

A inserção de técnicos em saúde bucal: questões em disputa na Política Nacional de Saúde Bucal

The insertion of oral health technicians: issues in dispute in the National Oral Health Policy (abstract: p. 16)

La inserción de técnicos en salud bucal: cuestiones en disputa en la Política Nacional de Salud Bucal (resumen: p. 16)

Ana Maria Freire de Souza Lima^(a)

<anamariafreire@ufrb.edu.br> 

Sônia Cristina Lima Chaves^(b)

<schaves@ufba.br> 

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos Amaral, 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. 44574-490.

^(b) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

Analisou-se a inserção de técnicos em saúde bucal (TSB) na equipe de saúde bucal a partir de 2003 e questões em disputa na Política Nacional de Saúde Bucal. Estudo de abordagem sócio-histórica apoiado na sociologia de Pierre Bourdieu. Realizou-se análise documental, da literatura e entrevistas em profundidade com agentes formuladores e gestores da Política Nacional de Saúde Bucal. Houve baixa adesão à equipe com TSB pelos municípios brasileiros e evidências de manutenção das relações tradicionais de divisão do trabalho odontológico, subutilização do TSB e maior atuação em prevenção. A dominação simbólica do polo do mercado prevalece no serviço público e no espaço odontológico mais amplo, mesmo com conquistas na regulamentação profissional. Essa inserção ainda não se consolidou. As limitações das apostas da política, particularmente a questão do TSB, devem subsidiar novas ações, considerando a dominação simbólica e possíveis formas de enfrentá-la.

Palavras-chave: Política de saúde. Saúde bucal. Profissões auxiliares. Técnico em saúde bucal. Dominação simbólica.

Introdução

As equipes de saúde bucal (eSB) podem ser compostas por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB), na modalidade I, ou por CD, ASB e TSB, na modalidade II, desde a sua inserção na Atenção Básica no ano 2000. As siglas ASB e TSB referem-se às trabalhadoras e aos trabalhadores técnicos de nível fundamental e médio da saúde bucal, grupo constituído no Brasil predominantemente por mulheres¹. A trajetória desse grupo inicia-se no Brasil na década de 1950, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), incorporou ações inspiradas no modelo norte-americano, da odontologia sanitária e do sistema incremental, com ênfase em programas preventivos e educativos, posteriormente incorporado pela odontologia escolar². A difusão desses modelos ocorre em paralelo à emergência desses trabalhadores no país e permanece influenciando suas práticas^{2,3}.

As primeiras regulamentações dessas profissões foram em 1975, promovidas pelo Ministério e Conselho Federal de Educação, e em 1984, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO)^{4,6}. O primeiro Projeto de Lei (PL) regulamentador foi criado em 1989, porém, vetado pelo presidente Itamar Franco^{4,6,7}. Em 2000, nova tentativa foi rejeitada, e em 2003 o PL 1.140, do deputado Rubens Otoni (PT/GO), resultou na Lei 11.889, sancionada em 2008^{5,6}. A expansão desses profissionais a partir dos anos 1980, no contexto da Reforma Sanitária, e a história da formação e incorporação de novas práticas estão bem documentadas na literatura, assim como avanços e dificuldades, sobretudo relacionadas à incorporação de TSB na equipe de saúde bucal¹⁻⁷.

A literatura mundial defende essa incorporação pela ampliação da cobertura, acesso e qualidade dos serviços; e redução dos custos e das desigualdades em saúde bucal^{6,8-11}. A divisão do trabalho odontológico é marcada historicamente por disputas pela regulamentação em muitos países⁹⁻¹³. Terapeutas e higienistas, por exemplo, exercem funções que no Brasil são exclusivas do CD¹⁴.

Mesmo em sistemas universais de saúde, como os presentes no Canadá e Reino Unido, a atenção odontológica é bastante influenciada pelo livre mercado, que desde a expansão do capitalismo no final do século XIX e começo da profissionalização da Odontologia produziu e mantém um ideário liberal-privativista^{2,15}. A “Odontologia de mercado”, na qual a assistência ocorre mediante pagamento direto ou indireto pelo usuário, influencia globalmente a organização das práticas de saúde bucal nas esferas privada e pública². No Brasil, a partir de 1980, emergiu um espaço de defesa da saúde bucal como direito universal e de um modelo de atenção que visa ir além da Saúde Pública tradicional e da Odontologia sanitária e escolar, a Saúde Bucal Coletiva (SBC)¹⁶. Esse espaço compõe o “polo universal” de luta pela “saúde bucal igual para todos”, e alguns dos seus agentes ocuparam o campo burocrático gestor da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) a partir de 2003. A demarcação desses polos, universais e da Odontologia de mercado, foi baseada na definição de espaço social de Pierre Bourdieu¹⁷. Trata-se de um recurso sociológico para analisar a estrutura e dinâmica das relações mantidas pelos agentes envolvidos nas disputas em torno de um interesse comum, nesse caso, a saúde bucal^{17,18}. Esses polos não são separados e observam-se disputas em torno desse interesse, cuja correlação de forças também depende da posição dos agentes nos campos ou espaços sociais específicos e no espaço social mais amplo.

Na análise da PNSB^(c), de 2003 a 2018, o incentivo à inserção de TSB na eSB do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma das apostas realizadas pela gestão nacional. Assim, analisaram-se as transformações em torno dessa inserção e as principais questões em disputa sobre o tema, considerando as tomadas de posição^(d) dos formuladores da política.

