a iniciativa de produzir uma série de desenhos animados, com som, de 16 mm (ibid p.351). Os assuntos dos filmes eram descritos em linguagem simples e abordavam aspectos essenciais de saúde. Um destes filmes educativos intitulou-se "**Dentes**" (BASTOS, 1996: 516).

Mas a quase ausência em todo o território nacional de pessoal da área da saúde e saneamento no Brasil daquela década, a extensão territorial a trabalhar e diversos outros fatores apresentaram-se como obstáculos para o SESP implantar o programa de trabalho, conforme estabelecido no Acordo Básico assinado com o IAIA. Para solução do problema de pessoal, o SESP organizou como prioridade urgente, um programa educacional para treinamento de pessoal e educação do público, em relação aos problemas de saúde. Foi estabelecido de imediato que os médicos clínicos recrutados em diversos Estados, ao serem admitidos para o Serviço, passariam a

trabalhar ao lado de colegas mais experimentados, assessorados por um pequeno grupo formado de técnicos norte-americanos. Concomitantemente ao programa de treinamento de pessoal profissional, o SESP ocupou-se com treinamento de pessoal auxiliar, a fim de que pudesse, no menor espaço de tempo, fazer funcionar plenamente seus órgãos locais. A partir de 1943, preparou laboratoristas, auxiliares hospitalares, guardas para malária, cursos para formação de visitadoras, auxiliares de saneamento e outros trabalhadores de saúde, necessários ao Serviço (BASTOS, 1996: 357). Entre as tarefas das visitadoras sanitárias, incluía-se a divulgação de higiene pessoal, incluindo orientação em higiene bucal, seguindo a tradição americana e a do período Chagas.

Nos anos 50, o SESP promoveu uma profunda mudança na assistência odontológica do país, e, de certa forma, fez emergir a saúde bucal no âmbito das políticas públicas.

Na verdade, a saúde bucal dos brasileiros enfrentava graves problemas. Em 1953, o levantamento epidemiológico de cárie dental realizado pelo SESP em crianças pertencentes à faixa etária de 6 a 14 anos, em Baixo Guandu, revelou que, na idade de 14 anos, o CPO³¹ era de 11,02 (FREIRE E FREIRE³² apud EMMERICK E FREIRE, 2003: 52).

Para ZANETTI (1993: 41), a década de 50 marcou avanços da Odontologia no Ministério da Saúde. Um desses avanços foi por conta da Seção de Odontologia da SESP, espaço institucional de coordenação de uma estrutura pública regionalizada de proteção sanitário-bucal voltada para clientela selecionadas. A Seção de Odontologia se subordinava à Divisão de Organização Sanitária (DOS) do SESP. Em 7 de abril de 1952, assumiu Mário Magalhães Chaves como responsável pela saúde bucal no Escritório Central, no Rio de Janeiro.

³¹ O índice CPO é a soma dos dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. É o índice mais utilizado em levantamentos epidemiológicos para determinar a prevalência e a incidência da cárie dentária. Utilizado no planejamento e avaliação de programas de assistência odontológica em saúde pública, assim como em pesquisas sobre métodos preventivos. Método objetivo e simples, de uso internacional.

³² FREIRE, P.: S.; FREIRE, A.S. Resultado de sete anos de fluoretação de águas no Brasil. **Revista brasileira de odontologia**. v. 23, p. 31-41

CHAVES (2003: 97) afirmou que no DOS trabalhavam vários consultores americanos, contrapartes dos técnicos brasileiros no Escritório Central da instituição. A contraparte de Chaves era John M. Frankel, dentista americano, recém-chegado ao país. Havia uma consideração institucional, naquele momento, da necessidade de expandir as atividades odontológicas. Para tanto, Frankel viera para o Brasil e se fizera, então, o recrutamento da contraparte nacional, o próprio Mário Chaves.

Neste mesmo ano, como parte do início dos trabalhos no SESP, Frankel e Chaves apresentaram no X Congresso Brasileiro de Higiene, celebrado na cidade de Belo Horizonte, um trabalho intitulado “Princípios básicos para organização de um serviço escolar”. Esta apresentação tornou-se o marco inicial de um novo conceito de serviços de saúde, no Brasil, tanto por propostas pioneiras de planejamento e organização do serviço público (no caso, apresentação do Sistema Incremental) quanto pela proposição de formação e utilização de auxiliares odontológicas. Segundo GUIMARÃES (1963: 11), os dois autores afirmaram enfaticamente no congresso que:

...não se deve incorrer no erro de usar o tempo escasso do dentista para operações simples, mas consumidora de tempo, como as aplicações tópicas. Essa operação deve ser executada pela auxiliar de higiene dental que desempenha papel saliente em programas de saúde pública. Está sobejamente comprovado, inclusive em nações economicamente mais adiantadas que não se pode contar com número suficiente de cirurgiões dentistas para atender as necessidades odontológicas da população, havendo, assim, grande interesse social na introdução desse pessoal.

Tratava-se, portanto, de um discurso inaugural no Brasil sobre utilização de auxiliares, com algum nível de funções delegadas, para aplicação tópica de fluoreto e de educação em saúde. O Brasil passava a conhecer a auxiliar de higiene dental (AHD).

Alguns meses depois esses dois profissionais iniciavam os trabalhos do SESP em Aimorés, onde colocariam em prática a formação das auxiliares. A AHD, quando do início das atividades como pessoal auxiliar em odontologia (PAO), tinha delegações do tipo da higienista dental americana, mas com um menor número de atribuições: ela era responsável pela limpeza

coronariana de dentes e utilização tópica de uma solução de fluoreto de sódio a 2% em escolares e habilitada para educação em saúde bucal que administrava para indivíduos isolados, nunca em grupos (a higienista americana se habilitava em todas as funções da AHD e ainda: em tartarectomia, em educação sanitária para grupos e em exames dentais preliminares em grupos), segundo CHAVES (1962: 228). A AHD era também, de certa forma, uma instrumentadora rudimentar, quando não ocupada em suas funções de higienista de acordo com Aprígio da Silva FREIRE³³, cirurgião-dentista do SESP, onde atuou nas Unidades Sanitárias de Baixo Guandu, ES, Aimorés e Governador Valadares, MG (depoimento verbal). Tal fato atesta o quanto o SESP procurou introduzir mudanças nos padrões de atendimento clínico afinado com o que ocorria nos Estados Unidos, pois os estudos sobre auxiliar instrumentador (sobre os modelos de Richmond e Woonsocket) ainda não estavam publicados.

Depois, o SESP procurou formar a própria higienista dental, mas a experiência durou pouco. Nos anos 70, já no período FSESP, a instituição formou Atendentes de Consultórios Dentários (ACD, atualmente Auxiliar de Consultório Dental e que deve se modificar para Auxiliar de Saúde Bucal).

CHAVES (2003: 97) afirmou que Frankel conversara com os técnicos da DOS sobre possíveis projetos de demonstração da fluoretação da água de abastecimento e de aplicações tópicas de flúor para profilaxia da cárie, que se poderiam desenvolver no SESP.

Os dois métodos haviam sido propostos recentemente nos E.U.A. como procedimentos coletivos para prevenção da saúde dos dentes. Segundo KATZ³⁴ apud EMMERICH (2003: 35), desde que estudos sobre a possível reatividade do flúor foram primeiramente creditados a Marggraf (1768) e por Scheele (1771), diversos outros autores ao longo dos séculos realizaram importantes descobertas sobre as características deste ácido, inclusive da relação do flúor com seus efeitos sobre os dentes. Mas foram, sobretudo, com os estudos de Dean³⁵, promovidos na década de 30 e

³³ Comunicação pessoal do autor. Janeiro de 2008

³⁴ KATZ, S. **Odontologia preventive en accion**. Buenos Aires: Panamericana, 1975.

³⁵ DEAN H. T. Classification of mottled enamel diagnosis, **JADA**, v. 21 p. 1421, Aug. 1934.

DEAN H. T., DIXON R. M., COHEN C. Mottled enamel in Texas. **Publ. Health Rep.** v. 50, p. 424, 1935.

40 do Século XX, hoje consideradas investigações clássicas, que se demonstraram com mais clareza e cientificidade os benefícios que se poderiam obter na profilaxia da cárie quando determinados teores de flúor fossem adicionados (se não encontrados in natura) à água de abastecimento público.

Estudos sobre fluoreto de sódio aplicado topicamente para profilaxia da cárie foram publicados entre nove e dez anos antes³⁶. E, no decorrer da década, propôs-se a aplicação do mesmo a 2%, mais especificamente nos anos de 1946 e 1947³⁷.

CHAVES (2003: 98) relatou que, ao assumir seu novo cargo, já encontrara a idéia de se desenvolver tais projetos em centros de saúde do SESP em cidades do Vale do Rio Doce, de onde sobressaíram Aimorés (em Minas Gerais) e Baixo Guandu (Espírito Santo) como as melhores opções. As duas cidades situavam-se na fronteira entre os dois estados, distando poucos

DEAN H.T. Chronic endemic dental fluorosis (Mottled Enamel), Chapter XII. In S. M. Gordon (ed.). **Dental Science and Dental Art**. Philadelphia, 1938, p. 387.

DEAN H. T.: "The investigation of physiological effects by the epidemiological method", in F. R. Moulton (ed.): "**Fluorine and dental health**", AAAS, Washington, 1942, p. 23.

DEAN H. T. ; ARNOLD, F. A. & EVOLVE, A., (1942). Cárie dentária e água para uso doméstico. In: Chaves, M.M. Flúor e cárie dentária. **Revista Brasileira de Odontologia**, jan/jun:1953. Rio de Janeiro.p.66. (org).

³⁶BIBBY, B. G., **New Approach to Caries Prophylaxis**. Tufts D. Outlook 15:4 (May) 1942.

KNUTSON, J. W., AND ARMSTRONG, W. D., The Effect of Topically Applied Sodium Fluoride on Dental Caries Experience. **Pub. Health Rep.** 58:1701 (November 19) 1943.

³⁷JORDAN, W. A.; WOOD, O. B.; ALLISON, J. A., AND IRWIN, V. D., The Effects of Various Numbers of Topical Applications of Sodium Fluoride. **J.A.D.A.** 33: 1385 (November 1) 1946.

KNUTSON, J. W.; ARMSTRONG, W. D., AND FELDMAN, F. M., The Effect of Topically Applied Sodium Fluoride on Dental Caries Experience. IV. Report of Findings with Two, Four and Six Applications. **Pub. Health Rep.** 62:425 (March 21) 1947.

GALAGAN, D. J., AND KNUTSON, J. W. The Effect of Topically Applied Fluorides on Dental Caries Experience. V. Report of Findings with Two, Four and Six Applications of Sodium Fluoride and of Lead Fluoride. **Pub. Health Rep.** 62:1477 (October 10) 1947.

quilômetros entre si. Os dois cirurgiões-dentistas visitaram as cidades e as consideraram apropriadas para os dois projetos. Conquistados os apoios regionais e locais, e com a decisão central acertada, iniciaram os trabalhos. E, segundo o autor:

O primeiro projeto foi o de iniciar as aplicações tópicas de flúor, em Aimorés, no mesmo ano de 1952, como parte de um esforço maior de implantação de assistência clínica programada a escolares da rede pública. O programa de Aimorés, um projeto piloto pioneiro, aliava prevenção e tratamento clínico. Tinha o objetivo de atender o escolar, demonstrar o valor da prevenção e a eficiência de um programa planejado de tratamento. O trabalho foi desenvolvido diretamente nas escolas e, paralelamente, um programa de educação sanitária sobre higiene dentária com um sistema de referência à clínica privada das crianças de maiores recursos, com um controle para que de fato recebesse o tratamento (CHAVES, 2003: 98).

Recrutaram Paulo da Silva Freire para conduzir os trabalhos. Este se mudou com a família para Aimorés e, em julho, deu início ao projeto. Chaves, Frankel e Freire fizeram, antes, um levantamento de cárie dentária em uma escola no Rio de Janeiro, usando pela primeira vez o índice DMF (decayed, missing and filled teeth), que traduziram para CPO, conforme citado, sigla ainda em uso corrente. Os resultados do levantamento revelaram péssimas condições de saúde bucal dos escolares (CHAVES, 2003: 98).

O segundo projeto foi a fluoretação da água em Baixo Guandu, ocorreu em 1953, por conta da necessidade de instalação de aparelhagem para dosar o flúor. Aprígio da Silva Freire foi o escolhido para se desincumbir da missão. FREIRE (2003: 83) lembrou que pela primeira vez no país foi utilizado o método estatístico para avaliação da incidência de cárie e instrumento para o planejamento de programação de odontologia em Saúde Pública. Freire relatou que não era incomum o fato de se encontrar jovens na faixa etária de 13 / 14 anos portando prótese total. Posteriormente, nos diversos levantamentos feitos pela SESP em diversas regiões do país os resultados revelavam um grave quadro provocado pelo ataque cariogênico. Na Região Norte foram encontrados os mais elevados índices CPO.

FREIRE (2003: 84) revelou que, estabelecido o diagnóstico do ataque de cárie ao escolar de Aimorés, se iniciou o Serviço Dentário Escolar. A equipe de profissionais que atuou à frente deste programa era composta pelo já citado cirurgião-dentista Paulo da Silva Freire, pela auxiliar de Higiene Dental Lydia Maria Fonseca e pela atendente Elza Garcia. Lydia foi a primeira auxiliar de Higiene Dental treinada nos serviços, no SESP, exatamente para atuar no programa de Aimorés.

O tratamento preventivo, ali, pela primeira vez no país, teve suas funções delegadas a pessoal auxiliar. A delegação de funções constava de limpeza coronariana de dentes e utilização tópica de uma solução de fluoreto de sódio a 2%, que poderia conseguir redução em 40% da incidência do ataque da cárie (FREIRE, 2003: 84). A idéia se originava no programa de fluoretação tópica em curso na Nova Zelândia.

FREIRE (2003: 81) esclareceu que a origem da AHD brasileira inspirou-se nas experiências de Richmond e Woonsocket, adaptada às condições nacionais por Frankel e Chaves. A utilização da AHD possibilitaria atender e educar a um maior número de pacientes, bem como a um aumento proporcional de rendimento do dentista, na unidade de tempo, com uma substancial economia para o Serviço. Pela primeira vez no Brasil, utilizou-se, nos serviços públicos, a chamada técnica de “odontologia a 4 mãos”. O autor afirmou que embora utilizada de forma rudimentar, como já citado, a prática “representava um avanço para a época, pois pouquíssimos serviços se utilizavam dela. Nos serviços odontológicos da área de serviço público, geralmente o dentista trabalhava só, sem utilizar adequadamente o apoio da mão de obra auxiliar” (FREIRE, 2003: 84).

O programa da assistência funcionava em regime de tempo integral com um equipamento portátil extremamente simples, constando de uma cadeira portátil, motor e compressor, cuspidores, amalgamador, condensador pneumático de amálgama e seguradores de rolos de algodão. Todo este equipamento era levado para a escola onde o trabalho era desenvolvido. Em 1954 foi introduzida a técnica de Knutson, chamada das quatro cadeiras, no trabalho preventivo, que aumentou de modo especial o rendimento da AHD. Esta técnica consistia em colocar 04 crianças sentadas em fila de cada vez, de modo que as diversas fases do trabalho preventivo se processassem simultaneamente nas quatro cadeiras (BASTOS, 1996: 205). Complementando essa

atividade, a AHD realizava trabalho educativo de higiene bucal, constando de palestras e demonstrações de técnicas corretas de escovação dos dentes (FREIRE, 2003: 84).

A programação de assistência ao escolar, implantado pelo SESP em Aimorés, tinha como método o chamado Sistema Incremental, cobertura assistencial gradativa a partir das menores idades através de tratamento intensivo, realizado em poucas sessões. Para ZANETTI (1993: 41) há várias modalidades de operação do Sistema Incremental. O SESP implementou, inicialmente, aquela reconhecida como modelo Aimorés; anos depois, com algumas mudanças, o SESP passaria a implementar aquela reconhecida como modelo SESP

Após 03 e 05 anos de operação do programa foram feitos inquéritos para a avaliação do progresso conseguido. Os dados obtidos foram comparados com os dados colhidos previamente no início dos trabalhos de 1952. Verificou-se que houve uma melhora considerável no estado de saúde bucal dos escolares examinados com uma acentuada redução na incidência de cáries (BASTOS, 1996: 205).

O SESP fez realizar de agosto a dezembro de 1955, no Rio de Janeiro, um curso de Higienista Dental, com a duração de 17 semanas, sendo 16 de ensino teórico-prático e a última para avaliação final. Dessa forma o Curso compreendeu 674 horas, sendo 600 de ensino propriamente dito e 32 de testes e outras atividades referentes a avaliação das alunas e 42 para exames finais. O desenvolvimento do programa foi realizado em parte no Escritório Central do SESP e em parte na Clínica Odontopediátrica da Faculdade Nacional de Odontologia, tendo o Professor Cláudio de Mello, catedrático da mesma clínica, como consultor e orientador geral. Participaram do Curso 10 alunas, sendo 06 do SESP e 04 do Estado de São Paulo (BASTOS, 1996: 403).

Lydia Maria Fonseca, que participara dos primeiros anos no projeto piloto de Aimorés como Auxiliar de Higiene Dentária, treinada em serviço, também concluiu o curso de Higienista Dental. Depois, por sua experiência dos primeiros anos, foi escalada para treinar outras Auxiliares de Higiene dental, nos serviços, em diversos outros estados. Lydia graduou-se em Odontologia, em 1970, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. (EMMERICH, 2003: 43)

Verificada a impossibilidade de continuar a formação desse tipo de auxiliar através de cursos de caráter formal, em ambiente universitário e ainda devido o alto custo com o deslocamento e manutenção dos candidatos, e outros fatores, o SESP decidiu que os cursos fossem realizados em nível local, a exemplo dos cursos de formação de visitadoras sanitárias e auxiliares de saneamento. A Higienista Dental foi novamente substituída pela AHD, preparada em cursos de características menos formais, menos acadêmicas, sendo o programa de ensino, desenvolvido em 12 semanas, compreendendo um total de 387 horas distribuídas, 68 para teoria, 278 para teoria e prática ou prática, 15 para verificação, 10 para visitas e 10 de margem de segurança. Até 1959, foram formadas 25 Auxiliares de Higiene Dental (BASTOS, 1996: 403).

A estratégia de fortalecimento do mundo não comunista através do desenvolvimento dos países do sul e sudeste asiático, a partir dos anos 50 do Século XX (Plano Colombo) incluiu formação de auxiliares nos moldes neozelandês. Por que razão o SESP não buscou implantar as auxiliares do tipo “enfermeiras dentais” no país? Segundo Mário Magalhães CHAVES³⁸, em depoimento por telefone, era impossível, naquele momento, no país, permitir maior nível de delegação às auxiliares. Este era um assunto tabu. Preferiu-se uma opção mais limitada. Os cirurgiões-dentistas do SESP receavam que a instituição fosse acusada de introduzir “dentistas práticos” nos serviços. As associações dos cirurgiões-dentistas não aceitavam e não se poderia expor o Serviço Especial a uma polêmica tão intensa. O medo do “prático”, corrente entre os profissionais graduados da época, foi o principal motivo. Tal sentimento era visivelmente perceptível, segundo o emérito professor.

A formação de AHD e a tentativa de utilização da Higienista Dental foram as novidades que se conseguiu implantar. Entretanto, a experiência do SESP, em Aimorés, categoricamente inseriu na mentalidade de saúde pública no país a importância da formação e utilização das auxiliares de odontologia, o que se evidenciou no VII Congresso Odontológico Brasileiro, realizado em 1959. Este “recomendou ampla utilização de pessoal auxiliar quer nas aplicações tópicas de flúor, quer na assistência direta ao trabalho do dentista” (CARVALHO, 1998: 4).

³⁸ Comunicação pessoal do autor (30 de setembro de 2007)

Concluindo, um dos objetivos deste capítulo foi detalhar como se deu a introdução de profissionais auxiliares de odontologia com funções principais higienistas e preventivistas, e com rudimentos de ergonomia no serviço público brasileiro. Fato que ocorreu com a incorporação da AHD em programas escolares da SESP em 1952, com as funções principais de aplicação tópica de flúor, orientação para escovação, profilaxia e com algumas atribuições de instrumentação. Tratou-se de experiência replicada em menor nível de atribuições das Higienistas Dentais, assim como dos modelos de Richmond e Woonsocket, como já visto, utilizados no Brasil antes mesmo das publicações nos Estados Unidos sobre os novos padrões de divisão do trabalho em equipes de saúde bucal (modelos que buscavam planejar as ações para aumento de produtividade e eficiência técnica). A AHD brasileira tem sido descrita na literatura brasileira como legatária simplificada da Higienistas Dentais. Contudo, devem-se realçar suas atribuições de instrumentadora, ainda que não uma instrumentadora plena, na configuração da odontologia de quatro mãos. É que, dessa forma, se poderá compreender claramente a origem, no Brasil, do Atendente de Consultório Dental (ACD) e do processo embrionário do próprio THD, que emergiram nos anos 70.

5. OS ANOS 60: DEFININDO A UTILIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DE AUXILIARES INSTRUMENTADORES NO BRASIL

Esse capítulo aborda o contexto em que a utilização e formação de auxiliares se disseminaram no Brasil sob o impacto do debate desta questão no âmbito internacional, em especial, na América Latina.

A ascensão de Mário Chaves, na segunda metade dos anos 50, a consultor em Saúde Bucal da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em Washington, provocou uma mudança na posição da odontologia dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS) no âmbito regional. A Repartição Sanitária Panamericana (RSP) em Washington tinha a dupla responsabilidade de servir como secretariado da OPAS como organização autônoma dos países das Américas e de Escritório Regional para as Américas da OMS (CHAVES, 2003: 99).

Em 1959, reuniu-se o Comitê de Peritos sobre Pessoal Auxiliar em Odontologia da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE³⁹, em Genebra, e pela primeira vez fez-se referência aos tipos de auxiliar mais comumente encontrados no mundo: a higienista dental, a enfermeira dental, o protético e a auxiliar odontológica (tratava-se aqui da assistente dental, instrumentadora, tipo Richmond, já citado). O relatório final desta reunião resultou de ampla negociação e recomendou a utilização de auxiliares, entrevedo formas distintas de utilização de acordo com as características hegemônicas na prática de assistência odontológica de cada país. O documento sugeriu, também, que os países montassem equipes de higiene dental, de acordo com os modelos vigentes em países desenvolvidos

VIEGAS (1966: 25-26) assim resumiu as recomendações da reunião:

1. Ampliar e estender a assistência odontológica no âmbito dos programas sanitários nacionais, organizando-a de forma universal e equânime, o que exige conhecer

15.³⁹ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - Comité de Expertos en Personal Auxiliar de Odontologia. **Informe** ... Genebra, 1959. (Ser. Inform. techn. n. 163) .

as modalidades de sua prestação, melhorar e implantar cursos de formação profissional, de modo a aumentar a eficiência do pessoal formado.

2. Recorrer a diversas categorias de pessoal auxiliar para obter serviços complementares ou funções de menor responsabilidade aos dos dentistas, através de uma grande preparação, que implica a colaboração do auxiliar com o dentista, que detém a supervisão sob o trabalho.

3. Estender as funções do pessoal auxiliar na prestação da assistência dental, delegando-as às diversas categorias de auxiliares, de acordo com as disposições regulamentares em vigor, da formação e experiência de cada um e da disposição do dentista em tornar-se responsável por seu trabalho. Recomenda-se, ainda, aos dentistas que prestem atenção não apenas ao treinamento do pessoal auxiliar, e que aprendam a utilizar seus serviços com maior eficiência e aproveitamento.

4. Confiar a prestação da assistência dental a uma «equipe de higiene dental», tanto nos serviços públicos de odontologia, como no exercício privado da profissão. Este sistema pode aplicar-se proveitosamente nos programas de higiene dental estabelecidos pelos países adiantados e na organização de serviços desse tipo, nos países onde a assistência dental seja escassa ou inexistente.

Dois marcos significativos na história da saúde pública brasileira e latino-americana foram: a oferta, em 1958, pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) de São Paulo, de curso de um ano de duração para especialização em saúde pública de cirurgiões-dentistas. Este curso produziu em anos sucessivos uma geração de cirurgiões-dentistas sanitaristas que vieram a ocupar posições de destaques em serviços odontológicos e faculdades de odontologia da América Latina (CHAVES 2003: 100). Outro marco, como desdobramento da primeira estratégia, foi o lançamento em 1960, de um manual de três tomos intitulado “Manual de Odontologia Sanitária”, do qual os volumes I e II foram responsabilidades de Mario CHAVES⁴⁰, e VIEGAS⁴¹ tendo se ocupado do volume III. Em 1962, a parte escrita por

⁴⁰CHAVES, M. M. **Manual de odontologia sanitária**. TOMOS I e II. São Paulo, Massao Ohno ed., 1960.

⁴¹VIEGAS, A. R. **Manual de odontologia sanitária**. TOMO III. São Paulo, Massao Ohno ed., 1960.

Chaves ganharia repercussão internacional e assim, nova edição, composta exclusivamente dos Tomos I e II foi lançada e traduzida em espanhol para 15 países (CHAVES, 2003: 100). Tal publicação marcou profundamente a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico, tanto no país quanto por toda a América Latina, consagrando-se definitivamente (NARVAI: 2006, 142).

