

Relação entre trabalho especializado e técnico:

o caso da ortodontia à luz da bioética clínica amplificada

Doris Gomes^(a)
Mirelle Finkler^(b)

Gomes D, Finkler M. The relationship between specialized and technical work: the case of orthodontics from the perspective of amplified clinical bioethics. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1111-22.

In the reorganization of the oral health field, the transition to team relationships is an ethical-political challenge. This is an exploratory, descriptive and qualitative study, and gathered data through semi-structured interviews with 11 orthodontists who were examined through discursive analysis. The results disclosed ethical problems, such as the ideology of professionalism, confusion of competences with technical work, and hierarchy in opposition to the construction of leadership. Amplified clinical bioethics revealed a tendency to stick to traditional knowledge and procedures. The search to overcome commercialization and hierarchy suggests that practice is becoming co-managed and qualified for deliberation, based on solidarity, dialogue and cooperation, from undergraduate to *lato sensu* graduate courses.

Keywords: Oral health. Dentistry. Orthodontics. Job market. Bioethics.

Na reorganização da saúde bucal, percebe-se, como desafio ético-político, a transição para as relações em equipe. Aplicou-se pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa, que coletou dados por meio de entrevistas semiestruturadas com 11 ortodontistas, analisados por Análise Textual Discursiva. Evidenciam-se problemas éticos como: ideologia do profissionalismo; confusão de competências com o trabalho técnico; e hierarquização em contraposição à construção de liderança. À luz da bioética clínica amplificada desvela-se uma tendência à persistência de saberes e fazeres tradicionais. A busca pela superação da mercantilização e hierarquização sugere uma prática cogestionada e capacitada à deliberação, a partir da solidariedade, diálogo e cooperação, da graduação à formação *lato sensu*.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Odontologia. Ortodontia. Mercado de Trabalho. Bioética.

^(a) Associação Educativa do Brasil (Soebras). Rodovia Rafael da Rocha Pires, 3913, Sambaqui. Florianópolis, SC, Brasil. 88051-001. dorisgomes@bol.com.br.

^(b) Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. mirellefinkler@yahoo.com.br.

Introdução

A crise profissional da odontologia das décadas de 1980-90, como resultado da transição epidemiológica da doença cárie associada ao crescimento exponencial no número de cirurgiões-dentistas (CD) no Brasil, culmina com o esgotamento do tradicional modelo liberal-individual em consultório e na ampliação da competitividade interpares. A exigência de produtividade-lucratividade transforma a opção pelo trabalho especializado em necessidade de sobrevivência no mercado, grande parte, em novo formato clínico-empresarial que absorve Auxiliares (ASB) e Técnicos de Saúde Bucal (TSB) sob perfil tradicional de equipe de produção¹. A ortodontia, uma especialidade historicamente acessível a poucos, tem apresentado um aumento significativo de sua abrangência populacional a partir da ampliação do acesso e formação de novos especialistas², em novos formatos de equipes de trabalho.

No setor público-estatal, a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família em 2000, incrementada significativamente pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) “Brasil Sorridente” a partir de 2004, expandiu e reorganizou o serviço de atenção básica e especializada com implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, incorporando a ortodontia e a implantodontia no serviço especializado, a critério da gestão municipal³. O tratamento ortodôntico no serviço público ganhou força com a Portaria Nº 718/SAS de 2010, que inclui, na gama de procedimentos dos CEOs, intervenções corretivas e preventivas das deformidades bucofaciais².

O serviço odontológico, construído como padrão moderno de saúde e qualidade de vida na junção do ramo médico denominado estomatologia com uma “arte dentária” prática e comercial^{4,5}, foi consolidado sob o imaginário liberal-privatista nos moldes de um serviço clínico-individual e biomédico⁶, prestado por CDs e ancorado no hegemônico Estilo científico de Pensamento multicausal-biologicista⁷. Entretanto, sempre se manteve um mercado paralelo de prestadores informais da “arte dentária”, voltado às populações de baixa renda nas periferias dos centros urbanos ou nas regiões do país com escasso acesso aos serviços odontológicos legalizados. Consolida-se, assim, a histórica disputa de mercado da odontologia com o ofício de prático, tornando a categoria dos CDs fortemente corporativa no intento de alcançar a exclusividade da prática privada, e rejeitando, defensivamente e até os dias atuais, tanto a configuração legal e a incorporação do TSB em equipes de trabalho, quanto o trabalho cogestionado em equipe.