Método

Estudo de abordagem sócio-histórica, com análise documental e bibliográfica de dados secundários e entrevistas em profundidade com agentes envolvidos com a formulação da PNSB, de 2003 a 2010. Apoiou-se na sociologia de Bourdieu, nas noções de espaço social, campo, *doxa*, *habitus*, agentes e dominação simbólica. A PNSB foi compreendida enquanto uma resposta do Estado que interferiu no espaço odontológico mais amplo, no qual interagem agentes com diferentes inserções, como nos campos científico e burocrático e em espaços específicos, como o da Saúde Bucal Coletiva e das entidades odontológicas. O campo é um microcosmo social relativamente autônomo, com leis próprias, e um campo de jogo e de disputas^{17,19,20}.

Bourdieu^{17,19} aponta que há um espaço de pontos de vista sobre determinada questão resultante da estrutura das posições e trajetórias dos agentes, orientada pelo *habitus*, um sistema adquirido de preferências, classificações e percepções, ligados ao campo. Os agentes lutam para transformar ou conservar a estrutura do espaço e disputam o discurso legítimo, a *doxa*, com forças e capitais que dependem da sua posição no campo e no espaço social²⁰. Um indivíduo pode atuar em diversos campos ao mesmo tempo, e o seu senso prático perpassa por relações de dominação simbólica^{17,19}.

As principais disputas e tomadas de posição no espaço odontológico podem ser relacionadas ao polo do mercado e ao polo universal. Este último é composto por agentes interessados, não dominantes, e atuantes no espaço de luta pela defesa da saúde como direito universal. No Brasil, eles estão no espaço da SBC ou são influenciados por este¹⁶. O polo do mercado está mais próximo ao campo econômico, defende a prática liberal e objetiva o lucro dela decorrente^{2,16}. Há o subespaço da indústria de equipamentos e insumos, as distribuidoras, as operadoras de seguros saúde, as clínicas, os trabalhadores técnicos e cirurgiões-dentistas, bem como dentistas proprietários de consultórios ou clínicas. Além da própria PNSB e da regulamentação da formação, o Estado aparece em diversas outras instâncias, entre elas, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Estão presentes também no espaço odontológico as associações de classe, como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO); as sindicais, como a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) e a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO); a rede de Escolas Técnica do SUS (RET-SUS); as faculdades de Odontologia públicas e privadas; a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e os diversos cursos de pós-graduação. A disposição desses agentes e instituições não é aleatória no espaço, e há dominantes e dominados¹⁷.

Parte-se da premissa de que agentes do polo universal ocuparam posições de poder no interior do campo burocrático gestor da PNSB entre 2003-2015, com atuação mais coesa enquanto grupo até 2010. Isso possibilitou enfrentamentos às *doxas* dominantes

^(c)Essa pesquisa é parte da tese de doutorado intitulada "Política Nacional de Saúde Bucal: análise sócio-histórica de 2003 a 2018", da Universidade Federal da Bahia, iniciada em 2018 e em fase de conclusão.

^(d)As tomadas de posição são analisadas por meio das estratégias dos agentes, de suas escolhas, de seus posicionamentos e de suas publicações^{19,20}.

no espaço odontológico brasileiro e a abertura dos possíveis. Contudo, Bourdieu reforça que inovações, progressos e adaptações são invenções sob pressão estrutural, e a cada momento o “universo dos possíveis” realmente possíveis é fechado, havendo sempre interesse de certos possíveis em detrimento de outros¹⁹.

Assim, buscou-se identificar as principais ações da gestão nacional para implementação da eSB modalidade II, de 2003 a 2010, e a série histórica dessas equipes, de 2003 a 2018, por meio de publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS) (quadro 1). Esses dados foram analisados com a construção do espaço de pontos de vista sobre a inserção de TSB, a partir de 16 agentes sociais, selecionados por estarem mais diretamente envolvidos com a gestão da PNSB no período. A coleta de dados e entrevistas ocorreram entre 2019 e 2021. As trajetórias foram analisadas a partir das entrevistas e currículos *lattes*. O Quadro 2 apresenta esse grupo de entrevistados (E) por região, gênero, raça/cor/ etnia, campos e espaços predominantes de atuação, experiência e posse de consultório odontológico privado, experiência no serviço público e participação referida em movimentos, associações e/ou entidades.

O recorte temporal corresponde aos períodos do governo de Luís Inácio Lula da Silva (Lula), por apresentar dois marcos relevantes: a publicação da PNSB (2004) e da Lei 11.889 (2008).

Quadro 1. Referências da análise documental e de dados secundários.