O Manual de Odontologia Sanitária propiciou todo um movimento de mudança no modelo de atenção em odontologia, que passou a ser identificado como o próprio nome do livro como odontologia sanitária. No *Congreso de Salud Pública Dental* realizado na cidade de Rosário (Santa Fé), Argentina, em 1957, CHAVES antecipou o que seria esta nova prática:

...de acuerdo con el amplio concepto de salud dental (...). La odontologia sanitaria es (...) la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades dentales y bucales, de limitar o reparar los daños causados por ellas mediante los esfuerzos coordinados de la colectividad en pro de la adopción de medidas preventivas de carácter colectivo, de la educación sobre el modo de proteger, conservar o restaurar la salud bucal, y de la organización de los servicios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales, al alcance por igual de todos los ciudadanos. (CHAVES, 1958: 20)

Para NARVAI (2006: 142) o manual originou-se da prática desenvolvida por profissionais da área odontológica em saúde pública no Brasil, nos anos 50 do século XX. A principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi o sistema incremental. Para o autor, a tecnologia de atendimento aos escolares se confundiu com a própria odontologia sanitária perdendo-se a noção de trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade. A odontologia sanitária se viu, então, reduzida aos programas odontológicos escolares (NARVAI⁴² apud NARVAI 2006: 143). Ainda para o autor, o sistema incremental tornou-se ineficaz à medida que

⁴² Narvai PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

foi “transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente” e, em contextos de “precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas”.

A odontologia sanitária, nos moldes pensados por CHAVES, pode nos explicar também as razões para que ela não se empenhasse assumidamente em introduzir no Brasil auxiliares com funções ampliadas, como a auxiliar neo-zelandesa. Um dos pilares da conceituação de CHAVES, especialmente nos anos que antecederam a publicação do Manual, era o não-confronto com o “stablishment”. Embora entendesse a metodologia como arena de “controvérsias doutrinárias”, CHAVES (1959: 481) afirmou que “(...) El higienista tiene la misión de **armonizar intereses, no de crear conflictos** [grifos nossos]. Debe seguir las transformaciones sociales que experimente su país y en todo momento estar en condiciones de sugerir una mejor organización dentro de las circunstancias”. Neste sentido, idealizava-se maximizar oportunidades locais, contemporizando interesses, sem promoção de rupturas radicais. Seria a própria coletividade quem ofereceria condições de avanços, e, dentro da coletividade, na medida desta, o papel do sanitário seria o de conseguir o máximo de oportunidades negociadas com os interessados em disputa. No caso do Brasil, lembrando as AHD do período SESP, as funções destas foram determinadas tanto pela filosofia de formar auxiliares em serviços em tempos mínimos de treinamento e com habilitações reduzidas (ainda que com razoável nível de capacitação) quanto pelo conceito de não-confrontamento e exposição da instituição, perfeitamente adequado ao que viria ser um dos pontos filosóficos da odontologia sanitária ainda embrionária. Irrelevante, diante da magistral contribuição de Chaves, mas se tomada como conceito da metodologia, implicaria em propiciar barreiras autolimitantes do método, excluindo os sanitários de idealizarem e promoverem rupturas com o *status quo*. Entretanto, como se verificaria posteriormente, nos anos 80-90, o conflito se manifestaria claramente e o campo dos cirurgiões dentistas sanitários se transformariam também em arenas de politização e confronto.

Em agosto de 1961, implementou-se a Aliança para o Progresso, em Punta del Este/Uruguai, medida aprovada na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social que procurava estimular reformas sociais e estruturais nos países vizinhos americanos, como estratégia política para reduzir os efeitos do alinhamento da revolução cubana à causa soviética.

O evento foi marcado pelo lançamento da Carta de Punta del Este, documento assinado pelos países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA), que continha o Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso. Este deu as bases de um movimento de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina, especialmente no que se refere à discussão acerca do planejamento em saúde e do aumento de cobertura dos serviços.

A Carta de Punta del Este foi o marco político-institucional e simbólico da mudança no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais deste campo, no desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas. Suas recomendações gerais para os países membros da OEA foram: (1) a preparar planos nacionais em todo o continente; (2) criar, nos Ministérios de Saúde, unidades de planificação e avaliação; (3) melhorar o processo de produção de estatísticas sobre saúde; (4) investir na formação de pessoal profissional e auxiliar; (5) determinar o número de técnicos, capacitar os funcionários em serviço e ampliar os centros de educação; e, por fim, (6) organizar os serviços de saúde locais, integrando as funções de prevenção e tratamento (PAIVA, 2004: 2).

Em abril de 1963 ocorreu, em Washington, o primeiro encontro dos Ministros da Saúde das Américas com o fim de sugerir medidas práticas para cumprimento das metas da Carta de Punta del Este, especialmente no que se referia ao Plano Decenal de Saúde Pública. (PAIVA, 2004: 3-4)

Esse ideal de planificação estava em sintonia com a imagem de que a América Latina possuía problemas sanitários próprios, distintos daqueles dos quais sofriam os grandes centros mundiais. A formação de recursos humanos tornava-se questão-chave em todo o processo. Primordial, tanto de uma perspectiva quantitativa em face do reduzido número de profissionais de saúde, especialmente os quadros auxiliares, como do ponto de vista qualitativo, pois se procurava redesenhar um novo perfil de profissional de saúde, mais atento, como se disse, às circunstâncias epidemiológicas nacionais ou regionais. (PAIVA, 2004: 5)

O autor chamou atenção de que em 1967 houve importantes avanços na agenda de discussão e operação das idéias relativas às mudanças no campo da saúde nas Américas, a partir de nova Reunião de Chefes de Estado Americanos, que produzira a chamada Declaração dos Presidentes da América, mais uma vez em Punta del Este, Uruguai. A base de recomendações

deste documento girou em torno da afirmação dos princípios ditados pela Carta de Punta del Este (1961), ao se reconhecer que a saúde exercia papel fundamental para o desenvolvimento econômico. Assim a Declaração tinha como principal sugestão a intensificação da prevenção e o controle das enfermidades transmissíveis no continente (PAIVA, 2004: 6).

A segunda Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas aconteceu em Buenos Aires, em outubro de 1968. Segundo PAIVA (2004: 6), ali se procurou estabelecer um plano de operações para as decisões adotadas pelos Presidentes das Américas na Reunião de Punta del Este, de abril de 1967. Suas recomendações gerais propunham: (1) que a Opa colaborasse com os países membros em estudos de recursos humanos que permitissem conhecer a situação da necessidade de formação de pessoal de saúde; (2) colaborar para melhorar os métodos de ensino; e (3) estudar as causas de imigração do pessoal de saúde.

Estas reuniões estimularam debates e houve alguma produção acadêmica sobre recursos humanos no Brasil, em especial, o tema do pessoal auxiliar de odontologia (PAO) que foi apreendido com destaque para três textos selecionados:

1 – “A auxiliar de higiene dental em serviços de saúde pública”, de Luiz Octavio Coelho Guimarães, publicado na Revista da Associação Brasileira de Odontologia, em 1963;

2 – “Estudos de Tempo e Movimento em Operatória Dental – II. Utilização da Auxiliar Odontológica”, de Sergio Louis Rosiello publicado no Boletim de La Oficina Sanitária Panamericana, 1964.

3 – “A importância da utilização de pessoal auxiliar em odontologia”, de Alfredo Reis VIEGAS, publicado em Arq. Fac. Hig. De São Paulo, em 1966.

O primeiro texto, de GUIMARÃES (1963), resgatou as recomendações dos peritos em pessoal auxiliar de odontologia da Organização Mundial de Saúde que se reuniu em Genebra, em 1959, e descreveu introdutoriamente as atribuições da higienista dental. A seguir, estabeleceu as principais diferenças de funções dos dois tipos de auxiliares (higienista e AHD), detalhando as funções e a grade curricular de formação de ambas. Guimarães situava a auxiliar de higiene

dental como precursora da higienista dental americana, o que foi um equívoco do autor. Na verdade, a AHD é uma legatária da auxiliar americana, com um número menor de delegações.

Há que se distinguir a AHD formada pelos SESP da AHD proposta pela reunião de Genebra. A ADH formada pelo SESP também tinha entre suas atribuições, instrumentar o cirurgião-dentista na clínica⁴³. A AHD proposta pela OMS, em Genebra, limitava-se às atribuições de higiene, já descritas. É a respeito da segunda que Guimarães desenvolve seu estudo, mas indicando que esta poderia ser melhor aproveitada se suas atribuições se assemelhassem às AHD do SESP/FSESP.

Guimarães mostrou ainda que a experiência brasileira no campo da Odontologia Sanitária com a Auxiliar de Higiene Dental destacou-se principalmente, na prevenção parcial da cárie dental pelas aplicações tópicas de fluoretos e a educação sanitária individual. Preconizou a real utilização deste tipo de pessoal em serviços oficiais, desde que supervisionada diretamente por Cirurgiões Dentistas para estender o benefício deste método preventivo a maior número de pessoas com um custo mais baixo.

Para Guimarães:

1) Os investimentos para formação profissional da auxiliar seriam de baixo custo. Ela seria treinada em serviço, num prazo curto de tempo (3 a 6 meses), a partir de uma seleção prévia para o curso, com prova de português, aritmética e conhecimentos gerais, associada a um teste vocacional e uma entrevista. Preconizou prática em manequins e uso de materiais visuais.

⁴³ Segundo Aprígio FREIRE, em depoimento anteriormente citado, a instrumentação da AHD sespiana era rudimentar, não sendo, portanto, habilitada em funções plenas de instrumentação, daí sua maior associação com os procedimentos preventivos e promocionais. Entretanto, habilitava-se a alguns movimentos de instrumentação.

2) Os atores implicados nestes arranjos seriam oriundos das instituições públicas, pois o treinamento seria em serviço e exclusivamente dirigido para serviços públicos.

3) O auxiliar no serviço público liberaria o dentista para outras práticas assistenciais mais complexas.

4) O trabalho da auxiliar se distinguiria dos demais membros da equipe de saúde bucal por ocupar-se principalmente da prevenção parcial da cárie pelas aplicações tópicas de fluoretos e a educação sanitária individual. Estas seriam suas principais funções. Contudo, poderia se fazer um mix da auxiliar de consultório com a AHD.

5) A auxiliar de Higiene Dental, para o autor, foi convocada sob o paradigma de saúde preventivista e promocional, em trabalhos individuais, excluída a atuação em grupos.

6) O impacto nos resultados do planejamento dos serviços se daria por aumento de produtividade em prevenção e educação em saúde; além da diminuição dos custos.

7) O impacto de sua presença no relacionamento da equipe se daria por liberação do dentista para suas práticas clínicas.

O texto sugeriu, ao final, a necessidade do Ministério da Saúde, através do Serviço de Fiscalização da Odontologia, estudar e elaborar um anteprojeto para ser enviado ao Congresso Nacional acerca da regulamentação dessa profissão. Sugeriu ainda que as associações profissionais funcionassem como um grupo de pressão para acelerar o processo de regulamentação da mesma.

A importância desse texto de Guimarães, além da divulgação de um tipo de auxiliar para a época, no Brasil, e que já era formado e utilizado pelo SESP/FSESP desde 1952, é subsidiar a compreensão histórica de como se foi processando a consolidação dos auxiliares no país. Aqui, a novidade para além da divulgação das atribuições de Auxiliar de Higiene Dental tipificada pela OMS, foi a proposição de que se poderia fazer um mix da AHD com a auxiliar do consultório ou

assistente, que já era rotineiro nos serviços sespianos, para os demais serviços públicos de saúde bucal do país. Importante entender que a auxiliar de consultório ou assistente, no Brasil, embora com algumas atribuições de instrumentação, não se alçava à instrumentadora plena, que exigiria uma melhor formação. Em geral, treinadas em serviços, pouco se assemelhavam às instrumentadoras do tipo Richmond e Woonsocket. As duas AHD treinadas por Guimarães em 1960 e 1961 no Centro de Aprendizado Urbano da Faculdade de Higiene e Saúde inseriam-se nesta modelagem.

Há que se observar também que, embora a utilização de auxiliares já fosse uma realidade nos serviços do SESP desde 1952, portanto mais de dez anos antes da publicação deste texto, a proposta de GUIMARÃES se centrava na importância de sua utilização no serviço público para além dos portões do SESP/FSESP.

O segundo artigo, de ROSIELLO (1964), instrutor da Cadeira de Técnica de Saúde Pública da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, referia-se à continuação de outro, escrito por GUIMARÃES⁴⁴ (1962) abordando o uso de aparelhos de baixa e alta velocidade.

Este trabalho foi uma das primeiras abordagens (se não a primeira) em português, no formato de artigo, que buscou verificar o aumento de produtividade de auxiliares instrumentadora, do tipo treinada em Richmond, Indiana, nos EUA, desde 1946. Preconizava o uso de duas auxiliares, uma fixa ao lado do dentista (“chair side assistant”, em inglês) e outra móvel (“roving assistant”, em inglês) encarregada de assegurar o fluxo de pacientes, o trabalho de esterilização e demais operações de rotina, como uma melhor forma de divisão de trabalho.

O dentista trabalharia sentado, com a auxiliar ao seu lado, assistindo-o em todos os detalhes da intervenção realizada. Assim, colocaria sobre a mesa auxiliar o instrumental, medicamentos, materiais restauradores já manipulados, pastas de impressão já na moldeira, retentores de rolo de algodão para o isolamento do campo operatório, tiras de lixa e de celulóide. Ajudaria no trabalho direto ao paciente, afastando lábios e bochechas com o auxílio do espelho, na limpeza e secagem da zona que está sendo trabalhada, na instrumentação adequada,

⁴⁴ GUIMARÃES, L. O. Estudos de Tempo e Movimento em Operatória Dental - Comparação de Emprego de Aparelhos de Baixa e Alta Velocidade, **Bol. Of. San. Pan.**, 53:335-339, 1962.

constituindo um segundo par de mãos para o dentista. A auxiliar móvel ajudaria tanto ao dentista quanto a auxiliar fixa.

Este modelo descrito por WATERMAN⁴⁵, em 1952, e por WATERMAN E KNUDSON⁴⁶ em 1953, constituiu em publicações de impacto no meio acadêmico americano, e resultaram em intensos debates e experimentações de outros modelos ao longo da década de 50 e de 60 nos EUA.

A utilização de auxiliares, segundo o autor, seria justificada pelas necessidades de tratamento dentário da comunidade acumuladas ao longo do tempo (backlog) e da escassez de mão-de-obra na assistência, pública ou particular. A escassez dos recursos humanos em Odontologia Sanitária se caracterizava pela proporção existente entre número de dentistas e população, e seria um problema universal.

Em face desta questão duas medidas se fariam necessárias:

1) Adoção de medidas preventivas para diminuir a incidência da cárie dental da população, como a fluoretação das águas de abastecimento público; programas de aplicações tópicas de fluoreto de sódio em escolares, e restrições de glicídios na dieta.

2) Aumento da capacidade de mão-de-obra seja pelo aumento do número de profissionais (construção de novas faculdades, aumento do número de vagas) seja pelo aumento da produtividade. Dentre as medidas que considerou de grande importância para o aumento da produtividade destacou a utilização de aparelhos de alta rotação, em que o tempo dispendido pelo dentista, em operatória dental, no seu total pode ser reduzido em 30%; e emprego eficiente de pessoal auxiliar.

A fim de aumentar a eficiência, deliberou-se delegar maiores poderes ao pessoal auxiliar em odontologia e motivar um maior número de profissionais na utilização adequada desse tipo de

⁴⁵ WATERMAN, G. E.: Effective use of dental assistants, **Pub. Health Rep.**, v.67, p. 300-394, 1952.

⁴⁶ WATERMAN, G. E. E KNUDSON, J. W.: Studies on Dental Care Service for School Children. First and Second Treatment Series. Richmond, Indiana, **Pub. Health Rep.** v. 68, p. 583-589, 1953

pessoal. Rosiello, citando estudos de McCREA⁴⁷, afirmou que a produtividade do dentista aumentaria de aproximadamente 30%, se apoiada por uma auxiliar adequadamente treinada e acrescentou ainda que, se todos os dentistas dos Estados Unidos usassem esse tipo de pessoal efetivamente, o aumento da produtividade equivaleria ao incremento de no mínimo 30.000 dentistas.

Pelo artigo de Rosiello, pode-se recuperar como o emprego de auxiliares no país ocorria na década de 60, indicando uma utilização limitada:

“Infelizmente, muitos dentistas não empregam auxiliares odontológicos e aqueles que o fazem não os utilizam adequadamente. A maior parte do trabalho delas no consultório se resume em conservar o consultório em ordem e limpo, zelar pela manutenção e esterilização dos instrumentos, agendamento de pacientes, arquivo e atendimento do telefone”.

O autor considerou que a produtividade de uma equipe constituída de um dentista e uma auxiliar estava na dependência direta do entrosamento, da coordenação e da uniformidade de movimentos, tanto do profissional como da auxiliar, relevando a importância da racionalização do trabalho clínico.

Para o autor, os resultados que se obteriam da equipe nessas condições seriam: (1) Aumento da produtividade, ou seja, maior número de tratamentos realizados pela equipe em um dado tempo de trabalho; (2) Melhora da qualidade do trabalho, com o profissional dispendendo menor esforço físico e mental; (3) Maior controle do paciente pela presença e influência da auxiliar, principalmente em odontopediatria; e (4) Decréscimo da mortalidade dentária por paciente, da prevalência de afecções decorrentes da cárie em face de um maior número de pacientes atendidos, e da execução de tratamento preventivo.

⁴⁷ McCREA, M. W. Commentary on Dr. Burket's paper. **Jou. Dent. Educ.**, v. 23 p. 91, 1959.

Rosiello se pautou em pesquisa realizada no Centro de Aprendizado Urbano da Faculdade de Higiene e Saúde Pública e estendeu-se por um período aproximado de nove meses. Visava salientar a importância do emprego eficiente da auxiliar odontológica para o aumento da produtividade do dentista. Neste trabalho, mediu a produtividade computando o tempo gasto pelo dentista na realização dos mesmos procedimentos operatórios com e sem o concurso da auxiliar odontológica, para verificar o tempo ganho em cada etapa de trabalho e no total.

Como conclusão, apresentou os seguintes resultados:

1) redução de 33,80% no tempo total gasto para o término do tratamento indicado para cada paciente.

2) redução apreciável nos tempos dispendidos para a realização de cada procedimento operatório, estatisticamente testado, demonstrando que o concurso da auxiliar é útil em todas as fases do tratamento indicado para cada paciente.

3) maior cooperação por parte dos pacientes, principalmente aqueles de menor idade, quando se utilizavam os Serviços da auxiliar odontológica.

A importância do texto de Rosiello pode ser verificada pelo número de citações a posteriori encontradas ao longo da década de 70. A pesquisa pioneira e bem conduzida sobre auxiliares no Brasil colaborou para a divulgação da auxiliar instrumentadora e para subsidiar os primeiros cursos sobre este tipo de recurso humano ao longo da década e início dos anos 70.

No terceiro texto, VIEGAS (1966) definiu por pessoal auxiliar em odontologia, “as pessoas que trabalham sob a supervisão e direção de um profissional competente, no caso, cirurgião-dentista, ou em outros termos, as pessoas de cujas atividades e atos profissionais é responsável o cirurgião-dentista sob cujas ordens trabalha”. O autor destacava os problemas de recursos humanos da Odontologia Sanitária assinalando a desproporção entre os mesmos e sugerindo medidas que melhorasse a situação, com ênfase na utilização de pessoal auxiliar em odontologia.

O autor professor assistente (doutor) da Cadeira de Técnica de Saúde Pública da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP era membro do Conselho de Peritos em Saúde Dental da Organização Mundial da Saúde e do Conselho de Educação Dental da Federação Dentária Internacional, recuperou algumas considerações do relatório do comitê de peritos em pessoal auxiliar em odontologia da O. M. S, publicado em 1959. Apresentou as funções gerais da auxiliar de dentista, especialmente em relação da proposta da ONU.

Suas funções seriam:

1. Receber o paciente.
2. Prepará-lo para o tratamento que necessita.
3. Preparar e apresentar todos os acessórios necessários (guardanapo, cuba, etc.).
4. Esterilizar, cuidar e preparar os instrumentos.
5. Preparar e misturar os materiais de restauração (materiais de restauração e impressão, entre outros).
6. Cuidar do paciente, uma vez terminado o tratamento até que abandone o consultório e, seguidamente recolher os instrumentos e prepará-los para nova utilização.
7. Tornar a preparar o gabinete para o cliente seguinte.
8. Apresentar as fichas clínicas ao dentista para que este escreva os dados referentes e arquivá-las.
9. Ajudar o dentista nos trabalhos de radiologia e na revelação e montagem das radiografias.
10. Instruir o paciente, sempre que seja necessário, sobre o uso correto da escova de dente.
11. Dar assistência pós-operatória às pessoas que tenham sofrido anestesia geral.

Viegas desenvolveu seu texto buscando demonstrar porque é importante a utilização do pessoal auxiliar em odontologia. Teceu considerações sobre a situação em saúde pública, onde os problemas eram sempre maiores do que os recursos existentes. Citou que os problemas principais em saúde pública eram as perdas dentais e a doença periodontal, utilizando dados dos Estados Unidos, que embora com uma posição mais confortável na proporção dentista/população, ainda assim apresentava sérios problemas.

Mostrou também, dados da relação dentista-população, divulgados pela ONU, com resultados que considerou variável, indo da pior relação possível, a uma relação razoável, mas ainda longe da ideal.

Concluiu o raciocínio afirmando que “é óbvio que falta mão de obra profissional, e isso se torna bem mais flagrante, se não nos esquecermos que a profissão dental norte-americana utiliza pessoal auxiliar e, nem assim está resolvendo o problema lá existente”.

Propôs sete medidas essenciais para melhorar essa situação: aplicação ampla de métodos preventivos; programas de educação sanitária em saúde dental; aumento da mão de obra profissional com consciência social; utilização de pessoal auxiliar; aumento da produtividade; desenvolvimento de sistemas de pagamento para tratamento dental e, por último, racionalização dos serviços sociais da odontologia, dentro dos cânones da técnica de administração em saúde pública, através da organização adequada dos serviços, complementada por boa planificação, correta execução e uma avaliação ponderada dos programas elaborados.

Viegas citou três tipos de pessoal auxiliar fundamentais: auxiliar de dentista ou assistente (refere-se à Dental Assistant, instrumentadora), protético e auxiliar de higiene dental (AHD) e considerou que além da formação da “auxiliar de dentista ou assistente”, o profissional deveria ter algumas qualidades que facilitassem suas relações com os pacientes e com o pessoal profissional, como inteligência viva, bom caráter e boa aparência. “Estas qualidades são talvez tão importantes como um nível de instrução satisfatório”.

Viegas considerava que a auxiliar com uma formação em curso institucional, seria mais bem aproveitada que a auxiliar treinada em serviços e que os profissionais dentistas formados em escolas onde se ministram também cursos para auxiliares aceitariam melhor a presença desta

última. Recomendou que as autoridades responsáveis pelo ensino da odontologia examinassem a conveniência de aumentar o número dos cursos de formação de “auxiliares de dentista”.

Para ele, um curso oficial deveria compreender as seguintes matérias: importância do comportamento moral; princípios e métodos de esterilização; preparação de materiais de restauração e impressão; cuidado e conservação dos instrumentos e do material leveiro, primeiros auxílios, conhecimento geral da nomenclatura odontológica, utilização e arquivamento dos documentos e das fichas pertinentes.

À medida que se desenvolvessem e ampliassem os cursos, se incluiriam neles outras matérias, como noções de procedimentos de enfermagem, revelação e montagem de radiografias, técnica de operações em salas cirúrgicas, etc.

Segundo o autor, este tipo de pessoal auxiliar “é considerado, pelos educadores americanos, como essencial para que a profissão possa proporcionar uma melhor saúde oral para a população. Pelo menos 44 das 48 escolas de odontologia da América do Norte estão ensinando os futuros dentistas a aprenderem a utilizar eficientemente a auxiliar de dentista”.

Pela descrição de Viegas, percebe-se que o tipo ideal de auxiliar do dentista seria aquela que tivesse o ginásio completo, sempre que possível frequentasse um curso de um ano de duração para se habilitar em instrumentadora para atuação direta com o paciente (afastamento de lábios, colocação de rolos de algodão, etc.). Nos casos onde isto não fosse possível, as auxiliares seriam treinadas em serviço com funções tradicionais, sem alçar-se à instrumentação plena.

Viegas referiu-se também às auxiliares de higiene dental (AHD), que, segundo ele, seriam utilizadas apenas nos serviços públicos, com formação no ambiente de trabalho, em um período de formação de três a seis meses. Contudo, elas deveriam ter o curso primário completo.

Para o aumento da produtividade, Viegas cita Mário CHAVES⁴⁸, que aconselhava aplicar os princípios da organização científica do trabalho, tais como delegação de atividades, economia de movimentos, eliminação de tempos de espera, utilização de equipamentos e materiais que

⁴⁸ CHAVES, M. M. - Análisis de la productividad. In **Odontologia Sanitária**. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1962, p. 251-260.

possibilitassem ganho de tempo, proporção numérica dentista-auxiliar adequada e perfeita coordenação de trabalho desses elementos.

Viegas alegou também não compreender que, naquele momento, inúmeros serviços de saúde pública ainda não usassem auxiliares de consultório: um erro que deveria ser corrigido, pois não se poderia compreender que continuassem a contratar mais dentistas, sem antes concretizarem essa medida, que como ele buscou demonstrar permitiria aumentar acentuadamente o rendimento do mesmo.

O texto de Viegas enfatizou a instrumentadora, preocupado com extensão da cobertura e ganhos de produtividade, centrando-se mais nos aspectos assistenciais. Esta auxiliar poderia ser utilizada tanto em consultórios privados como públicos, distinta, portanto, da AHD, que seria de utilização exclusiva para o serviço público em decorrência de suas delegações preventivo-promocionais. Viegas também viria a ser citado em vários artigos posteriores como base teórica nacional para formação e utilização de instrumentadoras.

Apesar da formação e utilização de auxiliares receber, na década de 60, um incremento ascendente, porém lento, observou-se que esta ascendência de cursos de formação de auxiliares se deu de modo esporádico e geograficamente centrado em grandes capitais, como informariam MEDEIROS (1977), BOTTI (1978) e CASTRO (1973). O primeiro relatou a oferta pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas de São Paulo de um curso de formação de auxiliares, rapidamente absorvidas pelo mercado, em 1964. O segundo afirmou que, segundo a OPAS, em 1968 havia dois cursos para treinamento de auxiliares, um em Belo Horizonte (MG) e outro no Rio de Janeiro. O terceiro escreveu que o Centro de Pesquisas em Odontologia Social da UFRGS mantinha, em 1969, um curso para auxiliares, com trezentas horas/aluno.