Ano	Referência
2003	Portaria nº 396/GM (04/04/03). Reajusta o financiamento do PSF, ACS e ações de Saúde Bucal.
	Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 335 (27/11/03). Aprova a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS e os Polos de Educação Permanente.
2004	Portaria nº 198/GM/MS (13/02/2004). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
	Portaria nº 74/GM (22/01/2004). Reajusta os incentivos financeiros das eSB no PSF e insere procedimentos de prótese na Atenção Básica.
	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.
	Perfil de Competências do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário.
2005	Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.
2006	Portaria nº 648/GM (28/03/2006). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
	Cadernos de Atenção Básica (n. 17) – Saúde Bucal.
	Portaria nº 650/GM (29/03/2006). Define valores do PAB fixo e variável para PSF e PACS.
2007	Portaria GM/MS nº 1.996 (20/08/2007). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
2008	Portaria nº 3066/GM (23/12/2008). Define valores do PAB variável para ESF e Saúde Bucal.
	Lei Federal n. 11.889 (24/12/2008). Regulamenta o exercício das profissões de TSB e ASB.
	Relatório de Gestão. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
2009	Portaria nº 2372/GM (07/10/2009). Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para a ESF.
	Port. Nº 3189/GM (18/12/2009). Dispõe sobre a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).
2010	Carta do XX Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO). Vitória, ES.
	Relatório de Gestão. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
2011	Portaria nº 1599/GM (9/07/2011). Define valores do PAB variável das ESF, eSB e ACS.
2015	Manual do TSB e ASB Volume 1. Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.
2021	Relatórios Públicos e-Gestor Atenção Básica. Histórico de Cobertura e do quantitativo de equipes e serviços custeados. Acesso em 23/04/2021.
	Estatísticas. Conselho Federal de Odontologia. Acesso em 30/06/2021.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2. Entrevistados participantes da formulação e implementação da PNSB, 2003-2010, Brasil.

Agente	Gênero e raça/cor/etnia autodeclarada*	Região de atuação	Campo(s)/ espaço(s) predominante(s)	Experiência em consultório	Teve consultório	Experiência no serviço público odontológico	Participação referida em movimentos estudantis/profissionais/associações/entidades*
1	M/B	Sudeste	Científico	Não	Não	Sim	ME, Cebes, MBRO, Enatespo, Abrasco, Abrasbuco
2	M/S	Centro-Oeste	Burocrático/espaço das entidades odontológicas	Sim	Sim	Sim	ME, Enatespo, FIO
3	F/S	Centro-Oeste	Burocrático/espaço das entidades odontológicas	Sim	Sim	Sim	ME, Enatespo, FIO, sindicatos, Setorial de Saúde de partido político
4	M/P	Norte	Burocrático/espaço das entidades odontológicas	Sim	Sim	Sim	ME, Enatespo, sindicatos, CRO
5	M/B	Sul	Burocrático/científico	Não	Não	Sim	ME, Enatespo
6	F/B	Sul	Burocrático/científico	Sim	Sim	Sim	Enatespo
7	M/B	Sul	Científico	Sim	Sim	Sim	ME, MBRO, Cebes, Enatespo
8	M/B	Sudeste	Burocrático/espaço das entidades odontológicas	Sim	Sim	Sim	ME, MBRO, Enatespo, Cebes, CRO
9	M/B	Sudeste	Científico	Sim	Sim	Sim	MBRO, Enatespo, Abrasco
10	M/ B	Nordeste	Burocrático/político	Não	Não	Sim	ME, CRO, Setorial de Saúde de partido político
11	M/ B	Nordeste	Científico	Sim	Não	Sim	ME, MBRO, Enatespo, Setorial de Saúde de partido político
12	M/B	Sul	Burocrático/científico	Sim	Sim	Sim	ME, Setorial de Saúde de partido político
13	M/S	Nordeste	Burocrático/científico	Não	Não	Sim	ME, Enatespo
14	M/B	Centro-Oeste	Burocrático	Sim	Sim	Não	Sem participação
15	M/B	Sudeste	Burocrático	Sim	Não	Sim	ME, CRO
16	M/B	Sudeste	Burocrático	Sim	Não	Não	Sem participação

*M = Masculino; F = Feminino; B = Branco; P = pardos e pretos; S = sem informação.

**ME = Movimento estudantil; Cebes = Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; MBRO = Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica; Enatespo = Encontro Nacional dos Técnicos do Serviço Público Odontológico; Abrasco = Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Abrasbuco = Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva; CRO = Conselho Regional de Odontologia; FIO = Federação Interestadual dos Odontologistas.

Fontes: Entrevistas e currículos *lattes*.

A literatura foi consultada nas bases SciELO, PubMed, Scopus, Lilacs e Medline, pelos descritores indexados “saúde bucal”, “técnico em saúde bucal”, “pessoal de saúde” e “auxiliares de odontologia”. Foram incluídos artigos em língua portuguesa e inglesa, teses, dissertações e capítulos sobre o tema, de 2003 a 2020.

Utilizou-se o software N-Vivo 11 para análise documental e das entrevistas, e do Excel, para dados secundários. O estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (parecer n. 1.466.724).

A apresentação e discussão dos resultados foi dividida em duas seções: a primeira com foco na implementação da eSB modalidade II, e a segunda, nas principais questões em disputa que emergiram do espaço dos pontos de vista dos formuladores, considerando sua natureza jurídica, financeira, administrativa, política e ideológica.

Resultados e discussão

A implementação da eSB modalidade II

No período analisado, identificam-se ações do MS para formação, regulamentação e inserção de ASB e TSB na eSB (Quadro 1). Houve reajustes no incentivo financeiro, doação de equipamentos e iniciativas na formação por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Gradativamente essa força de trabalho vem sendo incorporada, porém, principalmente na rede privada, parte dela ainda é treinada pelo próprio dentista^{8,21}.

Cabe destacar que a formação institucionalizada desses profissionais ocorre no Brasil desde os anos 1980 por meio de centros formadores e escolas técnicas, que vão compor a RET-SUS³. A partir de 2004, a SGTES também financiou projetos e expansão de vagas nessa rede, que em 1997 já contava com trinta escolas, passando para 36 em 2014, e para 41 em 2018^{3,22}. Em 2008, foram 14 cursos em nove estados, com 2.928 vagas de TSB. Em 2009, foi lançado o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), formando 1.690 TSB em 2010.