Outras produções científicas sobre auxiliares, na década de 60, apresentaram resultados de estudos que associam o uso de auxiliares como necessidade de responder a demandas sociais com eficiência. Mário CHAVES (1966) tratou da “Responsabilidade da odontologia organizada nos países em desenvolvimento”, onde apresentava um quadro estatístico de 55 países em desenvolvimento, mostrando a enorme desproporção existente nesses países entre o alto número de pessoas necessitadas de atendimento odontológico e a pequena quantidade de profissionais

para realizá-lo, advertindo da urgente necessidade de aperfeiçoamento de técnicas de utilização de mão de obra auxiliar para, se não resolver, pelo menos atenuar o problema.

MENDES RIBEIRO (1968) analisou a Odontologia no Rio Grande do Sul e relacionou a baixa utilização de pessoal auxiliar com o grande número de necessidades odontológicas não resolvidas e com o baixo padrão econômico dos dentistas, resultantes de uma pouca produtividade.

BOTTI (1978) afirmou que em 1968, o CENTRO DE PESQUISAS EM ODONTOLOGIA SOCIAL (CPOS) órgão auxiliar da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entrevistou dentistas de 36 municípios do Rio Grande do Sul, com o objetivo de coletar informações acerca da utilização de auxiliares. Destacasse, entre outras conclusões obtidas o fato de que 78% dos Dentistas entrevistados não empregavam auxiliares, sendo que entre os que utilizavam auxiliares, as possibilidades de trabalho do pessoal empregado não eram explorados plenamente. Os dados obtidos permitem observar que 96,55% dos auxiliares exerciam a função de recepção; 53,45% realizavam preparação de materiais; 53,45% executavam a instrumentação; 46,55% revelavam radiografias e 24,13% auxiliavam em atividade de prótese.

Ainda nos finais da década de 60, MEDEIROS (1977) lembra que o Serviço Nacional de Fiscalização de Odontologia, através da Portaria SNFO-2 de 25-07-69 procurou definir atribuições das profissões de auxiliares de odontologia (discriminadas em Protético, Auxiliar de Consultório, Auxiliar de Higiene Bucal, Assistente Dental e Enfermeira Dentária Escolar). Desnecessário dizer que a Enfermeira Dental Escolar jamais sairia do papel, e possivelmente nunca foi utilizada no Brasil.

Este capítulo procurou esclarecer como se consolidou no país a instituição da auxiliar instrumentadora, movimento que se processou no país notadamente nos anos 60, cujos parâmetros ainda eram os modelos de Richmond e Woonsocket, na superação das limitações clínicas da AHD. A instrumentadora, introduzida no Brasil pelo SESP, através da formação de AHD nos serviços públicos, com delegações de tarefas rudimentares, passou a ser vista como um profissional que necessitava melhor formação. No período, Rosiello publicou uma primeira pesquisa brasileira sobre produtividade com auxiliares demonstrando ganhos econômicos com a

inclusão da instrumentadora plena na equipe. Descreveu-se brevemente sobre a emergência da Odontologia Sanitária, metodologia da época, e sobre o movimento na América Latina por formação e utilização de recursos humanos auxiliares que teria desdobramentos futuros, tanto na década de 70 quanto na de 80.

Há que se observar que, em nenhuma publicação dos Anos 60 em território nacional, se fez menção a uma ampliação de funções dos auxiliares do tipo enfermeira dental, ou de técnicos da tipologia proposta por DUNNING (1956). Mas a presença de auxiliares AHD e de instrumentadoras em utilização no país, permitiu-nos a afirmação de que nessa década o paradigma de trabalho brasileiro centrou-se em higienismo, preventivismo e ergonomia, enquanto que nos EUA, além dessas, as experiências com assistência restauradora já se encontravam em curso.

Na América Latina, na década, houve a pioneira experiência de formação e utilização de auxiliares com funções ampliadas (do tipo enfermeira dental) na Universidade de Antioquia, Colômbia, a partir de 1997. A experiência continuou por dez anos (GÓMEZ, O; JIMÉNEZ, A; MEJÍA, R, 1978: 357).

Deduz-se que, como afirmou CHAVES (2007), em entrevista já citada, o tema da ampliação de delegações para auxiliares em atuação direta na cavidade bucal era tabu no Brasil. Conceito conservador que continuou fortemente enraigado nos anos 60 e que até o presente momento não parece ter se modificado, em termos da ampliação das atividades na clínica. Mas os anos 70 importariam em novidades sobre o técnico, e, a partir de 1975, emergiria a criação deste, embora ao longo dos anos se articularia também acirrada luta para amputação de suas atribuições.

6. OS ANOS 70: NOVOS TIPOS DE AUXILIARES ENTRAM EM CENA.

Em 1971, por conta da Lei n. 5.692 (BRASIL. Lei nº 5.692/71 de 11 de agosto de 1971) foi promulgada a Reforma do Ensino de 1º e 2º Graus que instituiu um novo ensino de 2º grau, universal e compulsoriamente profissional com a fusão dos ramos profissionais do 2º ciclo do ensino médio com o ramo secundário pedagógico. Segundo CUNHA (2000: 54), o objetivo era que todos os alunos obtivessem, no 2º grau, uma habilitação como técnico ou auxiliar técnico. Para o autor, foi atribuída à profissionalização universal e compulsória no 2º grau o papel de conter a demanda de candidatos para o ensino superior, de modo a encaminhá-los para um mercado de trabalho supostamente desprovido de profissionais habilitados, cujo mercado absorveria.

Ainda segundo o articulista, a política de profissionalização não teve sucesso. No ensino de 2º grau, a resistência dos proprietários das escolas privadas se juntou à dos estudantes e das próprias empresas, que não abriram suficientes oportunidades de estágio, e à falta de recursos nas redes públicas de ensino, de modo que, em 1982, a lei 7.044 produziu uma total reorientação da reforma de 11 anos antes. Assim, no contexto do enfraquecimento da ditadura militar, a função propedêutica do ensino de 2º grau seria restabelecida.

Portanto, iniciou-se a década de 70 com a forte exigência e fundamentação educativa voltada para a profissionalização. “O Brasil precisa de técnicos” era o lema da política educacional da ditadura. É neste contexto que surge, em 1975, o Parecer nº. 460/75 (BRASIL. Parecer nº. 460, de 6 de fevereiro de 1975, MEC/CFE), cujo assunto é a habilitação em nível de 2º grau de Técnico em Higiene Dental (THD) e Atendente de Consultório Dentário (ACD). O Parecer 460/75 era amparado pela citada Lei de Diretrizes e Bases da Educação e pelo Parecer 699/72, que regulamenta o capítulo IV da Lei 5.692/71 sobre as características do Ensino Supletivo (BRASIL. Parecer nº 699, de 06 de julho de 1972, CFE).

Para NARVAI (1997: 475), também as pressões da população para conseguir acesso aos serviços odontológicos fizeram com que, sobretudo a partir dos anos 70, o Estado brasileiro, em diferentes níveis de governo, ampliasse a oferta de serviços odontológicos públicos. Esta ampliação, combinando-se com o contingente de trabalhadores odontológicos que já vinham

exercendo funções auxiliares em consultórios e clínicas privadas, criou condições favoráveis à aprovação do citado instrumento jurídico.

Entretanto, antes do Parecer 460/75, todos os cursos com características regulares de formação de pessoal auxiliar em odontologia (PAO) se voltavam para a formação de instrumentadoras. Segundo PEZZATO⁴⁹ apud CAVALCANTI (2003: 15): “Gradativamente, a mão-de-obra auxiliar vinha se incorporada à prática odontológica. Embora existissem algumas iniciativas de formação de pessoal auxiliar, esses trabalhadores, em sua maioria, eram inseridos nos serviços sem qualificação profissional e, quando recebiam algum tipo de treinamento, era dentro dos próprios serviços. A prática do treinamento em serviço foi disseminada pelo país e até hoje é observada”.

Algumas dessas iniciativas, em princípios da década, apareceram notadamente em faculdades de odontologia. MEDEIROS (1977: 372) listou os seguintes cursos em princípios de 70: o curso da UFRGN (em Natal), criado no ano de 1971; o da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, em 1972; o da Faculdade de Odontologia da USP de Bauru, em 1973; o da Faculdade de Odontologia da UFES (Vitória), em 1974. CASTRO (1973) escreveu que na Faculdade de Odontologia de Araraquara, em 1973, os alunos trabalhavam com o auxílio de um colega, revezadamente, onde todos trabalhavam como operadores e auxiliares, de forma a adquirirem conhecimentos necessários para ensinar às suas futuras auxiliares que viessem a ser treinadas em serviço. O Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo também em 1973 iniciara um curso para auxiliares.

Três textos científicos surgiram em princípios dos anos 70 ofereceram pistas para a compreensão de como se processava, nos meios acadêmicos, a preocupação com ganhos de produtividade, utilização e formação de auxiliares instrumentadoras. VERTUAN (1972), ocupou-se das condições sócio-econômicas dos CDs de Araraquara, e contribuiu com a informação de que os auxiliares encontrados na citada localidade, na época, eram poucos. EDLER (1973), em dissertação de mestrado, enfocou o exercício da odontologia da época e, quanto aos auxiliares, afirmou que seu emprego representava um incremento de 46% na renda líquida,

⁴⁹ PEZZATO, L. M. A formação para o pessoal auxiliar em odontologia no Brasil: contribuição ao tema. **Ação Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 35-40, jan/mar, 1999.

independentemente da função que este auxiliar desempenhava. Verificou, ainda, que apenas 29% dos dentistas utilizavam auxiliares, em funções de recepcionistas, auxiliar administrativo, instrumentista, auxiliar de laboratório de raio-x e preparadora. CASTRO (1973), em sua tese de doutoramento (possivelmente uma das primeiras teses sobre auxiliares instrumentadoras no Brasil), apresentou uma técnica de trabalho com e sem auxiliar odontológica, na execução de restaurações de amálgama e resina composta, em consultório montado com armário-equipó. A obra buscou contribuir com os estudos dos problemas relacionados à simplificação do trabalho, organização e produtividade em odontologia, com uma feição eminentemente prática para aplicação nos consultórios e clínicas. Algumas de suas conclusões foram que em todas as restaurações a média de tempo gastos foi expressivamente maior naquelas realizadas pelo operador sem auxiliar.

Evidencia-se um interesse maior por inquéritos no país relativos à utilização de recursos humanos auxiliares, em sintonia com proposições internacionais. Importante registrar que, segundo PAIVA (2004: 6-7) a Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, em outubro de 1972, teve como objetivo avaliar os progressos alcançados na década anterior, a partir dos objetivos descritos na Carta de Punta del Este, e ainda definir as projeções, para o continente, para a década em curso. Suas recomendações foram: (1) desenvolver nos países membros um processo de planificação de recursos humanos integrado a planificação da saúde; e (2) em cada país desenvolver pessoal de saúde de todo nível, incluindo pesquisadores. Também a Conferência Panamericana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde que se realizou em Ottawa, Canadá, no ano seguinte, foi decisiva para o avanço do tema recursos humanos como questão-chave para a discussão dos avanços considerados necessários no campo da saúde pública no continente.

Segundo MÁLVEREZ; MANFREDI et al. (2005: 1), as reuniões OPAS/OMS resultaram em uma importante base de conhecimento sobre os problemas da fragmentação de critérios, conceitos e definições em torno da formação e utilização desses trabalhadores da saúde na América Latina. Também se assinalava a necessidade de compartilhar experiências entre países e muitos iniciaram ações em resposta a estas iniciativas, incentivando alguns intercâmbios. Porém, os esforços realizados pelo estímulo da cooperação ou por iniciativa própria dos países não foram suficientes com as ações empreendidas. Contudo, o tema da formação de técnicos em saúde foi

incorporado à agenda de recursos humanos em saúde na América Latina com apoio da OPAS/OMS.

PAIVA (2004: 6-7) lembra que em 1975 fez-se um acordo desenvolvido como prolongamento do **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde/PPREPS** (MS/MPAS/MEC/OPAS)⁵⁰, do mesmo ano, no contexto de criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) e da V CNS, onde se discutiu centralmente o papel deste sistema. Afirma ele que:

A partir daí, inegavelmente, as políticas de recursos humanos assumem papel de destaque para o Ministério da Saúde, pois o PPREPS, segundo NUNES⁵¹ (1998), servirá como um dos braços articuladores do **II Plano Nacional de Desenvolvimento/PND**, marco evidente não apenas que recursos humanos se transformariam em política prioritária de estado, mas também que o aumento da cobertura dos serviços médicos era questão que tinha atingido tanto a agenda pública civil como a governamental.

Na década de 70 já estavam claramente desenhados em âmbito internacional três tipos básicos de auxiliares em odontologia que impactavam os serviços: o tipo assistente ou atendente dental (instrumentadora), o tipo higienista dental (cuidadora), o tipo enfermeira dental (operadora). Os técnicos se definiam sob diversas nomenclaturas, a partir dos tipos básicos ou de aglutinações destes. No Brasil, somente a partir de 1971, quando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - Lei 5.692 - foi editada, é que algumas propostas de formação profissional para a área de saúde começaram a ser mais amplamente debatidas e as primeiras proposições de ampliação

⁵⁰ O PPREPS foi implementado para ser um Programa que concretizaria as diretrizes do II PND numa ação voltada para os serviços públicos, com o objetivo de reformular as práticas de gestão e de capacitação de recursos humanos, até então desenvolvidas, de forma dispersa, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública - FSESP, no que se refere ao pessoal auxiliar, e pelas Universidades, nos seus respectivos programas de graduação e pós graduação. De acordo com NUNES, 1998, nota abaixo.

⁵¹ NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 194 f.

do perfil dos auxiliares foram apresentadas à 7ª Reunião da Comissão de Laboratório de Currículos.

Assim, em princípios de 1973, o ex-Departamento de Recursos Humanos para a Saúde (DRHUS), do antigo Instituto Castelo Branco (atual Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP), por ocasião da 7ª. Reunião da Comissão de Laboratório de Currículos, na Universidade do Trabalho de Minas Gerais (ULTRAMIG), preparou um trabalho contendo sugestões sobre a estrutura ocupacional da área da saúde, dentro do parecer 45/72, aprovado pela Resolução do C.F.E. em fevereiro de 1972, com atribuições típicas de cada nível. (MEDEIROS, 1977: 371; CHAVES⁵² apud CAVALCANTI, 2003: 15). Segundo MEDEIROS (1977: 371.), o pessoal auxiliar para odontologia foi categorizado nesse trabalho em: técnico em Higiene Dental; auxiliar em Higiene Dental; atendente Odontológico (instrumentador); técnico em Laboratório de Prótese Odontológica; serviçal de Laboratório de Prótese Odontológica.

Talvez fosse a primeira referência oficial, no Brasil, ao técnico. Dessa forma, em dezembro de 1974, dando prosseguimento ao estudo dos currículos dirigidos às profissões de 2º grau ligadas à área da saúde, a Câmara de 1º e 2º Grau apresentou ao Conselho Federal de Educação a proposta de criação do curso de técnico em Higiene Dental que viria emergir através do Parecer 460/75, publicado poucos meses depois.

O Parecer relata que o currículo do curso foi submetido ao Laboratório de Currículos do Departamento de Ensino Médio do Ministério da Educação e Cultura e fundamentou-se em resultados de levantamentos, estudos e debates promovidos pelo "Instituto Castelo Branco", do Ministério da Saúde (referiu-se à 7ª. Reunião da Comissão de Laboratório de Currículos, na ULTRAMIG).

Embora não existam documentos relatando ou descrevendo em detalhes este momento histórico da criação da ocupação do THD, tentou-se recuperar alguns fragmentos do passado através da análise do próprio Parecer 460/75. Adicionalmente, ainda que não previsto na

⁵² CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3 ed. [S.l.]: Artes Médicas, 1986.

metodologia inicial deste trabalho, foi forçoso buscar informações com profissionais envolvidos direta ou indiretamente com os acontecimentos da época.

Em 2007, através de depoimento por telefone, o Professor Ernesto Gomes Pilloto de MEDEIROS⁵³ (Professor aposentado pela FOB/USP) e que escreveu um relatório para dar suporte ao Parecer 460/75, afirmou que:

Fui procurado pelo Professor Edrízio Barbosa Pinto, presidente da ABENO, em 1974, para redigir um relatório sobre auxiliares, visando servir de apoio a um Parecer do C.F.E. que viria criar a ocupação do Técnico de Higiene Dental no Brasil. Redigi e enviei para a Conselheira Esther de Figueiredo, da Câmara de 1º. e 2º. grau do C.F.E. Depois, me surpreendi com as mudanças que fizeram no texto que enviei, ele foi publicado, mas modificado em muitas partes. (...) Este Parecer surgiu num momento em que havia objetivos de montar cursos profissionalizantes para tudo, sem muitos critérios, e assim se pensou em cursos profissionalizantes para auxiliares de odontologia sem a preocupação de se verificar se as escolas de segundo grau poderiam viabilizá-los. Logo depois se viu que a coisa não era bem assim.

Medeiros, representando a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) apresentou proposta de delegações mínimas para o THD. Entretanto, entrou em cena o Dr. José Carlos da Fonseca Milano, médico do Rio Grande do Sul e conselheiro do Conselho Federal de Educação), com propostas mais ampliadas para o técnico, aparentemente mais afinadas com as proposições dos sanitaristas da época. Segundo o Parecer nº 460/75, o Conselheiro Milano solicitou vistas do processo que se referia aos estudos dos currículos dirigidos às profissões de 2º graus ligadas à área da saúde. Em seu pronunciamento, o Conselheiro propôs ampliação das funções do THD no item “Descrição da Ocupação” e solicitou acréscimo de disciplinas.

⁵³ Comunicação pessoal do autor (agosto de 2007).

Quanto à "Descrição da Ocupação", assim se manifestou a relatoria:

... o Conselheiro Milano apresentou proposta nova, bem mais ampliada do que a anteriormente sugerida pela Câmara de 1º e 2º Graus e que foi acolhida integralmente. Trouxe, também, Sua Excelência uma sugestão de conteúdo programático que não foi aceita por que foge às normas estabelecidas pela Câmara de 1º e 2º Graus, que entende não ter este Conselho atribuição para fixar programas e, tão somente, habilitações mínimas.

Quanto às disciplinas, escreveu a relatoria do Parecer: “Nessa proposta incluíam-se ‘Psicologia e Ética’ e ‘Administração’, matérias que a Câmara inicialmente já havia recusado por entender que seriam mais adequadas ao profissional de nível superior. Substituiu-as por ‘Higiene Dentária’ que, menos sofisticada, atingiria melhor os objetivos que se pretendia coma formação de um técnico em nível de 2º grau”.

O Conselheiro Milano ainda apresentou uma proposta de criação simultânea do curso de Auxiliar de Higiene Dental, com 300 horas, que a Câmara de 1º e 2º Graus aceitou, e cuja "Descrição da Ocupação" se transcreveu também no Parecer. Entretanto, diz a relatora:

...Entendeu a Câmara mais oportuno, (...) , em face do Parecer no. 76/75, que deu novas aberturas à profissionalização de 2º grau, dar ao novo profissional a denominação de "Atendente de Consultório Dentário", deixando a escola livre para programar sua carga horária, que nunca poderá ser inferior a 300 horas, mas poderá, com vantagens, situar-se em torno de 600 ou 700 horas.

As funções do THD ficaram assim caracterizada, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista são tarefas do Técnico em Higiene Dental:

1. Participar do treinamento de auxiliares e atendentes odontológicos; colaborar nos programas educativos de saúde bucal;

2. Realizar teste de vitalidade pulpar;
3. Fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais;
4. Realizar a remoção de indutos, placas e tártaro supragengival;
5. Executar a aplicação tópica de substâncias para a prevenção da cárie dental; fazer a demonstração de técnicas de escovagens;
6. Inserir e condensar substâncias restauradoras;
7. Polir restaurações;
8. Remover suturas;
9. Educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre higiene, prevenção e tratamento das doenças orais;
10. Responder pela administração da clínica;
11. Colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor, anotador;
12. Supervisionar, sob delegação, o trabalho dos auxiliares de higiene dental e dos atendentes odontológicos;
13. Preparar substâncias restauradoras e de moldagens;
14. Preparar moldeiras.
15. Confeccionar modelos;
16. Proceder a conservação e manutenção do equipamento odontológico
17. Instrumentar o cirurgião-dentista junto à cadeira operatória (Odontologia a quatro mãos);
18. Proceder à limpeza e anti-sepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos.

Outras características do trabalho foram definidas: “Dada a sua formação, o técnico em Higiene Dental é credenciado a colaborar em pesquisas, ajudar o cirurgião-dentista em seu atendimento em consultório, desenvolver atividades em Odontologia Sanitária e compor a equipe de saúde nível local”.

Para o Atendente do Consultório Dentário ficaram delegadas as seguintes tarefas:

1. Instrumentar o cirurgião-dentista e/ou o Técnico em Higiene Dental junto à cadeira operatória;
2. Manipular substâncias restauradoras;
3. Auxiliar no atendimento ao paciente;
4. Revelar e montar radiografias intra-orais;
5. Preencher e anotar fichas clínicas;
6. Confeccionar modelos em gesso;
7. Manter em ordem o arquivo e fichário;
8. Controlar o movimento financeiro preparar o paciente para o atendimento;
9. Promover isolamento relativo;
10. Selecionar moldeiras;
11. Orientar os pacientes sobre higiene oral
12. Marcar consultas.

No item dos Requisitos essenciais, a educação mínima deveria ser de 1º grau completo. O Parecer, como proposta oficial, acompanhou a tendência tecnicista da educação. O ACD representou o mix de funções que Guimarães havia proposto desde os princípios dos anos 60, e depois por VIEGAS, unindo atribuições de AHD com o auxiliar sem funções ampliadas. Contudo, perdeu algumas das atribuições de AHD, no que se refere à aplicação tópica de flúor e polimento coronariano. Permaneceu a habilitação para orientar os pacientes isoladamente sobre higiene oral. Algumas das sugestões de Medeiros foram encampadas, mas a habilitação principal do novo auxiliar foi mesmo a instrumentação, aqui entendida como instrumentação plena, já consagrada como odontologia a quatro mãos.

Já para o THD, os pontos que certamente indicavam possibilidades de polêmicas futuras foram, em dentisteria, a habilitação do THD para inserir e condensar substâncias restauradoras e

polir restaurações, embora o parecer não especificasse a escultura das restaurações, o que induziu à fragmentação do trabalho, que, no caso, teria apenas começo e meio, mas não o fim.

Em periododontia, os pontos indicativos de polêmicas foram as delegações das funções de realizar a remoção de indutos, placas e tártaro supra-gengival. Para NARVAI (1997), houve exorbitância, no que se refere a “realizar teste de vitalidade pulpar”, que é um exame de diagnóstico, o que escaparia das competências do técnico. Curiosamente, a criação de um auxiliar com funções ampliadas não causou, naquele momento, nenhuma objeção, que se saiba.

Tanto Ernesto Gomes Pilloto de MEDEIROS⁵⁴ quanto Osdyr Brasileiro MATTOS⁵⁵, (cirurgião-dentista que foi um dos idealizadores do Programa Integrado de Saúde Escolar - PISE, do Distrito Federal, ao lado de Sérgio Pereira), afirmaram que isto se deu porque o Parecer foi baixado sem publicidade na grande mídia, de forma que ninguém dele ficou sabendo, ou se ficou, foi um ou outro apenas, e as associações corporativas não se deram conta do fato. Entretanto, a polêmica se iniciaria fortemente poucos anos depois, exatamente com a implantação do PISE, que pioneiramente utilizou, no Brasil, auxiliares com funções ampliadas, semelhantes ao THD.

Mas quais tipos de auxiliares influenciaram a construção do técnico nacional? Para o Professor MEDEIROS, na entrevista citada acima, pelo menos nas atribuições de dentisteria, a referência foi a experiência de Alabama, conforme descrito por HAMMONS E JAMISON (1968: 883), assim como a AHD nacional. Para Paulo Capel NARVAI⁵⁶ (Professor Titular da USP, autor de diversos artigos e capítulos de livros sobre recursos humanos em Odontologia), a origem é mesmo a AHD nacional. Escreveu ele:

... o AHD (Auxiliar de Higiene Dental) era uma espécie de ACD com mais funções... era intenção da F-SESP 'ampliar' o perfil e formar técnico... o THD. Mas o golpe de 64 (ah, o golpe de 64!...) veio e dizimou tudo...planos, projetos, sonhos, carreiras... e tudo o mais que golpes dizimam..

⁵⁴ Comunicação pessoal do autor (agosto de 2007).

⁵⁵ Comunicação pessoal do autor (5 de dezembro de 2007).

⁵⁶ Comunicação pessoal. Email enviado para <cdjose@bol.com.br > 2 de outubro de 2007.

Talvez recuperar quem foram os participantes do evento e o conteúdo do trabalho apresentado pelo ex-Departamento de Recursos Humanos para a Saúde (DRHUS) na 7ª. Reunião da Comissão de Laboratório de Currículos, na Universidade do Trabalho de Minas Gerais (ULTRAMIG), nos permitiria conhecer o que se discutiu e quais os atores fundamentais estiveram presentes para a elaboração das habilitações do técnico. Que fique como sugestão.

Selecionaram-se dois textos do período para uma melhor apreensão dos acontecimentos. O primeiro texto trata-se do Relatório que MEDEIROS (1977) enviou como subsídio para o Conselho Federal de Educação sobre as profissões auxiliares. O segundo, de BOTTI (1978) aborda a posição de cirurgiões dentistas da época sobre pessoal auxiliar em Odontologia, na tentativa de capturar as diversas visões da época.

Portanto, são estes os textos estudados:

1) Formação profissionalizante a nível de 2 grau de pessoal auxiliar de odontologia, escrito por Ernesto Pilotto Gomes de Medeiros, para a Revista da APCD, em 1977;

2) Análise do posicionamento dos cirurgiões dentistas do município de Santa Maria (RS) quanto a aspectos relacionados a pessoal auxiliar em odontologia, escrito por M. R. V Botti, em dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da UFRGS, em 1978.