Em 2003, o CFO tinha apenas 4.799 TSB registrados, e, utilizando o parâmetro de 1 TSB/750 habitantes, a melhor relação era no Distrito Federal (1/6.000 habitantes), com alarmante carência nos estados do Tocantins (1/1.230.000 habitantes) e Maranhão (1/325.000 habitantes), e com a média nacional de 1 TSB/36 CD²³. Em 2010, eram 231.610 dentistas, 10.680 TSB e 79.603 ASB. Em 2014, somavam-se 18.847 TSB, contudo, a incorporação desse profissional no SUS foi de apenas 10%²⁴.

A análise revela as insuficiências da implantação das equipes com TSB. A adesão à modalidade II foi baixa em todo o país. Em 2003 eram 5.631 eSB na modalidade I e 539 na modalidade II, passando para 18.731 e 1.693, respectivamente, em 2010. Em 2014, a modalidade II subiu para 2.257, e em 2018 eram 2.145, representando apenas 8,03% das equipes. Houve maior implantação da modalidade II no Sudeste e no Sul (tabela 1).

Tabela 1. Série histórica de implantação das eSBs. Brasil e macrorregiões, 2003 2018

Ano*	Brasil			Norte			Nordeste			Centro-Oeste			Sudeste			Sul		
	eSB Mod I	eSB Mod II	Total	eSB Mod I	eSB Mod II	Total	eSB Mod I	eSB Mod II	Total	eSB Mod I	eSB Mod II	Total	eSB Mod I	eSB Mod II	Total	eSB Mod I	eSB Mod II	Total
2003	5.631	539	6.170	339	10	349	2.968	86	3.054	565	84	649	986	153	1.139	773	206	979
2004	8.234	717	8.951	448	17	465	4.417	122	4.539	708	131	839	1.576	213	1.789	1.085	234	1.319
2005	11.717	886	12.603	695	24	719	6.416	136	6.552	981	145	1.126	2.191	276	2.467	1.434	305	1.739
2006	14.019	1.067	15.086	922	27	949	7.573	154	7.727	1.090	148	1.238	2.759	381	3.140	1.675	357	2.032
2007	14.563	1.131	15.694	1.036	35	1.071	7.710	158	7.868	1.098	182	1.280	3.010	392	3.402	1.709	364	2.073
2008	16.423	1.384	17.807	1.181	51	1.232	8.487	211	8.698	1.267	186	1.453	3.549	521	4.070	1.939	415	2.354
2009	17.465	1.517	18.982	1.331	67	1.398	8.937	215	9.152	1.315	189	1.504	3.786	624	4.410	2.096	422	2.518
2010	18.731	1.693	20.424	1.447	84	1.531	9.433	257	9.690	1.450	201	1.651	4.197	720	4.917	2.204	431	2.635
2011	19.492	1.933	21.425	1.496	86	1.582	9.687	309	9.996	1.513	196	1.709	4.503	906	5.409	2.293	436	2.729
2012	20.155	2.048	22.203	1.543	93	1.636	9.772	306	10.078	1.635	189	1.824	4.773	995	5.768	2.432	465	2.897
2013	21.016	2.134	23.150	1.638	92	1.730	10.191	314	10.505	1.678	184	1.862	4.969	1.089	6.058	2.540	455	2.995
2014	22.066	2.257	24.323	1.748	101	1.849	10.615	322	10.937	1.800	173	1.973	5.200	1.182	6.382	2.703	479	3.182
2015	22.227	2.240	24.467	1.769	106	1.875	10.708	318	11.026	1.813	165	1.978	5.234	1.176	6.410	2.703	475	3.178
2016	22.194	2.190	24.384	1.727	94	1.821	10.599	323	10.922	1.798	156	1.954	5.358	1.157	6.515	2.712	460	3.172
2017	23.721	2.184	25.905	1.859	100	1.959	11.345	320	11.665	1.995	152	2.147	5.719	1.172	6.891	2.803	440	3.243
2018	24.567	2.145	26.712	2.018	113	2.131	11.684	321	12.005	2.163	144	2.307	5.903	1.158	7.061	2.799	409	3.208

*Valores referentes a dezembro. eSB Mod I – equipe de saúde bucal modalidade I; eSB Mod II – equipe de saúde bucal modalidade II. Fonte: Relatórios Públicos e-Gestor AB, Ministério da Saúde, acesso em 23/04/2021.

Em 2018, se pelo menos metade das eSB fosse modalidade II, o SUS teria absorvido 40% dessa força de trabalho (n = 13.356). Em julho de 2021, o CFO registrava 335.929 dentistas, 33.084 TSBs e 146.567 ASBs. A região Sudeste tem 33,4% do total de TSBs, e maioria dos centros formadores e eSBs modalidade II²⁴. Em 2010, Minas Gerais tinha o maior número de equipes modalidade II (n = 520) – seguido de Paraná (n = 386), Goiás (n = 115), São Paulo (n = 113) e Ceará (n = 123) – e continua com mais registros ativos de TSB (n = 4.814) e maior número de eSB modalidade II (n = 769). A melhor implantação no Sudeste e Sul, além dos melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) em ambas as regiões, refletem diferenças nos investimentos e reforçam a importância da indução federal na redução das disparidades regionais²⁵.