No primeiro texto, o autor inicia seu texto explicando as razões que o levaram a redigi-lo, já citado anteriormente: a solicitação, na X reunião da ABENO, da parte de seu Presidente, Edrízio Barbosa Pinto, para que Medeiros assessorasse, em nome da Associação, a Conselheira Dra. Esther de Figueiredo Ferraz, relatora no Conselho Federal de Educação no processo referente a estrutura ocupacional do pessoal auxiliar na área de Odontologia.

Medeiros inicia seu texto afirmando que:

...Tem-se comprovado que, em matéria de Odontologia, o melhoramento e ampliação dos cursos de formação de profissionais, a par do aumento da eficácia do pessoal graduado, não têm sido suficientes para realizar um impacto, em razão da dimensão do problema de saúde

dentária, sobretudo devido ao maior tempo que exige a formação do cirurgião-dentista e a elevação do custo de seus serviços, para os particulares e para a coletividade.

A seguir, o autor se refere às diversas instituições e organismos que preconizavam à época a utilização e formação de auxiliares, atentando para as variadas nomenclaturas.

Medeiros alertou que, no Brasil a profissão já utilizava largamente um tipo de pessoal auxiliar que ele denominou de atendente, cujas funções eram :

1. Recepção do paciente.
2. Apresentar fichas ao cirurgião-dentista.
3. Agendamento do paciente.
4. Arranjo da sala de recepção.
5. Auxílio no controle administrativo.
6. Limpeza e arrumação do consultório.
7. Relacionamento com os demais membros da profissão de saúde.
- 8.

O autor afirmou que, após relativo tempo de treinamento em serviço, a Atendente poderia vir a desempenhar diversas tarefas de auxílio as atividades clínicas, características da Auxiliar de Higiene Dentária ou Assistente de Dentista, ou seja, sinaliza para a formação de um tipo de auxiliar que viria a ser denominado de ACD (Atendente de Consultório Dental) num mix das atribuições da Auxiliar de Higiene Dental com as funções gerenciais clínicas. Ele afirmaria, mais adiante no texto, que:

A formação de Auxiliar de Higiene Dentária e da Assistente ou Auxiliar de Dentista tem a tendência de ser de um único tipo, visto que não existe razão de formá-la individualmente, mas sim de um tipo bivalente, capaz de assistir ao cirurgião-dentista e também prestar serviços de

saúde pública. Isto é, do ponto de vista de saúde pública, mais racional e efetivo do que a existência individual de cada uma, pois atividades e funções das mesmas são bastante semelhantes.

As funções do **AHD** seriam:

1. Preparação para qualquer tratamento a que o paciente necessite antes, durante ou após o tratamento clínico.
2. Esterilização, cuidado e preparo de instrumentos.
3. Preparo do material restaurador e protético.
4. Preparação para cirurgia
5. Assistência em trabalhos de raios x, incluindo revelação e montagem.
6. Instrumentar e colaborar nos diversos tratamentos
7. Apresentar fichas ao cirurgião-dentista, incluindo a complementação e preenchimento deste documento.
8. Instrução ao paciente, quando necessário, no uso correto da higiene oral.
9. Aplicar substâncias preventivas, inclusive polimento coronário.
10. Controle administrativo do consultório.

Para o **Técnico de Higiene Dentária**, as funções seriam de:

1. Profilaxia dentária e aplicação de substâncias preventivas.
2. Remover cálculos dentários.
3. Ensino coletivo e individual de higiene oral;
4. Exames preliminares em escolares.
5. Tomadas e relações de radiografias

6. Participação em levantamentos e estudos epidemiológicos
7. Colocar substâncias restauradoras temporárias em crianças
8. Instruir os pacientes individual e coletivamente, sobre educação sanitária odontológica.

O autor também descreveu, em linhas gerais, sobre auxiliares no mundo e no Brasil, onde se estariam formando e citou as vantagens da utilização e formação das mesmas. Passou a descrever as ocupações, detalhando as funções de cada auxiliar, como visto acima. Previu que as atividades desenvolvidas por cada uma das ocupações incluiriam todas ou algumas, de acordo com o grau e hierarquia alcançadas no treinamento. As novas ocupações seriam as de Técnico de Higiene Dentária; Auxiliar de Higiene Dentária; Atendente ou Recepcionista; Técnico em Prótese Dentária; Técnico em Prótese Maxilo-Facial; Técnico em Aparelhos Ortodônticos. Só nos ocupamos em transcrever as ocupações de interesse direto em nossa pesquisa.

Como outras características do trabalho destes auxiliares, dada sua formação, esse tipo de profissional seria credenciado para colaborar em pesquisas, auxiliar o cirurgião-dentista em seu atendimento clínico e na execução de novos sistemas de trabalho.

As atividades a serem executadas pelo pessoal auxiliar, segundo o autor, poderiam ser caracterizadas como recepcionista, preparadora, instrumentadora, auxiliar de laboratório, auxiliar de administração e educadora sanitária: “Enfrentam, portanto, diferentes situações e problemas, desenvolvendo seu trabalho junto às pessoas. Dai ser necessária condição psicológica como: facilidade de comunicação, iniciativa; paciência, objetividade, rapidez, compreensão, certa habilidade numérica, bem como coordenação motora, habilidade manual, boa audição, visão e postura”.

O autor afirmou, também, que estes profissionais poderiam encontrar absorção do mercado, uma vez que havia interesse da profissão em utilizar pessoal auxiliar com uma preparação sistematizada. Disse ele: “As Faculdades, em sua quase totalidade, já têm incorporado em seu currículo disciplinas que, através de ensinamentos e práticas, desenvolvem nos futuros profissionais conhecimento sobre o valor e utilização de pessoal auxiliar; criando uma demanda e facilitando a absorção dos mesmos”.

A seguir, Medeiros listou o mínimo de matérias requeridas para todas as ocupações citadas por ele, assim como o tempo mínimo de duração dos cursos de acordo com a legislação vigente à época.

O autor estabeleceu a nomenclatura das habilitações da seguinte forma:

Ocupações Técnicas:

Técnico de Higiene Dentária
Técnico de Prótese Dentária
Técnico de Laboratório Ortodôntico.
Técnico de Prótese Buco-Maxilo-Facial.

Outras habilitações:

Auxiliar de Higiene Dentária.

Auxiliar de Laboratório de Prótese Dentária.

Atendente Odontológica

Em seus comentários finais, o autor deixou claro que se preocupou em redigir um texto conciliador. Evidenciam-se, então, os motivos para que as funções do Técnico em Higiene Dental, em seu relatório, pouco se mostrassem ampliadas para além das funções do AHD. Embora não se tenha registro de um embate acirrado, na época, contra a criação do Técnico, percebe-se que havia “temores” de uns e “aspirações inovadoras” de outros, o que sugere que a emergência do técnico não teria sido assim tão indiferente, especialmente se considerarmos que Medeiros representava uma associação corporativa. Disse ele:

Como se pode depreender da leitura, procuramos oferecer um instrumento que conciliasse os temores dos setores mais conservadores ou radicais com as aspirações dos setores mais evoluídos ou inovadores. Claro está que, a partir de sua aprovação, será deflagrado um processo evolutivo: de um lado, os centros interessados em formar pessoal auxiliar terão um apoio que, como ponto de partida, poderá contribuir para a melhoria da produtividade da classe odontológica; de outro, com o aparecimento de pessoal auxiliar adrede preparado, necessária e concomitantemente dentro do

processo de educação continuada, no que se refere aos profissionais já graduados e os graduandos, a exigência de cursos destinados a desenvolver a capacitação do uso adequado de pessoal auxiliar. É este o processo que esperamos seja desencadeado para benefício da comunidade brasileira e desenvolvimento da Odontologia nacional.

O segundo texto tratou-se de uma dissertação de mestrado de Botti, sob a orientação de Fernando Molinos Pires Filho, que elaborou sua pesquisa propondo descrever o posicionamento dos cirurgiões-dentistas que trabalhavam em clínicas particulares, registrados no Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul até o ano de 1976 e em exercício profissional no Município de Santa Maria / RS., no que se referia a alguns aspectos relacionados a temas concernentes a Pessoal Auxiliar em Odontologia. Este estudo também pretendeu subsidiar o planejamento para um curso de formação de PAO no Município de Santa Maria e dos municípios geograficamente próximos.

Na introdução, a autora fez suas considerações iniciais, selecionamos algumas daquelas cujo interesse histórico se manteve. Ela descreveu as prioridades da OPAS para a década de 70, quando a escassez de Recursos Humanos parecia ameaçar o plano de maior cobertura em saúde para o continente e os esforços da organização para estimular formação e reestruturação das categorias de pessoal em saúde, aumentando a proporção de pessoal auxiliar.

A autora afirmou que, ainda que diversas instituições de saúde estivessem convencidas da necessidade da introdução de pessoal auxiliar na odontologia, observava-se que tanto no setor privado como no setor público de prestação de serviços odontológicos, esta utilização era deficiente, quer pelo número de auxiliares empregados quer pela subutilização desses auxiliares.

A autora justificou sua pesquisa baseando-se no fato de que se tinha, no Brasil, naquele instante, pouco conhecimento do posicionamento dos Dentistas quanto à aspectos de emprego de pessoal em odontologia. Neste sentido, a autora lembrou da importância da opinião das pessoas ligadas à odontologia sobre a utilização de pessoal auxiliar. Afirmou também que as atitudes dos grupos profissionais podem ser orientados com ações positivas para a mudança. Somente a partir das informações sobre atitudes e opiniões dos dentistas sobre pessoal auxiliar deveriam ser tentadas reformulações que, assim, seriam verdadeiramente benéficas para a profissão.

Botti revelou que ROBSON⁵⁷, em 1974, realizou um diagnóstico da oferta de serviços particulares no Município de Santa Maria, RS. Teria ele observado que 56% dos CD não possuíam auxiliares. Do pessoal empregado, 76% exercia função de recepcionista, apenas uma auxiliar entre as empregadas, realizava atenção direta ao paciente, sendo esta na forma de tomadas de radiografias; nenhum dentista trabalhava no sistema conhecido como “a quatro mãos”; apenas 6% dos profissionais que empregavam auxiliares utilizavam o serviço de um protético.

Apresentou dois motivos que justificariam a pouca utilização dos mesmos:

- a) dificuldade de treinamento de auxiliares
- b) temor dos dentistas em assumir gastos fixos no pagamento dos auxiliares.

Botti alertou, contudo, que estes dois aspectos, na realidade seriam interpretações pessoais do autor, uma vez que nenhum estudo havia sido realizado com tal finalidade. Assim, a pesquisa de Botti se justificaria como subsídio, uma vez que se pretendia abrir um curso de Formação de Auxiliares na Universidade Federal de Santa Maria.

A autora alegou que a prioridade deveria ser o conhecimento do posicionamento do CD sobre auxiliares para um melhor planejamento, uma vez que este estaria baseado nas aspirações do CD e de acordo com a realidade do exercício da Odontologia. E que tal planejamento poderia contribuir, efetivamente, para uma mudança de atitudes dos profissionais e da instituição.

Na revisão da literatura, Botti elencou autores que descreveram da importância dos auxiliares para a produtividade e suas vantagens gerais. Mas o objetivo da pesquisa foi levantar o posicionamento dos cirurgiões-dentistas referentes aos seguintes temas: 1) abrangência do conceito de pessoal auxiliar; 2) experiências vivenciadas durante o curso de pós-graduação; 3) interesse sobre o tema; 4) posicionamento quanto ao emprego de pessoal auxiliar em odontologia;

⁵⁷ ROBSON, W. A. **Estudo descritivo da oferta odontológica no Município de Santa Maria/RS**. Setor não organizado. Santa Maria, 1976, 143 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria

5) utilização de auxiliares de consultório; 6) dificuldade para empregar auxiliares de consultório; 7) características da utilização de auxiliares de consultório; 8) características do emprego oferecido; 9) perfil das auxiliares; 10) perspectivas para o emprego de auxiliares; 11) posicionamento quanto à criação de um curso de formação de auxiliares em Santa Maria.

Nas conclusões do estudo, a autora afirmou que, quanto a:

1) abrangência do conceito de pessoal auxiliar: os pesquisados incluíram majoritariamente sob o termo “Pessoal Auxiliar em Odontologia” (PAO) somente os tipos “Auxiliar de Consultório”, “Recepcionista e “Atendente de Consultório”. O THD e o AHD escolar foram incluídos secundariamente, demonstrando a exclusão dos mesmos da categoria principal das preocupações dos CD pesquisados. O “Protético foi o tipo de auxiliar menos considerado na abrangência do termo.

2) experiências vivenciadas durante o curso de pós-graduação: durante o curso de graduação, os pesquisados receberam informação sobre PAO, basicamente informações teóricas, onde se incluiu razões para a utilização de PAO, funções delegáveis, tipos ou categorias de auxiliares em odontologia.

3) interesse sobre o tema: de modo geral, os Cirurgiões-dentistas (CD) buscam informações sobre PAO, em publicações científicas e discussões com outros profissionais, com um nível de interesse apenas normal e sem destaque. Os CD demonstraram desconhecimento sobre legislação sobre PAO, curso para treinamentos, odontologia a quatro mãos e funções expandidas para auxiliares odontológicas.

4) posicionamento quanto ao emprego de pessoal auxiliar em odontologia: há aceitação majoritária dos CD para o emprego de PAO, em que as razões favoráveis para emprego ligam-se ao fato de comodidade de trabalho, aproveitamento do tempo, produtividade e aumento do número de pacientes atendidos. As razões desfavoráveis (em menor número de posicionamento) referiram-se à idéia de que o auxiliar pode tolher a liberdade do profissional e esta utilização pode contribuir para o exercício ilegal da odontologia.

5) utilização de auxiliares de consultório: pouco mais da metade de CD empregavam auxiliares por razões de produtividade e de comodidade. Mas a principal razão para não empregarem PAO naquele momento, embora já tivessem utilizado no passado, é que o PAO aumentou as despesas do consultório. Entre os que nunca empregaram PAO em consultórios, o motivo principal para esta atitude é o fato de trabalharem poucas horas no consultório. As probabilidades de emprego de auxiliares foram aumentadas no caso de o CD exercer especialidade parcial ou exclusiva, associação com outro profissional ou já exercer a clínica há mais tempo que aqueles em início de carreira.

6) dificuldade para empregar auxiliares de consultório: há dificuldades, em função de falta de treinamento de PAO.

7) características da utilização de auxiliares de consultório: Em geral, empregam apenas uma auxiliar cujas principais funções delegadas são a de atendimento ao cliente, agendamento, esterilização, limpeza de instrumentais e manipulação de materiais. Neste item, a autora chamou a atenção que o emprego de PAO era recente no setor de prestação de serviços odontológicos, sendo utilizados, na época, há menos de 10 anos.

8) características do emprego oferecido: Com registro em Carteira Profissional, jornada inferior a oito horas, salário compatível com o número de horas de trabalho e com o grau de instrução.

9) perfil das auxiliares: predomínio do sexo feminino, idade inferior a trinta anos, grau de instrução a nível do curso ginasial, ou equivalente, receberam formação profissional em serviço.

10) perspectivas para o emprego de auxiliares: Os CD que não empregavam PAO pretendiam fazê-lo futuramente, e os que empregavam, pretendiam aumentar o número de auxiliares. Os graduados após 1970 apresentavam intenções de virem a utilizar o serviço dos auxiliares enquanto menos da metade dos graduados antes de 1970 declararam esta intenção.

11) posicionamento quanto à criação de um curso de formação de auxiliares em Santa Maria: foram favoráveis. Os auxiliares deveriam ser treinados neste curso para desempenho das seguintes funções, principalmente: recepção, preparação de materiais limpeza e esterilização de instrumentais, auxílio em atividades administrativas e de laboratório de prótese. Pouco mais da metade dos CD aprovam o treinamento destes auxiliares para atenção direta ao paciente, o que incluiria remoção de suturas, aplicações tópicas de agentes anestésicos e fluoretos e ainda polimento coronariano. Nenhum CD aprovou o treinamento para preparação de cavidades dentárias e apresentam-se contrários ao treinamento que habilitem a cortar tecidos moles, ou seja, realizar incisões.

A autora faz referência, no texto, ao Parecer 460/75, embora afirme que após 3 anos de publicação do mesmo, se desconhecia se efetivamente as escolas de segundo grau estavam oportunizando seus alunos conhecimentos para o desempenho das funções de auxiliares odontológicos, enquadrados nas categorias recomendadas pelo Ministério da Educação e Cultura, no ciclo profissionalizante dessas escolas.

A autora concluiu que de modo geral, o treinamento de PAO no Brasil estava sendo feito por centros de preparação localizados nas capitais de alguns estados e formava basicamente auxiliares para o desempenho de funções que resultam em prestação de serviços quase que exclusivamente ao dentista (sem intervenção direta na boca do paciente).

O texto de Botti, embora aludente a uma determinada realidade local, serve bem como exemplo geral, uma vez que, para amplas parcelas de graduados em Odontologia, o tema de auxiliares do tipo operadores (enfermeira dental, thd e outros) continuava (e continua) sofrendo árduas restrições, resistências e preconceitos infundados, embora todas as evidências nacionais e internacionais sobre a importância do trabalho do técnico e o benefício de se contar com ele nas equipes de saúde bucal. Pelo que se observa nos achados de Botti, na época, os CD majoritariamente preferiam formação de auxiliares limitados, apenas para ações rotineiras que não envolvessem nenhum contato do auxiliar diretamente com o cliente/paciente. O conservadorismo dos CD foi mais que suficientemente demonstrado. Também pelo texto da autora percebeu-se que até 1977 era reduzido os cursos preparatórios de técnicos.

Para o final da década, depois da publicação do Parecer N° 460/75, surgiram novos cursos, agora voltados para formação das novas ocupações criadas: ACD e THD. Alguns deles tiveram destaque: o Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE), do Distrito Federal e o da Universidade Católica de Minas Gerais (atual PUC). Esses programas, que trabalhavam tanto a formação quanto a incorporação do THD e ACD, com delegação de funções, buscavam se contrapor ao modelo de prática e ensino vigentes, propondo a reorganização dos serviços de saúde bucal baseados nos princípios do modelo de Simplificação em Odontologia.

Segundo SILVA⁵⁸ apud BOTTI, por volta de 1978, existiam centros de treinamentos para auxiliares de odontologia na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Departamento Cultural da Associação Brasileira de Odontologia, no Sindicato dos Metalúrgicos (Volta Redonda) e na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. A autora revela, ainda, que, por volta da mesma data citada, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro realizava cursos de Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Clínica Odontológica (sic). Estavam em andamento cursos de preparação de auxiliares odontológicos em Vitória, na Universidade Federal do Espírito Santo e em Pernambuco, na FSESP. A partir de 1978, o CPOS / UFRGS, ofereceria curso de THD.

Importante detalhar um pouco mais sobre o Programa Integral de Saúde Escolar (PISE), em Brasília, dirigidos para experiências pioneiras em programação em serviço público dentro da proposta da chamada Odontologia Simplificada, e que demandava incisiva utilização de técnicos operadores.

Segundo Osdyr Brasileiro MATTOS⁵⁹, em depoimento já citado, alguns sanitaristas envolvidos com saúde bucal coletiva nos anos 70 vivenciavam a efervescência das idéias de desmonopolização e simplificação da odontologia, cujo paradigma reservava para o auxiliar técnico uma ampliada gama de funções. Pensava-se mesmo em auxiliares semelhantes às

⁵⁸ SILVA, E. B. Análise sobre pessoal auxiliar em Odontologia, treinado e utilizado no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, Guanabara, v. 33, n. 2, p. 64-75, mar./abr. 1976.

⁵⁹ Comunicação pessoal do autor (5 de dezembro de 2007).

enfermeiras dentais, e não somente em inserção, condensação e polimento de materiais restauradores como características principais de técnicos operadores.

Mattos considerou que, quando ele e Sérgio Pereira montaram o PISE, os conselhos de odontologia e as associações odontológicas se colocaram frontalmente contra a utilização de auxiliar com funções ampliadas. Eles treinaram estes auxiliares em serviço, e a delegação de funções dos auxiliares foram semelhantes ao que se publicou no PARECER 460/75, embora Mattos afirme que não houve influência do documento na montagem do PISE, nem dele tomaram conhecimento, à época. As funções dos auxiliares do PISE foram retiradas das várias experiências internacionais já em curso, que incluíram as experiências correntes na América Latina, a Enfermeira Dental, as experiências da FSESP e as experiências americanas. A intenção inicial, como já citado, era a de que o modelo fosse o da enfermeira dental da Nova Zelândia, mas compreenderam que haveria profunda resistência, que inviabilizaria o programa. Optaram, então por eliminar as funções mais polêmicas, como administração de anestésias e corte de tecidos moles e duros. Inicialmente, nem sequer utilizavam o nome THD, mas sim, o de Auxiliar com Funções Expandidas.

A oposição nacional foi intensa. Houve grande divulgação nacional e internacional da proposta e o PISE só foi adiante em virtude do forte apoio político que recebeu do governo no Distrito Federal, através das Secretarias de Educação e Secretaria de Saúde.

Segundo ZANETTI (1993: 112) o modelo de atenção Simplificado não criou um modelo de programação próprio, já que a matriz continuou sendo o modelo do SESP. Embora sem provocar mudanças essenciais, a programação na Odontologia Simplificada desencadeou algumas transformações no interior do modelo implantado pelo SESP. ZANETTI (1993: 112) afirma que:

Essas modificações decorreram do fato da clínica, como um todo, ter sido tomada como objeto de simplificação. Essa única e valorosa contribuição vai desencadear todo um processo de simplificação dos equipamentos, das rotinas, dos instrumentais, dos materiais, das técnicas restauradoras e cirúrgicas. Assim, a Odontologia Simplificada acabou por “desenvolver” a Odontologia tradicional na busca do aumento da produtividade e da diminuição dos custos. Em

resumo, a programação da Odontologia Simplificada constituiu-se no SESP simplificado, mais barato e de maior cobertura, voltado para a mesma população de escolares, historicamente mal assistida.

E ainda:

Os novos padrões tecnológicos potencializaram o processo de remodelamento da produção dos serviços clínicos odontológicos. Nesse esforço, surgiu também o conceito de equipe odontológica. Hoje, não há mais como negar a importância das THDs e ACDs para a clínica odontológica. (...) Na perspectiva da administração e da programação, a Odontologia Simplificada trouxe a lógica fordista e taylorista para uma clínica tradicionalmente artesã. Isso levou à otimização da produção, seja nos aspectos referentes aos seus tempos, ou aos seus movimentos. Tudo isso representou ganhos não só para o paciente, mas também para toda a operação da clínica Odontológica em Saúde Pública. A programação foi fortalecida e enriquecida com novos instrumentos e soluções gerenciais, tornando a atenção curativa algo menos restritivo e mais extensível em termos de cobertura (ZANETTI, 1993: 113).

As mudanças introduzidas pelo Programa, como descrito acima, desencadeou no país um processo de simplificação das rotinas, dos equipamentos, dos instrumentais, dos materiais, das técnicas restauradoras e cirúrgicas. A partir das experiências da “simplificação”, os profissionais CD envolvidos em programação e planejamento nos serviço público robusteceram cada vez mais a importância de manter a formação do THD e de incluí-lo em equipes de saúde bucal, visando obter aumento da produtividade, qualidade técnica e impacto das programações.

O movimento da simplificação em Odontologia se expandiu nessa época por diversos países da América Latina, o que importou na utilização de técnicos. Foi também uma década de expansão de formação e utilização de auxiliares. No México, o programa de Netzahualcoyotl, iniciado em 1976, incorporou novos tipos de pessoal auxiliar (RIBEIRO; FISCHER; MARQUES, 1999, p. 166). Paraguai, Cuba, Jamaica, Equador, Venezuela, Peru, Panamá, São Domingos, além do Canadá, são outros exemplos de países onde aconteceram experiências com a

utilização de recursos humanos técnicos em odontologia (RIBEIRO; FISCHER; MARQUES, 1999: 166).

Assim, em linhas gerais, este capítulo buscou situar como aconteceu, no país, a emergência de novas tipologias de auxiliares de Odontologia. Durante a década se consolidou a importância da auxiliar instrumentadora, e a partir de 1975, com a criação das ocupações de ACD e THD, instituí-se atribuições mais amplas aos auxiliares. O THD ganha destaque nacional e internacional a partir de sua utilização no PISE, assim como passa a ser alvo de intensa polêmica, que ganhará contornos políticos a partir dos anos 80. A participação dos organismos internacionais, se não provocaram mudanças práticas, resultaram em uma importante base de conhecimento sobre os problemas da fragmentação de critérios, conceitos e definições em torno da formação e utilização desses trabalhadores da saúde na América Latina. Ainda não está perfeitamente estabelecido no Brasil como se processou a definição do perfil do técnico para subsidiar o Parecer 460/75, mas há indícios que se originaram das funções da AHD e da experiência de Alabama nos anos 60. Por outro lado, a trajetória da criação do perfil do ACD ficou suficientemente clara. Foi também, no período estudado, que se introduziu, no país, o paradigma de assistência restauradora (com características limitadas, se confrontadas com a enfermeira dental) nas competências do auxiliar, somadas a outros paradigmas já vistos de higienismo, preventivismo e ergonomia. Também no Brasil, pode-se dizer que a emergência do técnico ocorreu a partir de um mix de diversas experiências internacionais.

A resistência ao técnico, embora não manifestada quando do surgimento do citado Parecer, mas já se fazia sentir desde os anos 50, como receio de ampliação do perfil de auxiliares, e constatado no pioneiro inquérito de Botti, em 1977. Ganhou proporções nacionais a partir da implantação do PISE. Entretanto, apesar da oposição, o PISE se conformou como experiência que muito contribuiu para a afirmação da presença do THD na equipe de saúde bucal.