Em Belo Horizonte, em 2007, foi realizada qualificação das equipes e criação de protocolo, incluindo a prática da restauração atraumática²⁶. Nesse ano, a cidade apresentava 189 eSBs, com 27,17% de cobertura populacional e 53 eSBs modalidade II (28%). Destaca-se o estudo de Sanglard-Oliveira *et al.*¹² pela abrangência da amostra de TSBs (n = 231) e por revelar que mais da metade realizavam ações diretas intrabucais. Estudos mais recentes sobre Minas Gerais reforçaram associação positiva entre a modalidade II e melhora nos indicadores e processo de trabalho^{25,27}. Entretanto, considerando todo o país, houve pouca absorção de TSBs nos serviços, que, frequentemente, exercem funções de ASBs^{21,24,28,29}. No SUS, verifica-se maior participação em atividades de promoção e prevenção, aspecto revelador, em alguma medida, da persistência do modelo da FSESP^{3,24,28,30-32}.

Na regulamentação profissional, o principal destaque foi a criação da n. Lei 11.889, em 2008. Enquanto ato do Estado e marco regulatório, representou uma conquista, incluindo maior respaldo para disputas no campo jurídico e mercado de trabalho. Frazão e Narvai⁷ compararam essa lei com normativas anteriores e concluíram que, apesar da redução quantitativa, tiveram ganhos no escopo das ações diretas e viabilidade de outras ações. Já Zanetti *et al.*¹³ consideram que houve revisões e atualizações de competências anteriores, com ambiguidades. Oliveira⁵ aponta perdas na redação durante a tramitação do PL, e os substitutivos mantiveram limites técnicos e corporativos. Nesse debate, as entidades se dividiram. Foi realizada audiência pública em 2005 na Câmara dos Deputados e novas mudanças a partir de acordo entre a FIO, o CFO, a ABO e a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas. Na percepção de lideranças de TSBs e ASBs, apesar de algumas perdas no texto, a lei foi uma conquista histórica⁵.

A dominação jurídica e simbólica do CD em torno das competências de TSB se mantém no Brasil⁹. As ambiguidades e limitações da lei contribuem para manter o *status quo* dominado desse profissional^{5-7,13,24,28}. Essa questão foi apontada em Uberlândia, MG, como um dos principais motivos para o não exercício da profissão, aliado aos baixos salários e à falta de valorização por parte do CD²⁹. Em Vitória, ES, além desses aspectos, foi sublinhada a ausência de um segundo equipamento odontológico; de protocolos; e de tempo e condições de trabalho para construção de planejamento do trabalho compartilhado entre TSB e demais membros da equipe de saúde bucal, no caso o dentista (CD) e o auxiliar de saúde bucal (ASB)³³. Por fim, há também um mercado de trabalho competitivo, com CD e TSB recebendo salários semelhantes³³.

O espaço dos pontos de vista de agentes formuladores: principais questões em disputa

O grupo de formuladores da PNSB apresentou predomínio de trajetória vinculada ao campo burocrático (n = 12), seguido do científico (n = 8) e do espaço das entidades odontológicas (n = 4). Houve diversidade regional, mas com menor representação da região Norte (n = 1). Maioria de homens (n = 14) e raça/cor/etnia autodeclarada branca (n = 13) (quadro 2). Verificou-se homologia da dominação branca e masculina nesse recorte, enquanto fração dominante no campo do poder da burocracia estatal³⁴.

Para esse grupo, a realização de ações intrabucais diretas pelo TSB é a principal questão em disputa.

Ainda fazem a leitura de que aquelas pessoas estão tomando o lugar dos dentistas, estão fazendo coisas que eram para ser exclusivamente só dentistas [...]. (E10)

A proposta inicial era uma ampliação maior de atribuições, poder realizar restaurações, fazer processos de periodontia maiores do que os que estão na legislação, exercer o papel que os higienistas de certa forma desenvolvem em outros países. (E8)

Zanetti *et al.*¹³ discutem que, no Brasil, as disputas pelas fronteiras jurisdicionais de competências são marcadas por três principais correntes ideológicas: do profissionalismo, da administração científica e administrativa-política. Essa proposta converge com a classificação de Vieira-da-Silva¹⁸ dos polos de mercado e da saúde pública tradicional e universal. Bourdieu^{18,20} afirma que, apesar de serem independentes, há uma homologia entre o espaço de posição dos agentes e o espaço de tomadas de posição. Verificamos essa homologia nos entrevistados. Mesmo com 75% (n = 12) tendo alguma experiência em consultório privado, a participação em movimentos e organizações defensoras da Reforma Sanitária e a experiência em serviço público foram diferenciais para entrada e ajustes ao polo universal.

No caso dos dirigentes de entidades odontológicas mais próximas ao polo do mercado, como o CFO, a rejeição tem sido justificada pela reserva de mercado, risco judicial para o CD e a percepção de menor qualidade no trabalho de TSB⁶. Já no polo universal, o TSB foi progressivamente incorporado, ainda que mais na prevenção¹⁴. Agentes desse polo defendem a atuação em equipe; e a ampliação da capacidade de trabalho e do acesso a atenção a saúde bucal no SUS^{6,7}.