7. BIFURCAÇÃO DE CAMINHOS NA JORNADA PARA DEFINIÇÕES DO PERFIL DO TÉCNICO: A VEREDA MERCADOLÓGICA ASSOMBRADA POR FANTASMAS E A IMPERFEITA VIA PÚBLICA

7.1 A VIA COLETIVA EM CONSTRUÇÃO

A nova década inicia-se com novidades sobre utilização de auxiliares no Brasil. Críticas à visão tecnicista da profissão odontológica, entendimento de que a prestação de serviços se dava em termos não realísticos, propostas de mudanças de paradigmas e a percepção de que os recursos humanos odontológicos eram inadequados para a realidade brasileira tornaram-se reconhecidas oficialmente através da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS), realizada em 1980, onde foi proposta, também, a incorporação do THD aos serviços (FREITAS, 1993: 45).

A VII CNS apresentou, como tema principal, a implantação de uma rede básica de Saúde em nível nacional, que colaborou para o surgimento de outra novidade: o projeto denominado PREV-SAÚDE. (MENDES⁶⁰ apud WERNECK, 1994: 33) O PREV-SAÚDE foi um programa que propôs a união do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o Ministério da Saúde (MS) para a universalização dos cuidados primários de Saúde e que considerou um trabalho conjunto entre entidades públicas e setor privado. O objetivo maior do projeto foi a extensão máxima da cobertura (WERNECK, 1994: 33). Os princípios que embasavam o projeto foram regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar, bem como a previsão da participação do setor privado no sistema (MENDES⁶¹ apud WERNECK, 1994: 33).

A proposta de organização da Saúde Bucal no PREVSAÚDE indicava a institucionalização de um setor odontológico no Ministério da Saúde, com uma rede de complexidade crescente centradas nas unidades de atenção elementar (situadas, geralmente, em

⁶⁰ MENDES, E.V. . (Org) Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. 310p

⁶¹ MENDES, E.V. O Planejamento da Saúde no Brasil: Origem, Evolução, Análise Crítica e Perspectivas. Belo Horizonte: 1987

localidades sem profissional e em periferias urbanas sem assistência) e, ousadamente, no emprego de Técnicos em Higiene Dental, que também faziam restaurações em todas as suas etapas, incluindo o preparo cavitário. Estes, também dariam atendimento emergencial simples, sob supervisão direta ou indireta, empregados exclusivamente pelos serviços públicos (PINTO⁶² apud WERNECK, 1994: 34). A novidade, nos termos da presente pesquisa, refere-se a uma primeira tentativa de utilização de auxiliar com características da enfermeira dental.

O PREV-SAÚDE, fez propostas de reformulações do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que provocaram fortes reações junto à presidência e à tecnoburocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, INAMPS, e ao setor privado organizado, facilitadas pela falta de uma postura estratégica mais definida para a sua aprovação (MENDES⁶³ apud WERNECK, 1994: 35).

O projeto não chegou a se concretizar, sequer saiu do papel. Entretanto, se não chegou a se constituir em um programa governamental, representou um momento significativo no processo de discussões setoriais, constituindo-se em ponto de referência para os avanços que se alcançaram adiante (PINTO⁶⁴ apud WERNECK, 1994: 35).

São elementos que atestavam que os auxiliares em odontologia entraram na pauta governamental. PEZZATO; MONTEIRO E BAGNATO (2007: 43) afirmaram que o primeiro curso de formação de técnico em higiene dental, autorizado pelos órgãos de Educação, aconteceu na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, em 1984. Tratou-se de um curso tradicional, composto por disciplinas, no qual a carga teórica estava separada da prática.

A coexistência de uma crise econômica e da luta pela redemocratização do Brasil, nos anos 80, estimulou debates políticos entre profissionais de saúde e intelectuais. Tais debates resultaram na elaboração da Constituição Federal de 1988. Esta assegurou a todos os cidadãos

⁶² PINTO, V.G. **A Questão Epidemiológica e a Capacidade de Resposta dos Serviços De Saúde Bucal no Brasil**. São Paulo: Fac. de Saúde Pública da USP 1992. (Tese: Doutorado em Saúde Pública).

⁶³ op. cit.

⁶⁴ op. cit.

brasileiros e aos demais residentes no país o direito à saúde com cobertura integral dos serviços e ações de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, criado constitucionalmente, passou a representar um processo social em construção permanente. Nesta perspectiva, a compreensão e a discussão sobre o modelo de atenção por ele preconizado, sobre os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e, ainda, sobre o papel dos diferentes profissionais que nele atuam, são fundamentais para a consolidação do SUS (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2006: 7).

No contexto que estimulou inúmeros setores a reconquistarem espaços políticos, movimentos contra-hegemônicos da Odontologia entraram em cena no campo das políticas públicas. Contavam, principalmente, com articulações de estudantes e profissionais dos serviços de saúde. Destacaram-se os Encontros Científicos de estudantes de Odontologia (ECEO), a partir de 1979, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço odontológico (ENATESPOs), as constituições de Fóruns de Saúde Bucal Coletiva em alguns Estados, os Congressos Brasileiros de Saúde Bucal Coletiva (CBSBC) e as Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB).

SERRA (1998: 17) lembra que os ECEOs, oficializados em 1979, foram os responsáveis pela formação crítica dos CDs que, interessados em mudanças sociais radicais tanto na sociedade como das práticas odontológicas, comprometeram-se com a luta pela democratização do país, assim como se uniram a outros segmentos da categoria para criarem o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO).

ZANETTI (1993: 92) escreveu que o MBRO foi constituído como um movimento social de caráter civil e não institucionalizado; porém, com base de ação na prática institucional (governamental e nos órgãos de representação da categoria). Nele agregaram-se professores e estudantes universitários; e, alguns raros cirurgiões dentistas profissionais liberais, não inseridos nos serviços públicos. Esse movimento foi responsável por uma série de disputas pela representação das entidades da categoria dos odontologistas; e ainda, serviu de alavanca para a organização dos primeiros ENATESPOs. Segundo SERRA (1998: 26) a contribuição histórica do MBRO foi a formação de um pensamento político sanitário estruturado, consolidado através de boletins, conferências, atuando e discutindo questões relativas à democratização da Saúde e do

País, fazendo com que a Odontologia tivesse suas proposições sintonizadas com os demais segmentos da área da saúde envolvidos e arregimentados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Os ENATESPO's tornaram-se, pelo nível de discussão e das decisões tomadas a cada encontro, o instrumento mais importante para a compreensão e análise das práticas odontológicas no nosso País, principalmente após a I Conferência de Saúde Bucal em 1986, em virtude da pouca ou quase nenhuma reflexão sobre estas práticas nos congressos de odontologia, onde são priorizados praticamente os aspectos biológicos e tecnológicos (NARVAI apud SERRA, 1998). Esses Encontros se distinguem pelo patrocínio de instituições públicas, constituindo-se em um fórum em que teoria e prática de ações e serviços odontológicos em Saúde Pública são discutidos. São abertos à participação de qualquer profissional vinculado ao serviço público, inclusive os de ensino e pesquisa (ZANETTI, 1993: 91).

O tema sobre Recursos Humanos foi e tem sido constante preocupação destes encontros. SERRA (1998), recuperou algumas pautas dos ENATESPO's da década de 80. As informações seguintes foram retiradas de sua dissertação de mestrado. O objetivo aqui se refere à crescente problematização nacional que a questão dos auxiliares assumiam cada vez mais características complexas.

O I Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (I ENATESPO) aconteceu em dezembro de 1984, em Goiânia/Goiás. A partir do I ENATESPO, até hoje, tal encontro vem se realizando a cada um ou dois anos.

O I ENATESPO reuniu representantes de órgãos governamentais da odontologia, instituições de ensino e entidades representativas da profissão odontológica e da sociedade para discutirem o tema: "Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático". Sinalizava para a adequação dos recursos humanos em todos os níveis (dentistas, ACDs e THDs) à realidade brasileira e para a formação de equipes odontológicas. O II ENATESPO, aconteceu em Curitiba, no ano seguinte, e também enfatizou a necessidade de ser incentivada a formação do pessoal auxiliar em Odontologia (THDs e ACDs) pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO).

O III ENATESPO, realizado em Belém do Pará, em 1986, colocou para discussão cinco grandes temas, além do debate sobre a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, marcada para o

mês seguinte, outubro, em Brasília. Entre os temas foram debatidas as questões de isonomia salarial e criação de cargos e cursos nas áreas de THD, TPD (Técnico de Prótese Dental) e agentes de saúde.

NARVAI (1994: 86) destacou trecho do relatório do V ENATESPO, realizado em 1988, em Recife, sobre a educação dos recursos humanos na odontologia:

...É imprescindível que as instituições invistam na educação continuada e na formação do pessoal odontológico, onde deve haver empenho na promoção de cursos, encontros e seminários, cujos objetivos sejam, entre outros, tornar o pessoal odontológico adequado social, técnica e cientificamente às necessidades dos usuários, compreendidos enquanto pessoas.

O processo de municipalização das ações e serviços de saúde em curso no Brasil, os modelos da atenção em Saúde Bucal e a questão de recursos humanos foram os temas discutidos em 1989, em Goiânia/Goiás, no VI ENATESPO. A política de Recursos Humanos como condição indispensável para instrumentalização de novos modelos de atenção à saúde bucal foi reforçada no relatório final. Indicou que os investimentos orçamentários em RH deveriam privilegiar a formação de pessoal auxiliar ACD, THD, TPD (técnico de prótese dental) e TEO (técnico em equipamentos odontológicos), como também a reciclagem dos profissionais de nível universitário.

Entre os grandes temas da Saúde e da Saúde Bucal, o VII ENATESPO, realizado em 1990, na cidade de Porto Alegre, apresentou o eixo “Formação e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde Bucal” e, pela primeira vez, divulgou inúmeras experiências de implementação de políticas públicas de Saúde Bucal em curso no País, após a promulgação do SUS.

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

Ao longo dos anos 80 e 90, entra em cena a Odontologia Integral, que herdou da Odontologia Simplificada a idéia de equipe odontológica centrada no CD acompanhado de Técnicos em Higiene Dental (THD) e de Atendentes de Consultório Dentário (ACD). Segundo ZANETTI (1993: 113) a diferença se deu quando, a equipe, especialmente com a THD, ocupou novos espaços para desenvolver atividades preventivas fora das clínicas. Segundo o autor (1993: 113):

... a Odontologia Integral criticou radicalmente a Odontologia Simplificada e recolocou a questão da simplificação junto às questões da desmonopolização e da ênfase na prevenção. A ênfase que a Odontologia Integral deu à prevenção foi traduzida na prática pela utilização de métodos combinados de prevenção, controle de placa, flúor, manutenção preventiva e aplicação do conceito de risco. A novidade não se refere somente aos métodos em si, mas também à postura assistencial ao utilizá-los. A mudança conceitual e metodológica ocorreu mesmo antes da incorporação de alguns métodos preventivos que, posteriormente, tornaram-se angulares para a atenção preventiva.

E ainda:

Na Odontologia Integral, a base do modelo de programação continuou sendo o Incremental Sespiano. O surgimento de algumas novidades gerou o “Incremental Modificado” (MENDES & MARCOS⁶⁵, 1985) No Incremental Modificado, a atenção curativa passou a dividir o espaço da clínica com a atenção preventiva. Também por razões preventivas foi adotado o retorno programado dos pacientes à clínica. A introdução do conceito de risco requintou as estratégias de retorno (manutenção preventiva). Na segunda metade da década de 80, por Influência Escandinava, a idéia de risco foi potencializada pela noção de cárie como doença infecto-contagiosa. Daí, não mais só dentição permanente seria objeto de atenção, mas também a dentição decídua; não mais só lesão de cárie com cavitação seria objeto de prática; etc. Fora da clínica, a responsabilidade pela atenção preventiva passou a mobilizar não só as professoras das escolas públicas mas toda equipe odontológica, quando as técnicas utilizadas na prevenção foram outras além da aplicação de flúor na forma de bochechos (ZANETTI, 1993: 113).

⁶⁵ MENDES, E. V. & MARCOS, B. **Odontologia integral: bases teóricas e suas implicações no ensino e na pesquisa odontológica**. Belo Horizonte. FUMARC - PUC/MG. 1985.

Vê-se que nestes arranjos programáticos, a questão da desmonopolização do saber foi fundamental para o alcance das ações e de metas propostas. Neste aspecto, tornava-se fundamental a presença do THD e ACD na equipe de saúde bucal.

Concomitantemente às mudanças programáticas que se iam verificando desde o fim dos anos 70, início dos anos 80 e posteriormente, um importante programa federal também colaborou para o aumento de THD e ACD no país. Segundo LIÑAN (2000: 19-20) depois da criação dos cursos e das ocupações do ACD e do THD pelo Parecer MEC/CEF n.º 460/75 na Lei n.º 5.692/71, objetivou-se consolidar um projeto de democratização do sistema de saúde nacional e alcançar os objetivos da reforma sanitária. Desta forma, emerge uma proposta para os trabalhadores da saúde já inseridos no mercado de trabalho: o “Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Elementar e Médio”, que acabou sendo conhecido como “Projeto Larga Escala” (PLE). O Programa foi elaborado pelo governo federal, em 1981, com a participação da Equipe Técnica de Recursos Humanos, no âmbito do Acordo Interministerial (Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Assistência Social e Organização Pan –Americana da Saúde). Sua finalidade, de acordo com o Breve Histórico do Projeto Larga Escala foi o de “qualificar e habilitar, por via supletiva, com avaliação no processo, pessoal de níveis médio e elementar engajado na força de trabalho ou em processo de admissão”. A partir da aprovação do PLE, em 1982, teve início sua implantação nos estados.

Segundo CAVALCANTI (2003: 17), o “Projeto Larga Escala” também viabilizou a criação das Escolas Técnicas de Saúde/Centros Formadores de Recursos Humanos, entidades governamentais que têm como principal função a promoção da profissionalização dos trabalhadores do SUS. Qualificaram-se primeiramente os trabalhadores da área de Enfermagem, os Auxiliares de Enfermagem, e posteriormente os de outras áreas da saúde. O primeiro curso da Odontologia, baseado nessa proposta foi o de THD, no estado do Paraná, em novembro de 1984.

PEZZATO; MONTEIRO E BAGNATO (2007: 42) informam que, em 1986, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano. Dentre os temas, destacou-se a proposta de incorporação de pessoal auxiliar odontológico. Na discussão referente à inserção da Odontologia

no SUS, evidenciou-se que a formação urgente e a incorporação imediata de pessoal de nível elementar e médio (ACD e THD), se fazia necessária como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade, requeridos naquele momento. O poder público deveria patrocinar e estimular a formação desse pessoal, em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas, reformulando a legislação que regulamenta o exercício profissional do THD, de modo a facilitar sua formação.

Para (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2006: 7), o reconhecimento da importância nacional do movimento sanitário odontológico evidenciou-se ao final de 1986, quando a direção do MBRO foi convidada pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) a organizar uma sessão sobre saúde bucal no 1º Congresso da ABRASCO, a ser realizado no campus da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no período de 22 a 26 de setembro do mesmo ano. Nesse congresso foi aprovada a criação do Núcleo de Saúde Bucal da ABRASCO.

Por essa época, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), que apresentava a proposição de uma nova práxis, que se denominou de Saúde Bucal Coletiva, apoiou o aumento da cobertura da atenção à saúde bucal da população através da utilização de pessoal auxiliar. Esta nova proposta se confrontava com a hegemonia da odontologia de mercado (CAVALCANTI, 2000: 20). Para ZANETTI (1993: 115):

A Saúde Bucal Coletiva (SBC) enquanto paradigma de programação deve ser entendida como a Odontologia Integral exposta às exigências e aos desafios do SUS. Isso porque as mudanças do modelo de programação que ocorreram na SBC são imediatamente herdeiras das soluções descortinadas pela Odontologia Integral com Influência Escandinava, num processo de busca de organicidade ao SUS, de realização dos princípios (complexos na operação), em especial os da universalização, da equidade, da territorialização, da integralidade e do controle social.

E ainda (ZANETTI (1993: 115) :

Considerando que simplificação, desmonopolização e atenção segundo critérios de risco são legados dos paradigmas anteriores, nas experiências da SBC, quatro linhas de ação programática se destacam, e às vezes se complementam: (i) programação centrada nas unidades básicas de saúde; (ii) programação com ênfase preventiva da “Inversão”; (iii) vigilância da qualidade da fluoretação das águas de abastecimento público; (iv) programação com ênfase promocional do PSF

CAVALCANTI (2000: 20) lembra que, para o campo da saúde bucal coletiva o desafio era enorme, uma vez que durante décadas a atenção caracterizou-se por prestar assistência a escolares via programas voltados para o tratamento das doenças bucais mais prevalentes (cárie e doença periodontal). O acesso aos serviços de saúde bucal para outros grupos da população restringia-se aos atendimentos de urgências odontológicas. O modelo, baseado nas práticas cirúrgico-restauradoras, resultava em baixa cobertura e pouca resolutividade, com alta prevalência de doenças bucais.

A mudança deveria significar a ampliação e extensão da cobertura da atenção odontológica. Dentre as estratégias propostas, a presença de pessoal auxiliar tornava-se indispensável (RIBEIRO, FISCHER e MARQUES⁶⁶ apud CAVALCANTI, 2000: 20).

Segundo RONCALLI et. al. (1999: 11) diversos municípios incorporaram o auxiliares, especialmente com o THD alocado em práticas preventivas. Novos modelos assistenciais em saúde bucal, mais resolutivos e condizentes com os princípios do SUS, foram implantados, como o modelo de Santos/SP, Embu/SP, Curitiba/PR, Brasília/DF, Belo Horizonte/MG e Ipatinga/MG).

Em 1988, com a institucionalização do SUS, passou-se a exigir novas formas de planejamento, gestão e assistência à saúde. Os princípios e diretrizes constitucionais e legais - a

⁶⁶ RIBEIRO, E. S.; FISCHER, G. E.; MARQUES, M. C. M. **O Perfil do Técnico em Higiene Dental no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 1997. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social provocou modificações para a saúde bucal.

O Ministério da Saúde elaborou em 1988 o documento “Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, diretrizes e prioridades”. Foi uma iniciativa aprovada pelas áreas técnicas dos três ministérios com atuação em Saúde Bucal (Saúde, Previdência e Assistência Social, INAMPS e Educação), pelas cinco entidades profissionais de âmbito nacional (CFO, ABO, ABENO, Federação Nacional dos Odontologistas e Academia Brasileira de Odontologia), e ainda pelos Coordenadores Macrorregionais de Odontologia. (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2006: 9)

O documento fundamentava-se nos princípios da universalização, participação da comunidade, hierarquização, regionalização e integração institucional. Propôs melhores níveis de saúde bucal da população pela ampliação do acesso aos serviços odontológicos disponíveis. Reafirmou todas as proposições sistematizadas pela 7ª CNS no que diz respeito aos recursos humanos. Mas, devido a um conjunto de restrições de ordens financeiras, políticas e administrativas, as forças políticas não foram fortes o suficiente para sustentar os projetos de democratização das relações subsetoriais, e para a organização da rede básica de ações e serviços de proteção sanitário-bucal (ZANETTI, 1993: 84).

Em 1993 foi realizada a II CNSB que reuniu representantes de usuários do SUS, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores. Nas discussões desta conferência se destacaram a ineficiente formação de recursos humanos em saúde bucal, bem como a visão da saúde bucal como direito de cidadania. (ZILBOVICIUS⁶⁷ apud KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2006: 9)

Também nesse ano é editada a Norma Operacional Básica (NOB 93) que iniciou a descentralização do setor saúde. A NOB 93 criou a transferência regular fundo a fundo do teto global da assistência para os municípios em gestão semiplena do sistema (BRASIL, 1993). O financiamento das ações de saúde, com pagamento por produção, assim como a autonomia

⁶⁷ ZILBOVICIUS, C. **A Saúde Bucal e o SUS: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2005

adquirida pelos municípios, permitiu o advento de programas com tecnologias de prevenção, com uma dimensão coletiva. Foi garantido estímulo específico através da remuneração por Procedimentos Coletivos (PC). Isto criou oportunidade para ações de promoção da saúde bucal destinadas a grupos populacionais específicos, com o emprego de pessoal auxiliar, nos municípios. Segundo CAVALCANTI (2000: 21), a incorporação do THD aos serviços foi fundamental, pois aumentou a cobertura das ações preventivas coletivas, que, por sua vez, aumentava o repasse de recursos federais.

A nova Norma Operacional Básica – a NOB 96 - significou maior descentralização do SUS. Entre os objetivos gerais destacavam-se a reorganização do modelo assistencial através da transferência da responsabilidade da gestão da atenção básica para o poder público municipal, e o repasse de recursos de forma direta e automática, fundo a fundo, aos municípios e estados, do Piso de Atenção Básica - PAB (SCOTTI⁶⁸ apud CAVALCANTI, 2000: 22).

Ainda segundo a mesma autora, essa forma de financiamento, entretanto, extinguiu a remuneração por procedimento, via tabela do SUS, que significou uma perda do estímulo financeiro para as ações de promoção da saúde bucal, porque desobrigava os gestores municipais a assegurarem investimento específico para a continuidade dos Procedimentos Coletivos (PC). Entre os anos de 1996 e 1999, houve uma diminuição dos gastos com PC e um aumento com os Procedimentos Individuais (PI), com predominância dos procedimentos cirúrgico-restauradores em detrimento dos procedimentos de promoção e prevenção de saúde bucal. Tal fato provocou uma diminuição na formação de THD e na incorporação aos serviços desses profissionais.

Na década de 90, alguns autores propuseram mudanças no perfil do THD, que seria, segundo as novas propostas, preferencialmente utilizado na prevenção e controle das doenças bucais individuais ou coletivas, ao passo que a inserção e condensação de substâncias restauradoras seriam executadas pelos cirurgiões-dentistas. Entre os argumentos de defesa destas novas idéias, estavam a de evitar, assim, a fragmentação do trabalho do THD, aumento da

⁶⁸ SCOTTI, R. F. **Conferência de Saúde On-line**: Informações sobre a NOB – 96: Um Novo Modelo de Gestão do SUS. [Norma Operacional Básica do SUS – Versão de 27/08/96] – aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB_96/nob.info.html> Acesso em 28 jun. 2002.

autonomia do auxiliar, impacto epidemiológico na redução da cárie e doenças periodontais e aumento da resolutividade do TH (CARVALHO, 1998:08). Estas idéias foram divulgadas especialmente por um grupo de consultores de programação do estado de Minas Gerais, criadores de uma metodologia chamada de “Inversão da Atenção” e foi aplicada em alguns municípios brasileiros que adotaram o modelo.

O Ministério da Saúde introduziu, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), inspirado no Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) criado em 1991, como uma estratégia para estruturar o modelo assistencial na atenção básica do SUS. “A família é a unidade de ação do programa, cujo projeto tem como eixo central as ações de vigilância à saúde vinculadas à rede de serviços do SUS, com garantia de atenção integral aos indivíduos e suas famílias” (RONCALLI⁶⁹ apud JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004: 91).

Segundo LOURENÇO (2005: 7) :

Os resultados de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 1998), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstraram que, até então, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Neste contexto, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família.

A partir de 2000, as ações de saúde bucal passaram a ser incluídas na estratégia do PSF. Segundo JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS (2004: 91):

A inserção da saúde bucal no PSF ocorreu de forma não organizada, ficando restrita a alguns municípios brasileiros (...). Em 2001, o Ministério da Saúde, com a Portaria MS nº. 1444, de 28/12/2000, regulamentada pela Portaria nº 267 de 06/03/2001, instituiu um incentivo financeiro

⁶⁹ RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ArtMed; 2003. p.28-49.

para a integração de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, por meio de duas possíveis modalidades: Modalidade I - composta por CD e ACD (ambos 40 horas semanais) ou Modalidade II - composta por CD, THD e ACD (todos 40 horas semanais).

Em 2003, a Portaria no 673/03, do Ministério da Saúde, alterou a proporção de equipes de saúde bucal no PSF para 1:1, ou seja, para cada equipe de saúde da família poderá ser integrada a respectiva equipe de saúde bucal. Para a efetivação destas equipes foi criado um sistema de transferência de recursos especiais para os municípios habilitados em uma das modalidades (JUNQUEIRA; FRIAS; ZIBOLVICIUS, 2004: 91).

A III Conferência Nacional de Saúde Bucal⁷⁰, realizada em 2004, teve como tema central a “Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social”. Debateu a ampliação da participação popular na análise e formulação da Política Nacional de Saúde Bucal e tomou como desafio a responsabilidade de identificar e buscar meios e recursos para superar os principais problemas da população nesta área.

No eixo 3, discutiu o tema da formação e trabalho em saúde bucal. O relatório propôs uma estratégica redefinição do modelo de formação de recursos humanos que: estimule a discussão do projeto político-pedagógico dos cursos formadores destes profissionais na área da saúde; que efetive uma aproximação entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, por exemplo, por meio de estágios supervisionados ou pela implantação dos pólos de educação permanente em saúde em todos os estados brasileiros que visem a capacitação de profissionais de saúde, incluídos os da saúde bucal, de acordo com as realidades locais de cada região. (JUNQUEIRA; FRIAS; ZIBOLVICIUS, 2004: 93).

Ainda em 2004, com o lançamento do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, pelo Ministério da Saúde, a saúde bucal passou a fazer parte da agenda política, constituindo uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor saúde. Aumento significativo

⁷⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 29 de julho a 01 de agosto de 2004. **Relatório final**. Brasília; 2004

dos investimentos passou a ser destinado para o subsetor da saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal, também denominada Brasil Sorridente, engloba diversas ações do Ministério da Saúde e busca melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Sobre o THD, previu sua utilização em ações de educação em saúde e na adequação da disponibilidade de recursos humanos para a ampliação e qualificação da assistência.

Tais fatos voltaram a incrementar a formação de auxiliares de saúde bucal, incluindo o técnico.

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

Em relação à formação do THD, o decreto n° 5.154/04 revogou o decreto n° 2208/97, complementado pelo parecer n° 39/04, do CNE/CEB. No artigo 4º, parágrafo 1º, incisos I, II e III, estabelece que “a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio dar-se-ão de forma integrada, oferecida somente a quem já tenha concluído o ensino fundamental, sendo o curso planejado de forma a conduzir o aluno à habilitação profissional técnica de nível médio, na mesma instituição de ensino, contando com a matrícula única para cada aluno, concomitante ou subsequente para aqueles que já tenham concluído o ensino médio”. (Brasil, 2004).

Há que se notar que ao longo das duas décadas aqui enfocadas, o THD, que se caracterizou como um somatório de modelos inspirados na experiência internacional e na experiência sespiana do AHD, vivenciou forte disputa para limitação de suas competências. Em linhas gerais, os paradigmas de trabalho que permearam as atividades do técnico da época focaram-se em higienismo, preventivismo (com ênfase a partir da metodologia da Inversão da Atenção), ergonomia e assistência restauradora, esta última também com as características limitadas da década de 70, sob forte pressão para limitações ainda maiores.

7.2. A VIA EM RETROCESSO: OS FLUXOS DA CONTRAMAÇÃO

Ainda que de forma crescente, a formação e incorporação do técnico nas equipes de saúde bucal do país não significou que o processo foi isento de polêmicas. Importante recuperar algumas trilhas dos dissensos e suas motivações desde meados dos anos 80.

Foi visto que o Parecer MEC/CEF n.º 460/75 na Lei n.º 5.692/71, criou os cursos e as ocupações do ACD e do THD. Contudo, não houve uma Lei regulamentar para profissionalizar tais auxiliares, assim como ocorreu com o Técnico em Prótese Dentária – com a Lei n. 6.710/79 .

Em 1984, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), portanto nove anos depois da publicação do Parecer 460/75, através da Decisão 26/84, decide aprovar as normas para habilitação ao exercício do THD e do ACD. A emergência da Decisão aparece depois de entendimentos com a Associação Brasileira de Odontologia, Federação Nacional dos Odontologistas, Associação Brasileira de Ensino Odontológico, Academia Brasileira de Odontologia e o Departamento de Odontologia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

O conteúdo desse documento trouxe diversas considerações para justificativa de sua edição, argumentando que, após o Parecer no 460/75, não havia ainda regulamentação pelo Congresso Nacional, através de Lei, dos THD e ACD, o que motivava o CFO continuar propugnando pela efetiva regulamentação das referidas “profissões”. Considerou, também, a existência de cursos de formação de THD e ACD já em funcionamento no país, o lançamento de um número considerável desse pessoal no mercado, a falta de mecanismos de disciplinamento para o exercício profissional, e a grande preocupação, então reinante na categoria odontológica, sobre esse assunto, entre outras. Assim, aprovava as normas anexas para habilitação ao exercício do THD e ACD.

A partir da Decisão 26/84, estariam habilitados para o exercício das profissões de THD e ACD os portadores de diplomas expedidos por cursos que atendessem, integralmente, os dispositivos dos Pareceres 460/75 e 699/72 do Conselho Federal de Educação e da Lei no 5692/71. Da mesma forma os portadores de diplomas expedidos por escolas estrangeiras, desde que revalidados no Brasil.

Foi, então, editada a Resolução do CFO 155/84, que aprovava a consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia e abordava as atividades privativas do THD de acordo com a Decisão 26/84. Em 1993, foi editada a Resolução CFO de número 185. Em 1997, a Resolução CFO n. 209, e, em 2000, a Resolução CFO n. 14. Ao longo do tempo em que surgiram, tais Resoluções estabeleceram modificações das normas das atribuições do THD e ACD.

Importante dizer, em acordo com LIÑAN (2005), que o CFO não tem poder para legislar sobre tal matéria, embora tenha procurado regulamentar a atuação desses trabalhadores. Somente a União, por meio da Lei, pode estabelecer as qualificações e condições para exercício profissional, tal como ocorre na atividade do Técnico de Prótese Dentária (Lei n. 6.710, de 05 de novembro de 1979). Também somente à União compete estabelecer a obrigação de inscrição nos Conselhos profissionais das diferentes categorias. Ainda segundo LIÑAN (2005), as Resoluções expedidas pelo CFO não têm amparo legal, por estarem os Conselhos impedidos de legislar sobre esta matéria, bem como serem hierarquicamente inferiores à Lei maior, que é a Constituição. Assim, há necessidade urgente de uma Lei que regulamente as atividades do THD e do ACD, tanto para o amparo legal da profissão, quanto para a padronização no MS, MEC, CFO e MTb. Até aqui tudo o que se falou a respeito, os cursos que foram ministrados, os registros nos Conselhos de Odontologia, está à margem da legalidade, pois o princípio da regulamentação profissional não existe.

Embora o Conselho Federal de Odontologia, em 1984, tenha aprovado a Decisão 26/84, buscando disciplinar o exercício dessas profissões no Brasil a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD), segundo SERRA (1998: 28), posicionou-se em uma circular de 1985, em caráter nacional, contrariamente à regulamentação da profissão de Técnico de Higiene Dental (THD) e pela extinção dos cursos existentes. Esta posição da APCD gerou o “Manifesto de Repúdio à circular 01/85 da APCD”, divulgado pelo Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), no mesmo ano.

Em janeiro de 1986, em São Paulo, durante o XII Congresso Paulista de Odontologia, a Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD) fez circular um abaixo-assinado pedindo a extinção pura e simples do THD (NARVAI, 1997: 456)

Em boletim do MBRO, de junho de 1986, foi reproduzido um artigo publicado no Jornal “O Periscópio” da Cidade de Itú, onde se relata violenta manifestação da APCD contra o programa de atendimento escolar da Secretaria de Itú, baseado na Odontologia Integral, utilizando pessoal auxiliar, treinado no próprio serviço e sob supervisão (SERRA, 1998: 28.). Segundo PEZZATO (2007 p. 45), no episódio, quatro cirurgiões dentistas foram acusados por um colega de “acobertamento de exercício ilegal da profissão” de auxiliares, que vinham desenvolvendo atividades de técnico em higiene dental e cursavam a formação de técnico. Instaurou-se um processo ético, em 1988, no Conselho Regional de Odontologia, onde foram condenados nesta instância e absolvidos no Conselho Federal de Odontologia.

Durante o I Encontro dos Coordenadores Estaduais de Odontologia, realizado em Curitiba, em novembro de 1987, os representantes da ABO Nacional e do CRO-SP se pronunciaram contra as atribuições do THD, alegando que se estaria formando uma geração de dentistas práticos e que a oposição a elas significava preservar a qualidade da Odontologia. O MBRO, sobre esse fato, replicou que não poderia aceitar essas falsas argumentações, partidas daqueles cujo interesse era manter as coisas exatamente como estavam, ou seja, a esmagadora maioria da população sem direito à Saúde Bucal (SERRA, 1998: 28).

Em 1989, através do Boletim no 05/89, a Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo manifestou sua opinião sobre pessoal auxiliar onde alegaram que além de prostituírem a odontologia, os auxiliares dariam ensejo ao serviço público diminuir cada vez mais o mercado de trabalho do Cirurgião-Dentista. Além de ser um estímulo à formação de falsos profissionais (THDs) colidindo frontalmente com a dignidade da profissão de cirurgião-dentista (NARVAI, 1997: 456).

Em 1989, o deputado Robson Marinho apresentou o projeto de Lei n.º 2.244/89, para regulamentar legalmente as profissões de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário. Segundo BARBOSA (1991: 37) todos os profissionais envolvidos com a formação de recursos humanos odontológicos, com os serviços e com as entidades odontológicas progressistas, além dos ACD e THD, acreditaram que, com o aperfeiçoamento do referido projeto de regulamentação das profissões destes auxiliares, aumentariam as possibilidades de extensão da assistência odontológica.

Entretanto, logo após a apresentação do projeto, ainda segundo o autor (BARBOSA (1991: 37), os setores mais reacionários da categoria odontológica, alegaram razões ao parlamentar de que o projeto estimulava a prática ilegal da profissão, não era condizente com a realidade dos serviços e que várias atribuições do THD eram privativas do cirurgião dentista. Como resultado, Robson Marinho apresentou um substitutivo ao projeto original, sob influência do CRO de São Paulo. Houve pressão da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), do Sindicato dos Odontólogos do Distrito Federal (SODF) e das Associações de ACDs e THDs de Brasília e Goiânia. Robson Marinho optou pela realização de um fórum para discutir sobre a regulamentação das profissões, onde resultou em um novo projeto, conhecido como o Substitutivo do Substitutivo, com posições mais próximas das defendidas pelo CRO paulista.

Em dezembro de 1989, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica-MBRO organizou, em São Paulo, o I Encontro Nacional sobre Legislação do Pessoal Auxiliar Odontológico e, em 1990, o II Encontro, em Brasília, com objetivos semelhantes: discutir principalmente o projeto do Deputado Robson Marinho, que resultou na elaboração de um documento mais afinado com as aspirações dos sanitaristas. Esse documento foi anexado ao projeto de Lei. Mas o Projeto não foi aprovado (BARBOSA, 1991: 38).

Segundo PEZZATO (2001: 93), em 1993, dando continuidade a essa luta, o projeto de Lei n.º 53 foi apresentado e aprovado pelo Congresso Nacional. Entretanto, foi vetado pelo então Presidente da República Itamar Franco. Argumentações contrárias ao projeto alegaram que o Planalto ouviu os técnicos do Ministério do Trabalho, que afirmaram que a regulamentação de tais profissões restringiria o mercado de trabalho, delimitaria o campo de ação, desmotivaria o aperfeiçoamento profissional e impediria a plena liberdade contratual. O veto se baseou no fato de que o projeto incorria na excessiva regulamentação, numa atividade que não implica conhecimentos avançados. Sua aplicação determinaria a desnecessária criação de mais um conselho de categoria, com formação nova e restritiva reserva de mercado.

O veto deveu-se, provavelmente, à decisão do Conselho Federal de Odontologia que, no mesmo ano, em 1993, restringiu, teoricamente, as atribuições do técnico em higiene dental com a

Resolução n.º 185 (PEZZATO, 2001: 93). Para PIMENTA⁷¹ apud PEZZATO (2001: 93), o veto ocorreu principalmente "para evitar a superposição de atividades entre o THD e o cirurgião-dentista". Tal medida foi reforçada pela postura corporativista e mercantilista dos dirigentes da classe daquele momento.

Desde 2003, esteve em tramitação, no Congresso Nacional, o projeto de lei 1140/03, que regulamenta as profissões de Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). O projeto é de autoria do deputado Rubens Otoni.

Em 2004, foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família um substitutivo do deputado Benjamin Maranhão. Segundo a Revista RET SUS (RET-SUS, 2005: 12) O deputado fez algumas mudanças no projeto original, mas foram contestadas por duas entidades odontológicas, a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD) e a Federação Nacional de Odontologistas (FNO). Depois, entrou em debate um substitutivo proposto por Marcelo Barbieri. O que estava em jogo eram os limites (técnicos e corporativos) de atuação do profissional de nível médio e do cirurgião-dentista. Nesse impasse, as associações e federações se dividiram. Os pontos polêmicos do substitutivo foram os que falavam sobre a remoção de tártaro e biofilme supragengival e de inserir, condensar, esculpir e polir substâncias restauradoras.

No dia 20 de setembro de 2005 aconteceu uma audiência pública na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público – CTASP - na Câmara dos Deputados. A audiência, promovida a pedido do deputado Jovair Arantes (PTB-GO), que também é cirurgião-dentista, serviu para um intenso debate em torno do PL 1140/03. Ao final do encontro, que durou quatro horas, após ouvir representantes de todas as partes envolvidas, o relator do projeto, deputado Marcelo Barbieri (PMDB-SP), solicitou ao presidente da Comissão, deputado Henrique Alves (PMDB-RN), que o seu relatório fosse devolvido para que pudesse promover alterações em função da audiência pública. O pedido foi acatado pelo presidente e o relator prometeu apresentar as modificações no projeto em 15 dias. Antes da audiência pública realizada na Câmara, no dia 20 de setembro, o deputado Marcelo Barbieri já havia concluído a primeira

⁷¹ PIMENTA, A. Dentista X THD. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas (APCD)**. v. 48, n.6, p. 1512-1522. São Paulo, nov./dez./1994.

versão de seu substitutivo, com base nas audiências realizadas por ele com as entidades nacionais da odontologia. (CFO, 2005). O Acordo se deu entre a FIO, o CFO, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO Nacional) e a Associação Brasileira de cirurgiões-dentistas (ABCD).

O substitutivo do Deputado Marcelo Barbieri foi aprovado em novembro de 2005 na Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados como resultado de acordo provisório entre os defensores das idéias pró e contra alguns aspectos do trabalho do THD.

Segundo José Carrijo, presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), representou um acordo em que todo mundo cedeu um pouco. “Cedemos até o limite de não prejudicar as ações dos THDs e ACDs. Mas redigimos um documento em conjunto, entendendo que os dois lados precisavam ser contemplados” explicou (RET-SUS NOTÍCIAS, 2005).

Em relação aos pontos de discórdia, a redação final votada diz que o THD (ou TSB) está autorizado a remover o biofilme, “de acordo com a indicação técnica definida pelo Cirurgião-dentista (CD)”. Sobre o outro tópico, o texto acordado diz que o profissional de nível médio pode “inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta”, mas proíbe o “uso de materiais e instrumentais não indicados pelo CD”.

Segundo a mesma matéria publicada na RET-SUS Notícias, a THD Irene Rodrigues dos Santos, que trabalha na prefeitura de Curitiba, acha que a nova versão ficou muito ruim, pois as competências da profissão foram restringidas e atribuições importantes do THD foram retiradas.

“Restringindo as capacidades do THD, o trabalho de uma equipe odontológica fica pela metade”, opina. Formada desde 1984, há 20 anos ela executa todas as funções polemizadas no projeto que se propõe a regulamentar a profissão. “Não existe nenhum registro de reclamação de quem é tratado por THD nem algum problema ético que ateste incapacidade ou dano provocado pelo técnico à população”, diz. Irene acha que o que mais pesou no acordo foi o mercado de trabalho e que a diferença entre o auxiliar e o técnico ficou muito pequena. “A sociedade perdeu porque, com a nova redação, vai ter gente contratando ACD no lugar do THD” (RET-SUS NOTÍCIAS, 2005).

Ainda de acordo com a fonte citada, Celina Lopes, que trabalha na prefeitura de Campinas e é presidente da Comissão de Registro de ACD e THD do Conselho Federal de

Odontologia, pondera, dizendo que as alterações poderiam ser melhores, mas a versão original estava ainda pior: “As ações do THD são supervisionadas e delegadas pelo CD, por isso não há risco para as pessoas. Se o técnico não puder fazer as tarefas que sempre exerceu, o prejuízo é da população”, diz. Ela acha que a presença do THD otimiza o trabalho de uma equipe odontológica, pois o cirurgião-dentista pode se dedicar mais à parte curativa. “Para que o acesso da população aos serviços odontológicos seja ampliado, não adianta demandar tudo para o dentista, pois ele fica sobrecarregado”, afirma. Por isso, ela acha que a ‘luta’ deveria ser outra. “As entidades deveriam se preocupar em ampliar o número de técnicos e não em limitar as competências dele” (RET- SUS NOTÍCIAS, 2005).

No momento, o PL 1140/03 passou pela Câmara dos Deputados, sendo aprovado de forma conclusiva na Comissão de Constituição e Justiça. Encontra-se no Senado Federal, agora como Projeto de Lei da Câmara nº 3, de 2007 (PLC 00003/2007) tramitando pelas comissões para posteriormente ser votado e, se aprovado, seguir para a Presidência da República e publicado como Lei Federal.

A nova redação do substitutivo, também alterou o nome do THD para TSB (Técnico em Saúde Bucal), mas é importante lembrar que a mudança da denominação de THD para TSB foi proposta inicialmente pelo MEC, em 2000, antes do próprio PL 1140/03.

8. OS DIVERSOS PERFIS DO TÉCNICO

Os perfis aqui analisados são aqueles atribuídos ao THD pelo Ministério da Saúde (MS), contidas no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica para atuação nas equipes de saúde bucal do PSF; o perfil do Ministério do Trabalho e Emprego (Mtb); do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e do Projeto de Lei 00003/2007 (PLC 00003/2007) que tramita no senado.

Como o interesse da pesquisa se limitou aos pontos fundamentais dos perfis que poderiam contribuir para aumento de produtividade e ampliação do acesso, ou seja, as delegações técnicas no campo da assistência (no que se refere aos níveis de intervenção restauradora), da prevenção e promoção da saúde; todas as demais habilitações não foram consideradas. Fez-se um quadro com as atribuições do THD de acordo com os 4 perfis citados, utilizando como marcadores os atributos: a) “Atividades preventivas e promocionais individuais”; b) “Atividades preventivas e promocionais coletivas”; c) “Atividades assistenciais restauradoras”.

A seguir, procurou-se analisar as habilidades desenhadas em cada perfil, em consonância com a literatura clássica sobre este assunto, onde se justificou a utilização do técnico para aumento de produtividade na assistência restauradora e examinou-se o seu potencial como multiplicador de saúde. No primeiro caso, o tipo considerado como parâmetro foi a Categoria V, de GARZA (1970), que define como característica fundamental para os auxiliares deste grupo a administração de serviços clínicos diretamente no “paciente” (sic) em cirurgia, operatória dental e atenção clínica restauradora. No entendimento do autor deste trabalho, o técnico realmente pleno.

Por outro lado, a partir da experiência de DUNNING (1958), confirmada em dezenas de outras experiências posteriores ao longo das décadas que se seguiram, considerou-se como tipo ideal o técnico que está habilitado para os procedimentos de inserção de materiais em cavidades dentais previamente preparadas por Cirurgiões -Dentistas, condensação, escultura, acabamento e polimento das restaurações. Uma vez que as consagradas experiências sobre aumento de produtividade na assistência restauradora se referem à utilização de técnicos com este perfil nos experimentos, foi ele o modelo e base para a presente discussão e conclusão.

Entendeu-se que a ausência de qualquer etapa do procedimento restaurador citado implicaria em debilitação técnica, o que retiraria do THD brasileiro representatividade para

comparação com os experimentos consagrados internacionalmente. O que coloca a seguinte questão: como pensar em inserção do profissional na assistência para a sinergia dos programas de saúde bucal, em contexto de debilidade técnica? Como organizar um serviço, que se almeja produtivo com profissionais com algum tipo de fragilização de suas atribuições?

SOUZA et al (1991: 248) afirmaram que a organização do trabalho para a produção de serviços de saúde faz parte da categoria de serviços em uma sociedade e, como serviço, ele expressa a necessidade de cumprir uma finalidade útil, onde os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização como produtos “mercantis em si mesmos”. Apesar das características inequívocas de serviços, a organização do trabalho produtivo em saúde por sua complexibilidade tecnológica assemelha-se àquela da produção industrial. Debilitações técnicas podem interferir no cumprimento da citada finalidade.

Assim, examinou-se a fragmentação do processo de trabalho de cada perfil, uma vez que isto compromete o exercício profissional, levando-se em consideração se o perfil fere o princípio da direcionalidade técnica do trabalho, que deve ter princípio, meio e fim (MARQUES⁷² apud RIBEIRO; FISCHER; MARQUES, 1991: 169). E ainda, como afirmou NOGUEIRA (1997: 60) sobre o processo de trabalho em saúde:

Há que se dizer, em primeiro lugar, que esse processo [de trabalho em saúde] é marcado por uma tecnicidade ou direcionalidade técnica que é inerente a qualquer processo de trabalho humano. Pressupõe, assim, uma antevisão dos resultados almejados e uma ação inteligente como ardil da razão em sentido hegeliano: fazer com que os instrumentos físicos, químicos, bioquímicos, etc, atuem sobre o objeto produzindo um efeito útil. O ardil da razão tem por fundamento certos conhecimentos científicos, mas requer uma adaptação constante às características particulares: este indivíduo aqui com sua história e necessidades.

As necessidades dos brasileiros por tratamentos restaurativos são altas, em decorrência das seqüelas da cárie. Apesar do importante declínio da cárie dentária em crianças, registrado nas

⁷² MARQUES, C. M. Entrevista aos autores. Belo Horizonte, novembro de 1996.

últimas duas décadas no Brasil, este fenômeno não é verificado entre os adultos (SB BRASIL, 2003).

No segundo caso, observou-se a valorização dada às ações preventivo-promocionais nos espaços clínicos e coletivos, se o desenho das atividades podem ser delegadas para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e multiplicadores devidamente qualificados, contemporizando uma tradição que passou por diversos paradigmas cujo início se processou com as visitadoras do período Chagas, ainda não incorporada ao momento atual nos aspectos da educação em saúde bucal e orientação para escovação dirigidas às famílias e aos coletivos restritos ou amplos, onde o ACS e outros multiplicadores poderiam dar cabo da tarefa, permitindo ao THD se ocupar com o desempenho clínico restaurador, onde sua presença se justifica com fins econômicos.

Não obstante a visão que permeou a presente pesquisa tenha se embasado em critérios técnico-científicos já suficientemente verificados e consagrados para a afirmação de que determinados perfis produzem impacto nos serviços e outros, não, compreendeu-se que a pesquisa não foi neutra e expressou uma racionalidade técnica cujos pressupostos foram os do gestor ou administrador, em sua preocupação com o usuário e a ampliação de acesso aos serviços de saúde. Trata-se apenas de um dos elementos do debate cultural implícito para as definições das habilitações do THD.

Pois se entendeu, como FEENBERG⁷³ apud DAGNINO E MORAES (2005: 9), a partir de sua Filosofia da Tecnologia, que não são os imperativos tecnológicos que determinam escolhas e estabelecem hierarquias sociais. Toda proposição de tecnologia passa por debates culturais e por lutas nos quais projetos políticos estão em pugna. Desta forma, as tecnologias estão delimitadas por hábitos culturais enraizados na economia, ideologia, religião e tradição. Acrescentaríamos também, a emoção. Mesmo que a presente pesquisa se limitasse à racionalidade técnica para informar e se somar (ou se contrapor) às demais visões.

A seguir, o Quadro de Perfis do THD. Como o perfil do técnico no “Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica” inclui atribuições comuns a todos

⁷³ FEENBERG, A . **Transforming technology**. Oxford University Press, 2002.

os profissionais da equipe de saúde bucal além de seu perfil específico, o perfil comum foi examinado à parte, não constando do quadro abaixo (Quadro I).

Quadro 3 – Perfis do THD

<i>Documento</i>	<i>Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica</i>	<i>Consolidação das Normas de Procedimento do CFO</i>	<i>CBO</i>	<i>PLC 00003/2007</i>		
Marcadores	<i>Atribuições específicas do THD</i>	<i>Atribuições específicas do THD</i>	<i>Atribuições específicas do THD</i>	<i>Atribuições específicas do TSB</i>		
Atividades preventivas ou promocionais individuais	Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.	Realizar a remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais	Efetuar profilaxia;	Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do Cirurgião-Dentista;		
		Executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental	Realizar isolamento absoluto e ou relativo;			
			Aplicar selante;			
		Fazer a demonstração de técnicas de escovação	Aplicar cariostático nos dentes;			
		Educar e orientar os pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais	Aplicar flúor tópico;	Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo Cirurgião-Dentista;		
			Sondar a profundidade da bolsa periodontal			
			Efetuar raspagem supra-gengival;			
			Evidenciar placa bacteriana;			
			Realizar escovação supervisionada;			
			Aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental;			
			Orientar dieta alimentar			
		Instruir na higienização de próteses dentárias				
		Atividades preventivas e promocionais coletivas	Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.	Executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental	Evidenciar placa bacteriana;	Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do Cirurgião-Dentista
Educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais	Realizar escovação supervisionada;					
	Fazer a demonstração de técnicas de escovação			Aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental;	Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das	
Colaborar nos programas educativos de saúde bucal;				Orientar dieta alimentar	Doenças bucais;	
	Atividades assistenciais restauradoras			Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.	Inserir e condensar substâncias restauradoras	Inserir materiais;
Condensar materiais;						
Polir restaurações, vedando-se a escultura		Esculpir materiais;				
		Polir dentes e restaurações;				

8.1. COMPARAÇÃO E DISCUSSÃO

A observação atenta dos quatro perfis profissionais do THD nos permitiu desenvolver uma breve discussão sobre a importância do auxiliar para a reorganização das práticas de saúde bucal na atenção básica. Pode-se verificar em qual das situações apresentadas o técnico representou um potente e valorizado componente de uma equipe de saúde bucal ou se, ao contrário, teve suas atribuições amputadas e/ou desvalorizadas, restringindo seu campo de atuação para ganhos econômicos e universalização do acesso e utilização dos serviços de saúde bucal.

8.2. PERFIL PROPOSTO PELO PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Possui atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde bucal. Não estão descritos no Quadro I. Consta ser atividade do THD participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família; a identificação das necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal; o estímulo e execução de medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal; a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência, a organização do processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal; a sensibilização das famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; a programação e realização de visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas; o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

São estas atribuições comuns que tornam este perfil significativamente ampliado em relação aos demais perfis, e que inserem o técnico dentro do discurso da saúde bucal coletiva, notadamente em sua vertente preventivo-promocional, além de o considerar um ator na equipe e na comunidade para trabalhar em prol da saúde. Assim, o perfil delineia com nitidez que o THD é um agente da prevenção e da promoção de saúde, ele próprio um multiplicador e educador, com intervenção direta extra-clínica, participando e colaborando na programação das visitas nos domicílios.

Entretanto, as visitas domiciliares de THDs e CDs devem ser avaliadas com critérios. Para ZANETTI (2007), rotinas de escovação supervisionada realizadas por THDs e CDs, por exemplo, só se justificam para prestigiar, corrigir, qualificar as rotinas dos multiplicadores e dos ACS. Devem ser encaradas exclusivamente como rotinas de reforço. Para a formação da consciência sanitária e a incorporação do hábito de autocuidado, na condição de reforço, elas significam muito; fora dessa condição, elas significam pouco ou quase nada. Rotinas de escovação supervisionadas feitas por THD e CD só se justificam quando elas participam como “acabamento”, como adição, como empenho no aumento global da qualidade da rotina despendida estruturalmente por multiplicadores e ACS. Há que se acrescentar que, não existindo ACS, ou multiplicadores, está claro que nesta circunstância, o THD deverá realizar as escovações.