Nós falhamos na ampliação das equipes de saúde bucal, quando eu falo de equipe, falo de equipe mesmo, cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares de saúde bucal [...], nós só deveríamos falar de equipe de saúde bucal quando temos de fato a equipe, profissional de nível universitário, de nível médio e profissional auxiliar [...]. (E1)

O ENATESPO de 2010 defendeu que a modalidade I fosse transitória e que os gestores assumissem um prazo para implantação da modalidade II como padrão^{5,6}. O TSB ter ficado como opcional foi uma questão¹³. Essa análise se complexifica diante da necessidade de maior repasse federal e contrapartidas dos outros entes para garantir a composição mínima com TSB, das diferentes realidades epidemiológicas, sociais e econômicas dos municípios, além da autonomia dos níveis de gestão, elementos, frequentemente, desconsiderados ou pouco abordados nos estudos.

Os enfrentamentos no campo político são ressaltados:

[...] os interesses ligados à Odontologia de mercado prevaleceram [...] houve muita pressão, muitos deputados pressionaram para não aprovarem o projeto, foi muito modificado em relação ao que era inicialmente [...] a lei atual ficou ambígua em alguns artigos, essa ambiguidade decorre de defeitos de técnicas legislativas, esses defeitos não são porque as pessoas não souberam escrever o artigo, decorrem da necessidade de compatibilizar interesses e composições que são incompatíveis e que no fundo acabaram expressando concessões à Odontologia de mercado [...]. (E1)

Na dimensão financeira e administrativa, os agentes do campo burocrático sublinham limitações orçamentárias e a Lei de Responsabilidade Fiscal como restrições à ampliação da folha de pagamento. No último reajuste do governo Lula, em 2008, o MS repassava um valor mensal de 2,6 mil reais para eSB modalidade II, apenas 600 reais de diferença para a modalidade I. O salário-mínimo naquele ano custava R\$ 415,00. A contrapartida municipal, portanto, manteve-se alta, sobretudo para municípios que não receberam o equipamento odontológico. As condições precárias dos serviços para inserção de outro equipamento, além da necessidade de ajustes no processo de trabalho, foram ressaltadas.

[...] a estrutura física das unidades que ainda são precárias, tem que ser feita uma nova estrutura de serviços para atender a uma equipe tipo II [...]. (E15)

[...] o Ministério repassava o dinheiro para a implantação e para o custeio, agora quem bancava os recursos humanos eram os municípios e estados, aí estava um dos entraves, porque muitos municípios estavam esgotados do ponto de vista financeiro [...]. (E2)

Nos aspectos políticos e ideológicos, evidenciou-se a força do pensamento corporativo, o *lobby* contrário de dentistas e entidades, e falta de compreensão e/ou oposição de gestores, também influenciados por essas categorias de pensamento. Historicamente, a corporação odontológica demonstra distanciamento da vivência desses profissionais³³. Essas visões dominantes estão presentes em diversos países com distintas realidades sociais e de disponibilidade de CDs^{8,11}.

[...]. O próprio entendimento do gestor, a compreensão do trabalho a quatro mãos, nem todos tem. A lógica do modelo biomédico ainda é muito forte na cabeça dos gestores, então para eles o que resolve é o dentista [...]. (E4)

[...] inclusive, foi uma entidade com faixas que eram contrárias e estendiam as faixas na Câmara Federal contrárias à aprovação do projeto de lei dos técnicos, porque eles diziam que iam tomar espaço de dentistas, era uma questão muito séria [...]. (E2)

Zanetti *et al.*³⁵ compreendem o TSB como um corpo burocrático subjugado a dois outros e, portanto, vulnerável à interação de duas racionalidades, uma mais administrativa, dos gestores, e outra mais corporativa, dos dentistas clínicos. Na administrativa, os autores ressaltam as motivações racionais para a presença de TSB na equipe³⁵. Entretanto, essa racionalidade também sofre influência do *habitus* dominante no campo médico e no espaço odontológico, atrelados aos interesses do polo de mercado, e mantém a correlação de forças desfavoráveis para integração e mais autonomia de TSB^{16,17}.

A redução da capacidade de mobilização e enfretamento político das entidades representantes desses profissionais aparece como uma questão e merece aprofundamento.

[...] o debate foi feito com as entidades nacionais, teve também a participação das entidades representativas dos técnicos e auxiliares de saúde bucal, que hoje está muito desorganizado, mas naquele momento tinha uma organização nacional, com papel importante na definição da lei [...]. (E8)

[...] os organismos de defesa dos técnicos, eles não foram suficientemente fortes, ainda não estão tão fortalecidos [...]. (E6)

Dentre as entidades que se posicionam na defesa dessas profissões destaca-se a FIO, entidade sindical, e sua relação com a Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos em Odontologia (ANATO)^{4,7}. Dirigentes da FIO atuaram na Coordenação Nacional de Saúde Bucal e no Conselho Nacional de Saúde no período. Identificou-se relação entre agentes fundadores da FIO com a ANATO, entidade que teve suas primeiras iniciativas de organização nos anos 1980, após a formação da Comissão Nacional de Auxiliares e Técnicos Odontológicos (CONATO)³⁶. Um dos motivos para sua emergência foi o interesse da categoria em participar das Comissões do CFO, que exigia organização profissional. A CONATO realizou movimentos pela regulamentação desde o primeiro PL, em 1989, e foi precursora da ANATO, que seguiu atuando pela aprovação da lei em 2008^{4,36}.

Houve também o reconhecimento das insuficiências da política de formação de TSBs e da falta de regulamentação da abertura de novas faculdades de Odontologia, o que contribuiu para um número excedente de CDs. A literatura também aponta a expansão descontrolada de CDs como fator de acirramento das disputas jurídicas de competências¹³.