Nas atribuições específicas do THD, descritas no Quadro 1, o discurso se volta com mais ênfase para a assistência. E contempla o perfil, sempre sob a supervisão do CD, com ações assistenciais restauradoras para aumento de produtividade e universalização do acesso, ao delegar para o técnico a realização de procedimentos reversíveis nestas ações (o que se pode entender como inserção de materiais na cavidade, condensação, polimento e escultura, todos reversíveis), o que ajustaria tal perfil à Categoria 5, de Garza, e das propostas por Dunning. O desenho propicia, como já citado, um aumento considerável de produtividade e número de pessoas atendidas até mesmo com ganhos de produção acima do auxiliar do tipo enfermeira dental. Também não fragmenta o trabalho, permitindo-lhe direcionalidade e efeito útil.

Acrescido do fato de que o técnico se habilitaria a realizar a aplicação de selantes, procedimentos de raspagem, alisamento e polimento (o que o tornaria ainda mais eficiente no trabalho de prevenção das doenças periodontais). Subentendido que, em todos os perfis, os profissionais estariam perfeitamente treinados em seus cursos.

Assim, para que o THD cumprisse otimamente sua função dentro da equipe de saúde bucal, sob o ponto de vista da universalização do acesso, seu papel fundamental deveria ser, fora da clínica, o de formador de multiplicadores e reforçador. E, dentro da clínica, cumprir inteiramente seu papel de operador e terapeuta (seja realizando integralmente os procedimentos reversíveis em restaurações, seja os procedimentos básicos preventivos de periodontia, como os

descritos no próprio perfil). Sob esta visão, as habilitações do THD no perfil proposto pelo Plano de reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica são um rol de atributos que valorizam o THD e o inserem como agente importante de saúde na equipe, capacitado para introduzir na equipe de saúde resultados técnicos impactantes.

8.3. PERFIL DESCRITO NA CONSOLIDAÇÃO DAS NORMAS DE PROCEDIMENTO DO CFO

Este perfil confere ao THD, em relação às atividades preventivas ou promocionais na clínica, atribuições para realizar a remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais. E confere a estas atividades individualizadas assim como às coletivas, as atribuições de executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental, fazer a demonstração de técnicas de escovação, colaborar nos programas educativos de saúde bucal, educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais.

NARVAI (1997: 459) afirmou que, em relação à habilitação do THD para colaborar nos programas educativos de saúde bucal, não deveria se tratar de apenas “colaborar”, mas de *participar*, cujos conceitos são diferentes. Em referência à redação da frase “*fazer a demonstração de técnicas de escovação*”, NARVAI propôs que além da “demonstração” o técnico deveria poder *supervisionar* a prática da escovação. Por fim, NARVAI criticou também a redação da frase “*educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais*”: para ele, quem educa, orienta. Assim, “e orientar” poderia ser suprimido. Considerando também que nem sempre o educando é um “paciente”, e propôs a substituição da expressão.

Todas as proposições do autor citado são pertinentes. Fazendo-se a ressalva, já descrita para o perfil anterior, de que rotinas de escovação supervisionada realizadas por THDs e CDs, por exemplo, só se justificam para prestigiar, corrigir e qualificar as rotinas dos multiplicadores e dos ACS (ZANETTI, 2007).

Na assistência, o perfil habilita o THD para inserir e condensar substâncias restauradoras e polir restaurações, vedando-se a escultura. Esta habilitação, se seguida à risca como se encontra

no texto, conforme afirmou MARQUES⁷⁴ apud RIBEIRO; FISCHER; MARQUES (1991: 169), não funcionaria em lugar nenhum. A fragmentação do trabalho e a interrupção de sua direcionalidade técnica (um trabalho comporta início, meio e fim) retira do profissional sua principal característica de ser um agente promotor de ganhos econômicos, uma vez que a lógica do atendimento se altera completamente em relação às experiências em que o técnico foi fundamental no aumento de produtividade.

Aqui, o usuário fica exposto a duas circunstâncias: uma, esperar que o CD termine a atividade em que se encontra comprometido com outro usuário para, depois, finalizar a restauração iniciada pelo THD (e cujo tempo entre uma atividade e outra pode não ser compatível com o “tempo de presa” do material restaurador); a outra, refere-se ao acaso, à coincidência de que, finalizado o trabalho do THD, o CD esteja livre para imediata finalização da restauração. Em ambas situações, pode-se afirmar que são critérios técnicos irracionais, capazes de resultar em deseconomia.

Uma outra questão que se pode levantar, em relação à deficiência técnica do perfil, refere-se à sua administrabilidade: ou se obedece ao regulamento do CFO e aloca-se o THD em outras funções, que não as de assistência restauradora, ou se incorre em descumprimento da norma, ignorando a vedação da escultura. Neste último caso, o gestor, para manter a alta produtividade, estimula o THD para fazer a escultura, e se submete a uma infração perante o CRO, correndo riscos.

Dessa forma, o perfil delineado para o THD na assistência não produz um artefato racional capaz de atuar resultando em um efeito útil. Ele é um exemplo concreto de que o imperativo tecnológico não foi o responsável para a elaboração da norma, mas sim os imperativos sociais, notadamente corporativos. A escolha recaiu sobre critérios sociais conservadores, e não considerou as necessidades objetivas de assistência da população que dependem do sistema de saúde público.

⁷⁴ op.cit.

8.4. PERFIL DESCRITO NA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DAS OCUPAÇÕES

O Ministério do Trabalho e do Emprego (MTb) elaborou a nova Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2002. A CBO é um instrumento que viabiliza o funcionamento do sistema de informações ocupacionais sobre o mercado de trabalho.

Algumas das atribuições definidas pela CBO para o técnico (THD) são, no entender de LIÑAN; BRUNO (2007: 300), equivocadas e não estão previstas no Ministério da Saúde (MS), MEC e CFO:

São elas: triar pacientes; realizar anamnese do paciente; elaborar a anamnese do paciente; interpretar informações técnicas; sugerir ao cliente opções de materiais de higiene bucal e tipos de prótese; estimar prazos; confeccionar moldeiras e provisórios; escolher a cor direto com o paciente; restaurar dentes; além de executar os seguintes procedimentos odontológicos sob supervisão do cirurgião-dentista: esculpir materiais; moldar arcada dentária (o termo arcada dentária caiu em desuso; atualmente utiliza-se arco dentário); fixar provisórios; verificar resultado dos procedimentos; comunicar-se; divulgar serviços e técnicas; instruir na instalação e higienização de próteses dentárias (a higienização de próteses dentárias é permitida ao THD).

Tais procedimentos são privativos do cirurgião-dentista. Entretanto, se em alguns deles houve exorbitância nas delegações, outros poderiam fazer parte das habilitações do THD, uma vez que o nível de avanço tecnológico relega tais procedimentos para a seara do “serviço sujo” (atividades delegáveis).

Embora que o texto integral da CBO não tenha sido objeto de nossa descrição e análise, sugerimos o texto de LIÑAN; BRUNO (2007: 301) para maiores esclarecimentos, mas não se deixou de concordar com os autores, quando afirmam que “o que se nota é a completa falta de critério e observância das leis, portarias, decisões e resoluções estabelecidas pela União, MEC, MS e CFO. Muitas dessas informações são desencontradas e acabam por confundir os auxiliares em seus estudos e atividades práticas.

Por outro lado, se é um perfil tão ampliado ao ponto de incluir exorbitâncias, sob o ponto de vista dos argumentos embasados em experimentos considerados clássicos sobre utilização de técnicos auxiliares, é o que mais claramente explicita as fundamentais habilitações auxiliares para se obter ganhos em saúde bucal, referidos à assistência restauradora. Ou seja, inserir materiais; condensar materiais; esculpir materiais; polir dentes e restaurações. Se também aqui a redação do texto não é a mais conveniente, entretanto, o perfil se caracteriza por delegar funções tradicionais aos técnicos, reconhecidas no cenário internacional, para aumento de produtividade e conseqüente ampliação do acesso.

É um perfil que plenamente se encaixa na Categoria V, de Garza, e que insere o técnico na lógica que preside a organização de serviços complexos, e que expressa sua capacidade de cumprir uma finalidade útil.

Sobre as atribuições preventivo-promocionais, o perfil do técnico desenhado pela CBO inclui remoção de cálculo (tártaro) supra-gengival, que é uma das atribuições clássicas para auxiliares com funções “ampliadas”, além de trazer uma lista de atividades para procedimentos individuais e coletivos que se poderia dizer completa. Contudo, do ponto de vista do autor desta dissertação, a atribuição para “sondar a profundidade da bolsa periodontal” pode carrear para o debate cultural atual mais polêmicas desnecessárias. Ainda que nada impeça que um auxiliar bem treinado possa atuar propedeuticamente, objetivando coletar informações para que o CD estabeleça um diagnóstico, a atribuição em pauta encontra-se em descompasso com o universo simbólico dos profissionais graduados. O terapeuta dental do Canadá está autorizado a realizar não somente este como outros exames de auxílio ao diagnóstico, mas para tradição nacional, até hoje envolvida em assombros e medos com delegações aceitas há dezenas de anos no âmbito internacional para simples atividades reversíveis em assistência restauradora, tal atribuição pode soar como exorbitância para a própria Odontologia, com limitada produção científica na determinação de medidas exatas da utilidade dos testes clínicos.

8.5. PERFIL DESCRITO NO PROJETO DE LEI 00003/2007, QUE TRAMITA NO SENADO

Este é um perfil que resultou do consenso entre a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de

Odontologia (ABO Nacional) e a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD). Embora a atuação reconhecida ao longo dos anos da FIO em defesa da ampliação das funções dos auxiliares de odontologia, o acordo resultou em grave debilitação, se não mesmo aniquilamento, das atribuições mais fundamentais para a assistência restauradora e para procedimentos preventivos individuais.

Sobre a assistência, a autorização das ações do THD se resume em “inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo Cirurgião-Dentista”. Novamente se repete aqui a fragmentação do trabalho, onde o princípio da direcionalidade técnica exige que um trabalho tenha início, meio e fim. Com a redação do Projeto de Lei, o procedimento só poderá ter início, vedados os demais processos subseqüentes. Não se baseou em critérios técnicos, não há indicações de estudos que afirmem que um auxiliar somente inserindo e distribuindo no preparo cavitário materiais odontológicos colaborem para a produtividade. Ao contrário, a habilitação, como foi redigida, pode resultar em deseconomia, posto que não libera o CD para se ocupar de outra atividade. Significa uma interrupção de processos, que demandará trocas de cadeiras em curto espaço de tempo, desnecessariamente. Mais econômico será se o próprio CD realizar inteiramente o trabalho do que ele fazer o preparo da cavidade, deslocar o usuário para a cadeira do THD, que vai inserir o material, voltar com o usuário para a cadeira do CD, onde este se encontra parado e aguardando o retorno do outro, e por fim, efetivar a série de procedimentos do ato. Trata-se de um falseamento, no sentido de que a redação cria efeitos ilusórios de um fim útil, mas que, na realidade, remove resultados almejados e nega uma ação inteligente como ardil da razão.

Também no campo dos procedimentos preventivos individuais, a atribuição “fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo Cirurgião-Dentista”, retira do THD a possibilidade de remoção de tártaros, outra fragilização do perfil, além de ser negação acintosa de todas as pesquisas envolvendo auxiliares de higiene dental no mundo. Negação também da complexidade da odontologia brasileira, que se apega a atributos simples diante da expansão tecnológica da área, por motivos claramente explícitos corporativistas, que visa impor ao sistema público de saúde um ônus pelo fracasso corporativo em controlar uma situação de pletoa profissional.

Para os procedimentos coletivos, o texto do projeto deixou subentendido uma ampla utilização do técnico, que sob a frase “participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais”, cria condições de atuação do THD como multiplicador e até mesmo de supervisor, uma vez que não se impôs vedações específicas.

As características deste perfil imputam ao THD uma fragilidade técnica que vai de encontro com as conquistas do sanitarismo brasileiro, que, desde os anos 70, conseguiu inegáveis avanços na incorporação de auxiliares na equipe de saúde bucal e na definição de seus atributos. Compromete a atuação das equipes de saúde do PSF que contam com THD e que se preocupam com ampliação do acesso. Desenhado sob o manto de proteção corporativa, o perfil optou por ser perverso com as necessidades de saúde da população. E, sob a égide de um consenso, negou no debate cultural as valiosas experiências mundiais que são a utilização dos auxiliares. Acredita-se, que, na prática dos serviços, logo se verá a insuficiência econômica de tal artefato jurídico, se vier a ser aprovado, principalmente nos municípios que utilizam THD em funções de assistência restauradora e em procedimentos preventivos individuais.

Como visto, os perfis se apresentam diversificados, clamando reparos, sendo que o Perfil do PLC 00003/2007, que tramita no Senado, é o que aniquila ampliações delegadas, não levando em conta razões técnicas embasadas em experiências bem conduzidas. Proporciona limitações severas na oferta de ganhos econômicos, pois inviabiliza a utilização plena do técnico na assistência restauradora e limita sua intervenção em procedimentos preventivos individuais. Desvaloriza o THD, que deixa de atuar até mesmo como um Higienista Dental pleno, nos moldes consagrados por entidades internacionais. Está em descompasso com as novas diretrizes educativas do ensino técnico, impingindo a este profissional de nível médio um retrocesso considerável, por romper com a direcionalidade técnica de seu ofício. Isto significa maior alienação do mesmo em relação ao seu trabalho e cria entraves ao planejamento dos municípios preocupados com a questão de oferta de saúde. Possui características perversas, ao impedir ampliação do acesso, e, se aprovado, dificultará a organização de programas de saúde bucal nos municípios que, porventura contam com o THD na equipe de saúde bucal e dele se utilizam plenamente em ações de assistência e procedimentos preventivos individuais, objetivando ganhos de produtividade.

Para o PSF, dois perfis se mostraram adequados, considerando apenas os marcadores utilizados no Quadro 1: o perfil do “Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica”, com reparo no que tange à ênfase preventivista, que pode ser entendida como incentivo ao desvio das funções fundamentais em assistência restauradora e de prevenção individual no ambiente clínico que o THD se habilita; e o perfil proposto pela CBO, que se mostra suficientemente ampliado para replicar nos municípios experiências de alta cobertura concebidas com elevados critérios técnico-científicos em âmbito mundial, desde o surgimento dos tipos básicos de auxiliares como as higienistas e as enfermeiras dentais. O perfil do CBO também comporta reparos, uma vez que autoriza ações que fogem do atual debate cultural sobre auxiliares e pode implicar em polêmicas desnecessárias.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção científica sobre o THD indicou o quanto ela potencializou as atividades em equipe de saúde bucal. Contudo, no Brasil, ocorreu uma desvalorização do técnico que não pode ser vista apenas de um ângulo, ou somente de um ponto de vista de um determinado ator. Neste sentido, a presente pesquisa buscou verificar as origens do problema, os cenários e perspectivas que contribuíram para tal perda de valor, observando que pensamento se construiu ao longo das décadas sobre o técnico em higiene bucal. O levantamento histórico serviu de guia para compreender em profundidade o que se consolidou no período de tempo pesquisado, as rupturas contra-hegemônicas ao longo do percurso e as tendências atuais.

A lista sobre auxiliares de saúde no mundo é extensa, mas sua utilização, embora realizando serviços definidos, nem sempre foi aceita com entusiasmo e, não raro, envolveu polêmica sobre suas competências, as funções que lhes foram atribuídas e suas formas de educação.

Desde o surgimento das Higienistas Dentais (tributárias das enfermeiras visitadoras americanas do período do “progressivism” nos EUA), passando pelas Enfermeiras Dentais neozelandesas (convocadas sobre os escombros da Primeira Grande Guerra e como elemento fundamental para uma guerra cívica contra a cárie), tangendo as instrumentadoras no período pós-guerra dos anos 40 e 50, e chegando à emergência dos técnicos, sob critérios anteriormente definidos nesta dissertação, dos anos 50 aos dias atuais, percebeu-se que os auxiliares odontológicos (crescidos à sombra da Enfermagem e da Odontologia) enfrentaram duras batalhas para sua aceitação nos meios corporativos, jurídicos e na sociedade. A aceitação se processou de formas diferentes, de acordo com as características internas de cada país, e em conformidade também com o tipo de delegação que lhes foram atribuídas.

Foram convocadas sobre diferentes paradigmas e de acordo com modelos de programação implantados. Em todos eles sobrepairou a preocupação com ganhos efetivos de produtividade, fosse sob a égide do filantropismo, dos esforços militares e cívicos pós-guerras, ou de expansão de profissões técnicas.

A partir dos tipos básicos de auxiliares, como a Higienista Dental, Enfermeira Dental e a instrumentadora, emergiram experiências outras que comportaram misturas de tipos, ou

modificações, ora com maior ou menor ênfase em um deles, ora com atribuições integrais dos três.

No Brasil, a experiência se iniciou com um tipo de auxiliar voltado para a prevenção individual e para uma rudimentar instrumentação clínica: a chamada AHD sespiana, ainda que no mesmo período se tentou implantar Higienistas Dentais, cuja ensaio se frustrou como atividade regular. A AHD foi uma auxiliar com funções de baixa amplitude, se comparadas aos três tipos clássicos, mas representou a inserção da colaboração auxiliar para liberação do CD para as práticas de assistência restauradora e conseqüente aumento de produtividade. O paradigma invocado foi o do chamado sistema incremental, voltado para escolares.

Na época encontrava-se em curso experiência com o sistema incremental na Nova Zelândia, com utilização intensiva de Enfermeiras Dentais. Estas, como parte da estratégia do Plano Colombo (Cooperação para o Desenvolvimento Econômico do Sul e do Sudeste Asiático) durante os anos de Guerra-Fria, vivenciaram uma expansão para diversos países, como o Ceilão, Malásia, Tailândia, Indonésia, entre outros. O SESP se inspirou no programa incremental da Nova Zelândia, mas não fez o mesmo com relação às suas auxiliares. Preferiu treinar e utilizar a AHD, com funções bem mais limitadas, por cautela e medo da reação corporativista odontológica. O assunto foi visto como tabu, e a AHD foi o máximo que se admitiu de forma a não imputar acusações de que o Serviço Especial treinava dentistas práticos.

Nos anos 60, em decorrência da atuação de organismos internacionais (ONU, OMS) divulgou-se mais a utilização de auxiliares na América do Sul, e, especialmente no Brasil, surgiram ao longo da década estudos sobre estes profissionais, notadamente voltados para a formação de AHDs e qualificação de instrumentadores. Datam desta época os primeiros cursos regulares e formais para instrumentadores, especialmente em algumas capitais do país e ligados às instituições de ensino da Odontologia, em sua maioria. Foi também uma década em que se consolidou a idealização e o desenho de um tipo de auxiliar que, a partir de 1975, se chamou ACD.

Nos anos 70, a demanda por assistência e as novas orientações acontecidas no âmbito da educação, com a implantação nos níveis médio e elementar do ensino profissionalizante foram as principais motivações para a emergência do Parecer 460/75, que criou as ocupações de ACD e

THD, este último com exigência de segundo grau completo. Na época, segundo CUNHA (2000: 54) foi atribuída à profissionalização universal e compulsória no 2º grau o papel de conter a demanda de candidatos para o ensino superior, de modo a encaminhá-los para um mercado de trabalho supostamente desprovido de profissionais habilitados, cujo mercado absorveria.

Pesquisa abordando a posição de cirurgiões dentistas (em exercício profissional no Município de Santa Maria / RS) sobre pessoal auxiliar em Odontologia, realizada no ano de 1976, sinalizou dificuldades possíveis, à época, de inserção destes profissionais. Demonstrou-se a exclusão de THD e AHD escolar da categoria principal das preocupações dos CD pesquisados. Os CDs majoritariamente preferiram formação de auxiliares apenas para ações rotineiras que não envolvessem nenhum contato do auxiliar diretamente com o “cliente/paciente” (sic).

A inserção do THD no mercado de trabalho se deu pela via dos serviços públicos a partir do final da década de 70, com especial incremento entre os anos 80 e 90, e, mais recentemente, através da estratégia de Saúde da Família. O instrumento jurídico não provocou uma resposta imediata da odontologia chamada “de mercado”, mas ele oportunizou a formação e utilização posterior do técnico em novas metodologias de programação e na construção de novos paradigmas de atenção.

O THD habilitou-se para funções ampliadas, com características dos três tipos básicos, um mix de instrumentador, higienista e enfermeira dental, cuja inspiração pareceu ser o modelo experimental de Alabama e as próprias AHDs brasileiras do período SESP. O Parecer não chamou, no instante, a atenção dos CDs, que dele praticamente não tomaram conhecimento. A reação contra o THD somente recrudescer quando, em fins da década, o PISE, implantado no Distrito Federal, por Sérgio Pereira e outros colaboradores, treinaram e utilizaram estes profissionais sob a égide da programação em saúde bucal denominada “Odontologia Simplificada”. Entretanto, o sucesso do programa, alçado a modelo internacional, fixou no imaginário do país e nas futuras proposições de novos modelos da prática odontológica a importância dos técnicos na equipe para aumento de produtividade.

Nos anos 80, a coexistência de uma crise econômica e da luta pela redemocratização do Brasil, estimulou debates políticos entre os CDs que se identificavam com o Movimento Sanitarista por saúde. Houve estímulos para que inúmeros setores passassem a reconquistar

espaços políticos, e, assim, movimentos contra-hegemônicos da Odontologia entraram em cena no campo das políticas públicas. Contavam, principalmente, com articulações de estudantes e profissionais dos serviços de saúde. Destacaram-se os Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia (ECEO), a partir de 1979, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço odontológico (ENATESPOs), as constituições de Fóruns de Saúde Bucal Coletiva em alguns Estados, os Congressos Brasileiros de Saúde Bucal Coletiva (CBSBC) e o início das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB). O tema sobre Recursos Humanos foi constante preocupação destes encontros, fóruns e movimentos. Houve crescente problematização nacional da questão dos auxiliares, que assumiram cada vez mais características complexas.

Também na década de 80 aconteceu a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esta assegurou a todos os cidadãos brasileiros e aos demais residentes no país o direito à saúde com cobertura integral dos serviços e ações de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, criado constitucionalmente, passou a representar um processo social em construção permanente. Nesta perspectiva, a compreensão e a discussão sobre o modelo de atenção por ele preconizado, sobre os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasaram e, ainda, sobre o papel dos diferentes profissionais que nele atuam, foram fundamentais para a sua consolidação.

Ao longo dos anos 80 e 90, entra em cena a Odontologia Integral, que herdou da Odontologia Simplificada a idéia de equipe odontológica centrada no CD acompanhado de Técnicos em Higiene Dental (THD) e de Atendentes de Consultório Dentário (ACD).

Posteriormente, a proposição de uma nova práxis, que se denominou de Saúde Bucal Coletiva, apoiou o aumento da cobertura da atenção à saúde bucal da população através da utilização de pessoal auxiliar. Esta nova proposta se confrontou com a hegemonia da odontologia de mercado. A Saúde Bucal Coletiva (SBC) enquanto paradigma de programação foi entendida como a Odontologia Integral exposta às exigências e aos desafios do SUS. Para o campo da saúde bucal coletiva o desafio foi intenso, uma vez que durante décadas a atenção caracterizou-se por prestar assistência a escolares via programas voltados para o tratamento das doenças bucais mais prevalentes (cárie e doença periodontal). O acesso aos serviços de saúde bucal para outros grupos

da população restringiu-se aos atendimentos de urgências odontológicas. O modelo, baseado nas práticas cirúrgico-restauradoras, resultou em baixa cobertura e pouca resolutividade, com alta prevalência de doenças bucais. A mudança implicou em ampliação e extensão da cobertura da atenção odontológica. Dentre as estratégias propostas, a presença de pessoal auxiliar tornou-se indispensável.

Nesta expansão, muito colaborou o Projeto Larga Escala, que, desde os princípios dos anos 80, viabilizou a criação das Escolas Técnicas de Saúde/Centros Formadores de Recursos Humanos, com a principal função de promover a profissionalização dos trabalhadores do SUS. Qualificaram-se primeiramente os trabalhadores da área de Enfermagem, os Auxiliares de Enfermagem, e posteriormente os de outras áreas da saúde.

Em 1988, com a institucionalização do SUS, passou-se a exigir novas formas de planejamento, gestão e assistência à saúde. Os princípios e diretrizes constitucionais e legais - a universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social provocou modificações para a saúde bucal.

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), inspirado no Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com vistas à garantia de atenção integral aos indivíduos e suas famílias. A partir de 2000, as ações de saúde bucal passaram a ser incluídas na estratégia do PSF.

Em 2004, com o lançamento do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, pelo Ministério da Saúde, a saúde bucal passou a fazer parte da agenda política, constituindo uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor saúde. Aumento significativo dos investimentos passaram a ser destinados para o subsetor da saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal, também denominada Brasil Sorridente, englobou diversas ações do Ministério da Saúde que buscavam melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Sobre o THD, previu sua utilização em ações de educação em saúde e para a ampliação e qualificação da assistência.

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

profissionalização no ensino médio. As mudanças propostas pela vigente LDB da Educação alcançaram também a educação profissionalizante.

Ainda que de forma crescente, a formação e incorporação do técnico nas equipes de saúde bucal do país não significou que o processo foi isento de polêmicas.

Em 1984, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), através da Decisão 26/84, decide aprovar as normas para habilitação ao exercício do THD e do ACD. Foi, então, editada a Resolução do CFO 155/84, que aprovava a consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia e abordava as atividades privativas do THD de acordo com a Decisão 26/84. Em 1993, foi editada a Resolução CFO de número 185. Em 1997, a Resolução CFO n. 209, e, em 2000, a Resolução CFO n. 14. Ao longo do tempo em que surgiram, tais Resoluções estabeleceram modificações das normas das atribuições do THD e ACD.