[...] faculdades gerando uma massa de gente com qualidade que vai do muito discutível até de excelência, você vai ter auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal para fazer o quê? Se esses profissionais subempregados fazem exatamente o que esses profissionais deveriam fazer [...]. (E7)

A análise desse espaço de pontos de vista de agentes que ocuparam o campo do poder no campo burocrático da PNSB evidenciou a continuidade de disputas em torno da divisão do trabalho odontológico no Brasil. As hipóteses sobre seus mecanismos de reprodução e diferentes realidades locais requerem aprofundamento. Esse grupo formulador continua disputando a PNSB nos espaços de poder nos campos burocrático, científico e político; e nas entidades odontológicas, e a presente análise pode contribuir para atualização das respostas e políticas federais indutoras em cenários futuros, sobretudo nos quais a correlação de forças no campo do poder estatal esteja novamente favorável ao polo universal.

Conclusão

A inserção na equipe de saúde bucal de TSBs conforme defendido pelo polo universal pode se tornar um “possível” morto, ou seja, não realizado historicamente, conforme análise apoiada no referencial de Pierre Bourdieu. A despeito dos esforços nos campos jurídico, burocrático, político e espaço das entidades, a modalidade II teve baixa implantação, com tendência de queda desde 2014. A Lei 11.889 foi uma conquista, porém, o texto final manteve o monopólio dos dentistas na prática profissional, sem ganho de autonomia para TSB. A participação desses trabalhadores de nível fundamental e médio no espaço de formulação da PNSB não foi evidenciada. O incentivo nacional de custeio mensal manteve-se pouco atrativo aos gestores. Nos lugares nos quais a inserção aconteceu, predominam relações tradicionais de divisão do trabalho odontológico e subutilização de TSBs. A dominação jurídica, prática e simbólica do polo do mercado prevalecem no SUS e no espaço odontológico mais amplo. A abertura dos possíveis proporcionada pela PNSB ainda não foi suficiente para provocar mudanças na *doxa* e no *habitus* dominantes em torno dessa questão. Transformações nos processos de trabalho seguem em disputa na micropolítica da gestão e dos serviços. Mantêm-se como agentes interessados TSBs, dentistas, entidades e pesquisadores do polo universal. Estudos que atualizem informações e analisem as ações e posicionamentos de TSBs enquanto protagonistas, bem como de agentes do polo de mercado, sobre o tema são necessários.

A perspectiva sociológica de análise política empreendida enfatiza o papel da dominação simbólica para legitimar o *status quo* e conferir aparência de “natural” às relações de dominação. É preciso conhecer e reconhecer as regras e leis iminentes do campo e objetos em disputa para continuar a “jogar o jogo” e transformá-lo. A análise do caso brasileiro revelou potencialidades e limitações das apostas que ainda não se consolidaram no espaço dos possíveis, ainda aberto, e subsidia ações futuras, considerando a persistência dessa dominação e possíveis formas de enfrentá-la.

Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Este estudo teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por meio do Edital 010/2019 – Capes PrInt UFBA – Bolsa de Doutorado Sanduíche.

Conflito de interesse

Ambas as autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor associado

Franklin Delano Soares Forte

Submetido em

27/11/21

Aprovado em

16/03/22

Referências

1. Warmling CM, Cipriani CR, Pires FS. Perfil de auxiliares e técnicos em saúde bucal que atuam no Sistema Único de Saúde. *Rev APS*. 2016; 19(4):592-601.
2. Narvai PC, Frazao P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
3. Pezzato LM, Monteiro MI, Bagnato MHS. Processos de formação do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário no Brasil: algumas memórias. *Odontol Soc*. 2007; 9(1):39-49.
4. Tomazevic JM. Componente educativo na formação e prática profissional do pessoal auxiliar odontológico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2005.
5. Oliveira JAA. O técnico de higiene bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2007.



6. Aguiar DML, Frazão P. A insuficiência da política pública para inclusão do técnico em saúde bucal na atenção primária no Brasil. In: Chaves SCL, organizador. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 297-318.
7. Frazão P, Narvai PC. Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trab Educ Saude*. 2011; 9(1):109-23.
8. Nash DA, Friedman JW, Mathu-Muju KR, Robinson PG, Satur J, Moffat S, et al. A review of the global literature on dental therapists. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014; 42(1):1-10.
9. Aguiar DML, Tomita NE, Machado MFAS, Martins CL, Frazão P. Técnicos em saúde bucal na atenção primária à saúde no Brasil: possibilidades e limitações. *Cad Saude Publica*. 2012; 30(7):1560-70.
10. Potter WB. Expanding the dental workforce to improve access and reduce disparities in oral health. *Am J Public Health*. 2017; 107 Suppl 1:26-7.
11. Yang YT, Chen B, Wanchek T. Dental therapists: a solution to a shortage of dentists in underserved communities? *Public Health Rep*. 2017; 132(3):285-8.
12. Sanglard-Oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na estratégia saúde da família em Minas Gerais, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(8):2453-60.
13. Zanetti CHG, Oliveira JAA, Mendonça MA. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. *Trab Educ Saude*. 2012; 10(2):195-222.
14. Lenza MMO, Rodrigues LG, Lenza MG, Prado MM, Silva RF. Limites de atuação da equipe de saúde bucal em um panorama global. *Rev Bras Odontol Leg*. 2019; 6(3):59-72.
15. Cohen N, Horev T. Policy entrepreneurship and policy networks in healthcare systems – The case of Israel’s pediatric dentistry reform. *Isr J Health Policy Res*. 2017; 6:24.
16. Soares CLM, Paim JS, Chaves SCL, Rossi TRA, Barros SG, Cruz DN. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(6):1805-16.
17. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 11a ed. Campinas: Papirus; 2011.
18. Vieira-da-Silva LM. O campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, FIOCRUZ; 2018.
19. Bourdieu P. Sobre o Estado. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
20. Bourdieu P. *Sociologie Générale. Les concepts élémentaires de la Sociologie*. Paris: Seuil; 2016.
21. Paranhos LR, Tomasso S, Ricc ID, Siqueira DF, Scanavini MA. Atribuições e implicações legais dos profissionais auxiliares da odontologia: visão do próprio auxiliar. *RGO Rev Gauch Odontol*. 2009; 57(1):77-85.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas Técnicas e Centros Formadores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 30 Out 2021]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/ret_sus_rede_escolas_tecnicas.pdf
23. Kovaleski DF, Boing AF, Freitas SFT. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. *Rev Odontol Unesp*. 2005; 34(4):161-5.
24. Reis PAM, Corrêa CP, Martins CB, Gheller MG. O técnico em saúde bucal: atuação deste profissional no serviço público de saúde. *RGSS*. 2017; 6(3):293-305.