Durante os anos 80 e 90 diversos embates entre entidades que apoiavam a formação e utilização de auxiliares técnicos e entidades corporativas que se opunham aos mesmos ocorreram e foram vocalizados através de artigos na imprensa, boletins, manifestos, fóruns, encontros e conferências. Houve intensa politização em torno dos auxiliares, especialmente sobre a ampliação de suas funções.

Em 1989, o deputado Robson Marinho apresentou o projeto de Lei n.º 2.244/89, para regulamentar legalmente as profissões de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário. Tratou-se de uma primeira tentativa de levar tal questão às esferas legislativas. Não foi bem sucedido, assim como o projeto de Lei n.º 53/93, que foi vetado pelo presidente da República da época.

Desde 2003, esteve em tramitação, no Congresso Nacional, o projeto de lei 1140/03, que regulamenta as profissões de Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). O projeto foi de autoria do deputado Rubens Otoni. Em 2004, foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família um substitutivo do deputado Benjamin Maranhão. O deputado fez algumas mudanças no projeto original, mas foram contestadas por duas entidades odontológicas, a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD) e a Federação Nacional de Odontologistas (FNO). Os pontos polêmicos do substitutivo foram os que falavam sobre a

remoção de tártaro e biofilme supragengival e de inserir, condensar, esculpir e polir substâncias restauradoras.

Em 2005 aconteceu uma audiência pública na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público – CTASP - na Câmara dos Deputados. Buscou-se um consenso sobre divergências no perfil do técnico. O acordo se deu entre a FIO, o CFO, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO Nacional) e a Associação Brasileira de cirurgiões-dentistas (ABCD). Isto gerou o substitutivo do Deputado Marcelo Barbieri, que foi aprovado em novembro do mesmo ano na Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados como resultado de acordo provisório entre os defensores das idéias pró e contra alguns aspectos do trabalho do THD.

No momento, o PL 1140/03 passou pela Câmara dos Deputados, sendo aprovado de forma conclusiva na Comissão de Constituição e Justiça. Encontra-se no Senado Federal, agora como Projeto de Lei da Câmara nº 3, de 2007 (PLC 00003/2007) tramitando pelas comissões para posteriormente ser votado e, se aprovado, seguir para a Presidência da República e publicado como Lei Federal.

Com o objetivo de observar como o MS, O MTb, o CFO e o PLC 00003/2007 compreendem como deve ser o perfil do THD, procedeu-se a um exame dos 4 perfis tendo como marcadores as atividades preventivas ou promocionais individuais, as atividades preventivas e promocionais coletivas e as atividades assistenciais restauradoras, onde se arrolaram todos os atributos dos perfis selecionados em função destes marcadores.

Observou-se que os perfis se apresentaram diversificados, conclamando reparos, sendo que o Perfil do PLC 00003/2007, que tramita no Senado, é o que aniquila radicalmente ampliações delegadas, não levando em conta razões técnicas embasadas em experiências bem conduzidas internacionalmente.

O THD que se está gestando na nova legislação (que finalmente regulamentará tal profissão), proporciona limitações severas na oferta de ganhos econômicos, pois inviabiliza a utilização do técnico na assistência restauradora e limita sua intervenção em procedimentos preventivos individuais. Desvaloriza o THD, que deixa de atuar até mesmo como um Higienista Dental pleno, nos moldes consagrados por entidades internacionais. Está em descompasso com as novas diretrizes educativas do ensino técnico, impingindo a este profissional de nível médio um

retrocesso considerável, por romper com a direcionalidade técnica de seu ofício. Isto significa maior alienação do mesmo em relação ao seu trabalho e cria entraves ao planejamento dos municípios preocupados com a questão de oferta de saúde. Possui características perversas, ao impedir ampliação do acesso, e, se aprovado, dificultará a organização de programas de saúde bucal nos municípios que, porventura contam com o THD na equipe de saúde bucal e dele se utilizam plenamente em ações de assistência e procedimentos preventivos individuais, objetivando ganhos de produtividade. Semelhante a este perfil, o desenho definido pelo CFO na Consolidação das Normas não produz, na assistência, um artefato racional capaz de atuar resultando em um efeito útil, ao vedar a escultura. Para os demais marcadores, mostrou-se compatível com os estudos internacionais, ainda que recebesse críticas à sua redação.

Para o PSF, dois perfis se mostraram adequados, considerando apenas os marcadores utilizados: o perfil do “Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica”, com reparos à ênfase preventivista, entendida como incentivo ao desvio das funções fundamentais em assistência restauradora e de prevenção individual no ambiente clínico que o THD se habilita; e o perfil proposto pela CBO, que se mostrou suficientemente ampliado para replicar nos municípios experiências de alta cobertura concebidas com elevados critérios técnico-científicos em âmbito mundial, desde o surgimento dos tipos básicos de auxiliares como as higienistas e as enfermeiras dentais. O perfil do CBO também comporta reparos, uma vez que autoriza ações que fogem do atual debate cultural sobre auxiliares e pode implicar em polêmicas desnecessárias.

Notou-se, também, à exceção do perfil desenhado pela CBO, maior ênfase e aceitação do THD para sua alocação em atividades preventivo-promocionais do que para sua utilização em atenção assistencial restauradora, mas percebeu-se que o perfil do PLC 00003/2007 aniquila até mesmo a atribuição para remoção de tártaros, que se inclui nas atividades preventivo-promocionais individuais.

A pesquisa permitiu ressaltar que os conflitos referentes ao THD ainda não foram superados desde as polêmicas envolvendo os THDs treinados para utilização no PISE, em fins da década de 70. Entretanto, no atual momento, a reação ao técnico veio se mostrar intensificada, capaz de amputar delegações que já se encontram no imaginário da própria Odontologia brasileira, em especial, da Saúde Bucal Coletiva. As características de pleora da profissão de

cirurgião-dentista parece ser o mote que se invoca para aniquilar as habilitações do técnico e imputar ao serviço público o ônus de absorção de parcela do contingente excessivo de cirurgiões-dentistas formados a cada ano. Formar THDs, na proposta como foi enviada para o Senado implicará novos esforços de criatividade dos programadores, para que estes auxiliares possam continuar atuando na assistência e na promoção de saúde. Embora limitados na sua utilização, poderão eles ser úteis, por exemplo, na inserção de ionômeros de vidro ativados quimicamente, o que permite oferecer algum recurso para o programador na assistência. Ainda que a lei que tramita no Senado não deixe de se configurar como um lamentável retrocesso, formar o técnico se justifica para a organização dos serviços, seja na sua contribuição para a prevenção ou para os novos desenhos de planejamento na assistência restauradora, menos ambiciosos que os anteriores.

Ainda que a lei mantenha características higienistas, preventivistas e ergonômicas, com o novo texto a assistência restauradora comporta as mais fortes limitações desde a emergência do técnico no Brasil, especialmente na participação clínica em atividades intrabucais, comprometendo fortemente a divisão do trabalho clínico-operatório e sua eficiência, tanto quanto reduzindo os ganhos permitidos por este paradigma de trabalho em saúde bucal na edificação de um dos pilares que sustentam outro paradigma, do próprio SUS: o da integralidade. Por outro lado, a título de desfecho desta dissertação, somente nos últimos anos vem se acenando a possibilidade de incorporar rotineiramente as ações dos agentes comunitários de saúde nos programas de saúde bucal. Neste caso, os ACS passarão a ser uma outra força auxiliar capaz de inserir o paradigma da promoção de saúde nas atividades coletivas da saúde bucal. É uma tendência que se vai consolidando, ainda como proposição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Dental Association. **History of dentistry**. 1995-2008. Disponível em: <http://www.ada.org/public/resources/history/timeline_20cent.asp > Acesso em: 20 abr. 2006.

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

BARON, P. Spectators in the dental scenes of old paintings. In: CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE, 2000, Paris. **Programme**. Disponível em: <<http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhad/iahd.htm>> Acesso em 08 set. 2007.

BASTOS, N. C. de B. **SESP/FSESP: 1942 - Evolução histórica-1991**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996. 524 p.

BIAZEVIC, M. G. H. **Perfil do técnico em higiene dental (T.H.D.) no estado de São Paulo: resolutividade, relevância econômica do trabalho, qualidade de prestação dos serviços e satisfação e stress experimentados no serviço odontológico**. Campinas, 2000. 112 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) - Campus IX, Universidade Camilo Castelo Branco.

BOGOPOLSKY, S. Histoire du dentifrice. IN: Congrès de Marseille, Universidade de Paris V. 2000. Disponível em: < <http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhad/vol5> >.Acessado em: 02 abr. 2006.

BOTTI, M. R. V. – **Análise do Posicionamento dos Cirurgiões Dentistas do Município de Santa Maria (RS) Quanto a Aspectos Relacionados a Pessoal Auxiliar em Odontologia**. Rio Grande do Sul, 1978. ...f. Dissertação (Mestrado em...) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BRASIL. Portaria no 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, mimeo, 1993

BRASIL, Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, v? , n. 61 p. 71-76, 29 Mar. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assessoria de Comunicação Social**, Divisão de Imprensa, Saúde bucal – Sobral/CE, 2004a. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/> Acesso em 11 jun 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Brasil Sorridente**, 2007. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php . Acesso em 11 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto **SB BRASIL 2003**. Relatório Final, 2004b. Disponível em www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf. Acessado em 29 jun 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB – março de 2009 Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php Acesso em 19 abr 2009.

BRASIL. Parecer nº 699, de 06 de julho de 1972, CFE. Documenta, Brasília, nº 140, p. 302-337, jul., 1972.

BRASIL. Parecer nº. 460, de 6 de fevereiro de 1975, MEC/CFE. Dispõe sobre a habilitação em nível de 2º grau de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 fev. 1975. Documenta, v. 171, p. 20-26.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, v.138, n. 250, p. 85, 29 dez. 2000. Seção 1.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Define as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, v.89,, nº n.46E, p. 67, 7 mar. 2001, Seção 1.

BRASIL. Lei nº 5.692/71 de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legislacao/publicacoes/república>.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica**, n 7, ano II, março, 2001 Disponível em [dtr2004.saude.gov.br/dab/ documentos/informes/psfinfo7.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo7.pdf) . Acesso: 11 jun. 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 318 p.

CAREER SERVICES. **Dental Therapist**. Summary. 2007. Disponível em: <http://www.careers.govt.nz/default.aspx?id0=103&id1=J35152> Acesso: 07 jun. 2007.

CARVALHO, C. L. **Dentistas práticos no Brasil**: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Rio de Janeiro, 2003. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

_____. **Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS**. Volume 2, Área Curricular IV, Texto n. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CASTRO SANTOS L. A. de; FARIA, L. R. de. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. **Teoria e Pesquisa**, São Paulo, n. 40/41, p. 137-181, 2002.

_____. **A reforma sanitária no Brasil**: ecos da Primeira República. Bragança Paulista, SP: EDUSF, 2003. 204 p.

CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitário na República Velha: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados — Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, pp. 193-210, 1985.

CASTRO, J.R.F. de. **Contribuição aos estudos de produtividade em Odontologia**. Uma técnica de trabalho com e sem auxiliar odontológica, na execução de restaurações de amálgama e resina composta, em consultório montado com armário-equipos. Araraquara, 1973. Tese de Doutorado em Ciências/ Faculdade de Farmácia e Odontologia de Araraquara.

CASTRO, J.R.F. de; PORTO, F. de A. Organização do trabalho para execução de restauração de amálgama: operador com e sem auxiliar odontológica. **RGO**, Porto Alegre, n. 4, p. 224-226, 1977.

CAVALCANTI, R. A. M. de S. **O técnico em higiene dental e a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**: a necessidade de um novo perfil profissional. Salvador, 2003. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

CASA DE OSWALDO CRUZ. **Fundo SESP**. Fiocruz. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/fundo_sesp.htm> Acesso em : 12 jul. 2007.

CHAVES, M. M. A luta contra a cárie dentária. In: EMMERICH, A. (org); FREIRE, A. da S. (org). **Flúor e saúde coletiva**: 50 anos de fluoretação da água no Brasil. Vitória; EDUFES; 2003. p. 97-107.

CHAVES, M. M. El concepto de la odontologia sanitária. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Washington, v. 46, n. 5 p. 472-4 81, mayo 1959.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. Washington; PAHO. 1962.

CHAVES. M. M. Odontologia sanitaria. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Washington. v. 44 n. 1, p. 20-24, enero 1958.

CHAVES, M. M. Responsabilidade da odontologia organizada nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 144, p. 658-668, 1966.

CORDÓN, J. A. & GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. CEBES 1991; 6:10-6.

CORRÊA, M. das D. P. **Utilização de pessoal auxiliar em odontologia** – Delegações de funções. São Paulo, 1982. ...f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade do Estado de São Paulo.

CUNHA, L. A. Ensino médio e ensino técnico na América Latina: Brasil, Argentina e Chile. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 111, p. 47-70, dez. 2000.

DEBONO, L. **La Médecine en Russie de 1801 à 1917**. Besançon, 1997. 264 f. Tese (Doutorado em Medicina) Faculdade de Medicina de Besançon. Disponível em <<http://debono.club.fr/introrussie.htm>> Acesso em 08 set. 2007.

DUNNING, J. M.. Extending the field for dental auxiliary personnel in the United States. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 48, n. 8, p. 1059-1064, aug. 1958.

EDLER, P. **Recursos Humanos**: Estudo descritivo sobre o exercício de odontologia no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1973. 96 p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

EMMERICH, A.; FREIRE, A.da S. F.O experimento controlado da fluoretação em baixo guandu. In: EMMERICH, A. (org); FREIRE, A. da S. (org). **Flúor e saúde coletiva: 50 anos de fluoretação da água no Brasil**. Vitória; EDUFES; 2003. p. 45-59.

FEE E.; BROWN, T. M. Images of Health: Popularizing the Toothbrush. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 94, n. 5, p. 721, may. 2004.

FRAZÃO, P. Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In. ARAUJO, M. E. de; FRIAS, A. C.; JUNQUEIRA, S. R. (Org.). **Manual do Aluno - Odontologia em Saúde Coletiva**. São Paulo: FO-USP, 2007. p. 135 – 150.

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

FREITAS, S. F. T. de. Políticas de formação de recursos humanos em programas comunitários de saúde. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 40, p. 43-47, setembro 1993.

GARZA, S. J. **Utilización y adiestramiento del personal auxiliar de odontología en la América Latina**. Documento n. HP/DH/3. p. 143-183, 1970.

GELBIER, S. 125 years of developments in dentistry, 1880–2005. Part 2: Law and the dental profession. **British Dental Journal**, London, v. 199, n. 7, p. 470-473, oct. 2005.

GIES, W. J. The final report of the committee on the costs of medical care: comment on a misrepresentation of conditions in the practice of dentistry. **Journal of dental research**. Washington, v. 13, n. 1 p. 81-98, February 1933.

GÓMEZ, O; JIMÉNEZ, A; MEJÍA, R. El aporte de la Universidad de Antioquia a la odontología latinoamericana. **Educación Médica y Salud (OPS)**. Washington, v.12, n. 4, p. 349-360, 1978. <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista%208-%20pdf> Acesso em 12 abr. 2006.

GRIGOLETTO, J. C. **Percepção de risco em relação em saúde bucal de indivíduos cadastrados em um núcleo de saúde da família de Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 197 p. 2007.

GUIMARÃES, L. O. C. A auxiliar de higiene dental em serviços de saúde pública. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 6-12, 1963.

HADEN, N. K.; MORR, K. E.; VALACHOVIC, R. W. Trends in allied dental education: an analysis of the past and a look to the future. **Journal of Dental Education**. Washington, v. 65, n. 5, p. 480-495, may. 2001.

HARVEY, J. **Charité bien ordonnée...: La philanthropie, 1896-1919**. McCord Museum. Disponível em : < http://www.mccord-museum.qc.ca/fr/clefs/circuits/tourID/VQ_P3_7_FR > Acesso em 17 jan 2007.

HOCHMAN, G. **A Era do saneamento**. As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998. 261 p.

HOLT, R. D.; MURRAY, J. J. An evaluation of the role and clinical contribution of New Cross dental therapists. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v. 73, n. 3, p 187-190, March 1980.

HOSKIN, S. Puke Ariki. Taranaki Stories. Science And Medicine: A career to get your teeth into - **Betty Hammonds dental nurse**. 2005a. Disponível em: <<http://www.pukeariki.com/en/stories/scienceAndMedicine/dental+nursing.htm>> Acesso em: 17 jan. 2007.

_____. Puke Ariki. Taranaki Stories. Science And Medicine: A career to get your teeth into - **Betty Hammonds dental nurse. Child's Play: Open wide - dental nursing history**. 2005b. Disponível em:<<http://www.pukeariki.com/en/stories/scienceAndMedicine/dentalhistory.htm>> Acesso: 12 jan 2007.

_____. Puke Ariki. Taranaki Stories. Science And Medicine: A career to get your teeth into - **Betty Hammonds dental nurse. Child's Play: Faye McDonald Dental Therapist**. 2005c. Disponível em:<<http://www.pukeariki.com/en/stories/scienceAndMedicine/dentalfaye.htm> > Acesso em: 12 jan 2007.

IBGE. Tendências Demográficas: Uma análise da população com base nos resultados dos Censos Demográficos de 1940 e 2000. Série **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 20, Rio de Janeiro, 2007.

IEA (Internacional Ergonomic Association). Informações na página. Disponível em <http://www.iea.cc/index.php> . Acesso em 03 out. 2007

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C. Saúde Bucal Coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode, SM, Nunes, SG. **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

JUSTEN FILHO, M. **Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos**, São Paulo, Dialética, 2005.

KORNIS, G. E. M. A.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. **Produção intelectual em saúde bucal na perspectiva coletiva: uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2006 /**, - Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006. Estudos em Saúde Coletiva (Série). UERJ/IMS. Rio de Janeiro, n. 222, 26 p. 2006.

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

LAW, F. E.; JOHNSON, C. E.; KNUTSON, J. W. Studies on Dental Care Services for School Children-First and Second Treatment Series at Woonsocket, Rhode Island. **Public Health Reports**, Rockville, v. 68, n. 12, p. 1192-1198, December 1953.

_____.Studies on Dental Care Services for School Children-Third and Fourth Treatment Series at Woonsocket, Rhode Island; **Public Health Reports**, Rockville, v. 70, n. 4, p. 402-409, April 1955.

LIÑAN, M. B. G. **A formação profissional do atendente de consultório dentário (acd) e do técnico de higiene dental (thd) frente às exigências da atual lei de diretrizes e bases da educação**. São Paulo, 2000. 282 p. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

LIÑAN, M. B. G.; **Trabalho e formação profissional do Atendente de consultório dentário (ACD) e do tecnico em higiene bucal (THD)**. São Paulo, 2005. 356 p. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo

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**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 297-316, julho 2007

LOURENÇO, E. DO C. **A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais**. Piracicaba, 2005, 90 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva.) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’ – anos 80. *Physis*, **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1991.

MALVÁREZ, S; MANFREDI, M et all (não especificados). **Bases para um plano de desenvolvimento de técnicos em saúde**. Rets - Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/v2005/ccidocs/POR%20-%20Documento%20de%20Referencia.pdf>> Acesso em: 04 set. 2007.

MARSHALL, M. Some Influential Books in the History of Dentistry. **Bulletin of the Medical Library Association**, Chicago, v. 34, n. 3, p. 207–214, Jul. 1946.

MEDEIROS, E. P. G. de. Formação profissionalizante a nível de 2 grau de pessoal auxiliar de odontologia. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 370-374, nov./dez. 1977.

MEDICAL SERVICES. In AN ENCYCLOPAEDIA of New Zealand. New Zealan ed. by A. H. McLintock, 1966. Te Ara - The Encyclopedia of New Zealand, updated 18-Sep-2007. Disponível em: < <http://www.TeAra.govt.nz/1966/M/MedicalServices/en>> Acesso em 23 out. 2007.

MENDES RIBEIRO, C. R. Engenharia fictícia e odontologia real. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 158-62, out./nov./dez. 1968.

MENDONÇA, M. H. M. DE; HEIMAN, L. **A Atenção Primária à Saúde no SUS: O Programa de Saúde da Família**. III CONGRESSO DE CIENCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE – ABRASCO. Julho/2005. Disponível em: <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/informe/arquivos/MH_Mendonca%20.ppt#1> Acesso em : 20 set. 2006.

MORAIS, F. T.; FREIRE, M. A. M. ; AMORIM, W. M. . A saúde pública no Distrito Federal na Primeira Gestão da Diretoria Geral de Saúde Pública (1987-1992). In: IV ENCONTRO DE PROFESSORES E PESQUISADORES DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A IV MOSTRA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM NO RIO DE JANEIRO, 2006, Rio de Janeiro. **Anais ...** Rio de Janeiro: EEAP-Laphe, 2006. v. 2. p. 47-47.

MOTLEY, W. E. **American Dental Hygienist Association 75 Anniversary Scrapbook- Part One- Founding the Dental Hygiene Profession.** 1988. Disponível em <<http://www.adha.org/downloads/history/part1.pdf>> Acesso em: 03 ago 2007.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 113 p

NARVAI, P. C. Da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp, p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção em saúde bucal. In: KRIGER, L. (org). **Promoção de saúde bucal** - ABOPREV. São Paulo: Ed. Artes médicas, 1997. p. 448-463.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília : OPAS – Representação do Brasil, 1997.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n. 3, p. 107-116, ago. 1998.

PAIVA, C. H. A. **A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-70)**. Texto preliminar do projeto “História da cooperação técnica em Recursos Humanos em Saúde no Brasil”. (COC/FIOCRUZ-OPAS/OMS). 2004. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf>> Acesso em : 03 ago. 2006.

PASTORE, J.; SILVA, N. do V. **Análise dos Processos de Mobilidade Social no Brasil no Último Século**. Disponível em <<http://www.josepastore.com.br/artigos/emprego/114.htm>> Acesso em: 08 dez. 2007

PEÇANHA, A. M. de M. Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - FSESP : um estudo de desenvolvimento institucional. **Revista da Fundação SESP**, Rio de Janeiro, v.1, nº 1, p. 63-115, 1976.

PEZZATO L. M.; MONTEIRO, M. I.; BAGNATO M. H. S. B. 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.

PUDER, E. P. The New Zealand Dental Nurse. **American journal of public health and the nation's health**, New York, v. 60, nº. 7, p. 1259- 1263, july 1970.

RET-SUS NOTÍCIAS. **Acordo sobre a regulamentação do THD.** 2005. Disponível em <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=44>> Acessado em 23 fev 2006.

RET SUS REVISTA. **THD e ACD:** polêmica sobre profissões permanece. Projeto de Lei que regulamenta as profissões está em tramitação. n. 8. Maio 2005. Disponível em <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista%208-%20pdf>. Acesso em 23 fev 2006.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-63.

RONCALLI et all. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva:** v. II (1), jan/mar 1999

ROSIELLO, S. L. Estudos de Tempo e Movimento em Operatória Dental - II. Utilização da Auxiliar Odontológica. **Boletim de La Oficina Sanitária Panamericana.** Washington, v. 57, n. 2, p. 157-166, ago. 1964.

SATUR, J. **The development of the dental therapy profession.** The Australian Dental and Oral Health Therapists. 2005. Disponível em: <<http://www.adta.net.au/Documents/Dental%20Therapy%20History.pdf> > Acesso em: 07 out. 2006.

SERRA, C. G. **A Saúde Bucal como Política de Saúde**. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Rio de Janeiro, 1998. 204 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S. J.. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCHI, Ivone de Paiva. **Promoção de saúde na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 23-37

SORICELLI, D. A. Implementation of the delivery of dental services by auxiliaries-the Philadelphia experience. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 62, n. 8, p. 1077-1087, Aug. 1972.

TORNERO, N. O emprego de auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento: breve histórico. **Revista de Saúde Pública**, S. Paulo, v. 13, n. 3, p. 254-261, Sept. 1979.

TRAVASSOS, C. **Acesso e utilização de Serviços de Saúde**. Primeiros Resultados do Suplemento Saúde da PNAD 2003. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/artigos/Apresentacao%20PNAD2003%2001-07.pdf>> Acesso em: 29 jun 2005

UNIVERSITY OF BRIDGEPORT. History of the Fones School of Dental Hygiene. 2005-2008. Disponível em < <http://www.bridgeport.edu/pages/2309.asp> > Acesso em: 07 abr. 2006.

VERTUAN, V. – Análise das condições sócio-econômicas dos cirurgiões-dentistas em Araraquara. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 210-17, jul./ago. 1972.

VIEGAS, A. R. A importância da utilização de pessoal auxiliar em odontologia. **Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 25-41, jun. 1966.

WALLS, R. M. Use of Auxiliary Personnel in Dental Care Programs. **American journal of public health and the nation's health**, New York, v. 39, n. 4, p. 517-524, April 1949.

WATERMAN, G. E. Effective Use of Dental Assistants. **Public Health Reports**, Rockville, v. 67, n. 4, p. 390-393, Apr., 1952.

WATERMAN, G. E.; KNUTSON, J. W. Studies on Dental Care Services for School Children-First and Second Treatment Series at Richmond, Indiana. **Public Health Reports**, Rockville, v. 68, n. 6, p. 583-589, June 1953.

_____. Studies on Dental Care Services for School Children-Third and Fourth Treatment Series at Richmond, Indiana. **Public Health Reports**, Rockville, v. 69, n. 3, p. 247-254, Mar. 1954.

WELSHMAN, J. The Dental Auxiliary: A Historical Perspective. . In: CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE, 2000, Paris. **Programme**. Disponível em: <<http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhad/iahd.htm>> Acesso em 08 set. 2007.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. O trabalho realizado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde. Niterói, 1994. 84 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia Sócia. Universidade Federal Fluminense.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas do Mal-estar Social no Sistema Nacional de Saúde Tardio**: o caso das Políticas de Saúde Bucal, no Brasil dos anos 80. Rio de Janeiro, 1993. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

_____. (Coord.). **Pesquisa Razões práticas**: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do PSF (aferindo a validade externa do instrumento de pesquisa). Brasília: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB). 2005. 68 p. (Ministério da Saúde). Projeto concluído.

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