25. Amorim LP, Senna MIB, Paula JS, Rodrigues LG, Chiari APG, Ferreira RC. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2021; 30(1):e2020353.
26. Sá EMO, Melo MB, Cavalcanti CAT, Oliveira LA, Pereira NNR, Marques ORA, et al. As atribuições do técnico de saúde bucal: sistematização de práticas. *Trab Educ Saude*. 2011; 8(3):463-84.
27. Cruz ACPDS, Lucas SD, Zina LG, Pinto RDS, Senna MIB. Factors associated with the inclusion of oral health technicians into the public health service in Brazil. *Hum Resour Health*. 2019; 17(1):35.
28. Warmiling CM, Rosa EK, Pezzato LM, Toassi RFC. Competências de auxiliares e técnicos de saúde bucal e o vínculo com o Sistema Único de Saúde. *Trab Educ Saude*. 2016; 14(2):575-92.
29. Prado MMS. Formação e prática profissional do técnico em saúde bucal: um estudo sobre a percepção de egressos [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
30. Liñan MBG, Bruno LENB. Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental. *Trab Educ Saude*. 2007; 5(2):297-316.
31. Oliveira DGO. O técnico em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família [trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
32. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos-Neto ET, Zandonade E. O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saude Soc*. 2012; 21(2):372-85.
33. Galvêas EA, Esposti CDD, Santos-Neto ET, Oliveira AE. Relações entre cirurgiões-dentistas e técnicos em saúde bucal na política nacional de saúde bucal. In: Sodré F, Andrade MAC, Lima RCD, Garcia ACP, organizadoras. *Gestão em saúde: reflexões no campo da saúde coletiva*. Vitória: Emescam; 2016. p. 275-97.
34. Abreu MAA, Meirelles RL. Mulheres e homens em ocupação de cargos de direção e assessoramento superior na carreira de especialista em políticas públicas e gestão governamental. Brasília: IPEA; 2012.
35. Zanetti CHG, Guimarães P, Lima MAU. 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: UNB, CEAM, NESP, ObervaRH; 2006.
36. Associação Nacional dos Técnicos Odontológicos. Vídeo Institucional [Internet]. Brasília: ANATO; 2021 [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <http://www.anato.org.br/video-institucional-anato/>



The research analyzed the insertion of Oral Health Technicians (OHT) in the oral health team from 2003 and issues in dispute in the National Oral Health Policy. The study used a social-historical approach based on Pierre Bourdieu's sociology. Documentary and literature analysis and interviews were carried out with formulators and managers of oral health policy. The municipalities presented low adhesion to teams with OHT, as well as there was evidence of maintenance of the traditional relationships of division of dental work, underutilization and greater performance in prevention. The symbolic domination of the market axis prevails in the public service and in the wider dental space, even with achievements in professional regulation. This insertion has not yet been consolidated. The limitations of policy bets, in particular this issue of OHT, should subsidize new actions, considering this symbolic domination and possible ways to tackle it.

Keywords: Health policy. Oral health. Auxiliary professions. Oral health technician. Symbolic domination.

Se analizó la inserción de técnicos en salud bucal (TSB) en el equipo de salud bucal a partir de 2003 y cuestiones en disputa en la Política Nacional de Salud Bucal. Estudio de abordaje sociohistórico apoyado en la sociología de Pierre Bourdieu. Se realizó un análisis documental de la literatura y entrevistas en profundidad con agentes formuladores y gestores de la Política Nacional de Salud Bucal. Hubo baja adhesión al equipo con TSB por parte de los municipios brasileños y evidencias de mantenimiento de las relaciones tradicionales de división del trabajo odontológico, subutilización y mayor actuación en prevención. La dominación simbólica del polo del mercado prevalece en el servicio público y en el espacio odontológico más amplio, incluso con conquistas en la reglamentación profesional. Esa inserción aún no se ha consolidado. Las limitaciones de las apuestas de la política, particularmente la cuestión del TSB, deben subsidiar nuevas acciones, considerando la dominación simbólica y posibles formas de enfrentarla.

Palabras clave: Política de salud. Salud bucal. Profesiones auxiliares. Técnico en salud bucal. Dominación simbólica.