Os TSBs e os ASBs tiveram definidas suas atribuições no ano de 2008, direitos e deveres dentro de novo enfoque em equipe: compartilhando conhecimento numa abordagem multidisciplinar e integral⁸. Regulamentados, podem atuar sob novas formas de organização do trabalho que solicitam diferente comunicação, linguagem e cooperação do saber, em relações sociais derivadas de um indivíduo coletivo produtor de conhecimento, relações e afeto⁹. Uma equipe que amplia substancialmente a produtividade, com redução de custos e otimização do trabalho, maximizando competências exclusivas do profissional em separado das competências do técnico e do auxiliar, demandando capacitação profissional diferenciada e qualificada em ambas esferas pública e privada da produção¹⁰. Um novo contexto produtivo que a saúde coletiva em intersecção epistemológica e prática com a Bioética deve desvelar e intervir, ressignificando esta nova práxis coletiva e a identidade dos profissionais da odontologia.

Na atual conjuntura hegemônica pelo modelo neoliberal, onde versa a concepção hedonista de ser humano e o Estado mínimo, são impostas restrições à saúde como direito, enfraquecendo a consolidação dos sistemas universais de saúde e o comprometimento dos trabalhadores da saúde com o democrático-dialógico e o coletivo-social. Assim, uma nova bioética, caracterizada pela intersecção epistemológica e prática aos preceitos da saúde coletiva^{11,12}, questiona o enfoque principalista¹³ na resolução dos conflitos clínicos construídos em relações individualizadas e contratuais, por não responder aos desafios relacionados à participação social, qualidade de vida de populações vulneradas e universalidade no acesso à saúde. Questões cruciais para a construção de relações essencialmente democráticas.

Partindo-se do referencial da Bioética Clínica-amplificada – que assume, como objeto de debate, a densidade das relações intersubjetivas entre profissionais, membros das equipes de saúde e usuários¹⁴ –, objetiva-se analisar problemas éticos surgidos no aperfeiçoamento dos novos processos coletivos de trabalho na odontologia, no âmbito dos serviços especializados.

Método

Realizada pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa, com coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas focadas em 11 CDs ortodontistas de um universo de 25 especialistas entrevistados, onde 9 eram formandos em um curso de ortodontia e dois em exercício. Os participantes foram acessados por critério de conveniência, a partir de um serviço público vinculado a uma Secretaria Municipal de Saúde da região sul do Brasil que autorizou a realização da pesquisa, previamente aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (n. 851.888, em 28/10/2014).

A seleção da amostra se valeu do método “bola de neve”, em que as novas indicações de participantes foram feitas pelos já entrevistados, privilegiando sujeitos com as características necessárias ao conhecimento buscado, até a repetição de informações, sem acréscimos significativos. A entrevista foi guiada por um roteiro semiestruturado, gravada com auxílio de gravador de voz e, posteriormente, transcrita.

Os resultados foram analisados pelo método de Análise Textual Discursiva¹⁵ por meio de: 1. desmontagem dos textos seguida de sua fragmentação em unidades de base; 2. estabelecimento de relações entre essas unidades formando sistemas de categorias; 3. nova combinação de sentidos expressados num metatexto, construído pelas próprias autoras e embasado na literatura; e 4. ciclo de análise com crítica e validação do metatexto.

Resultados e discussão

A análise dos dados evidenciou que a odontologia caminha por uma transição na organização de seu processo de trabalho: de relações individualizadas profissional-paciente, para relações em equipe, ainda que centralizadas na figura do CD.

“Sou a favor da inclusão do técnico no mercado de trabalho em larga escala. Eu acho que ele vem para ajudar o profissional. Esse trabalho deve ser coordenado pelo profissional, estabelecer as regras do que ele pode ou não fazer. Vejo com bons olhos também a relação desses profissionais com a ortodontia. Acho que o ortodontista pode ser ajudado por quem tem uma boa formação, fazendo o trabalho braçal. Cabe ao dentista o trabalho pensante.” (Esp. 11)

“Antigamente não tinha que ter um técnico [...] agora tem uma capacidade bem grande da gente trabalhar com eles e aumentar bem mais o nosso potencial de trabalho.” (Esp. 10)

“Das especialidades, a orto é uma das melhores para se trabalhar com o técnico.” (Esp. 12)

No setor público, a adesão ao trabalho especializado nos CEOs assumiu novos arranjos organizacionais que aumentaram a importância estratégica das tecnologias relacionais. Uma nova convivência inter pares é construtora de intersubjetividades: interespecialistas; entre especialistas e clínicos gerais; intraequipe (CD-ASB-TSB); interequipes (ESB-Equipe de Saúde da Família (ESF)); e entre ESB e paciente-comunidade. Amplia-se uma nova divisão social do trabalho pautada na qualificação profissional por intermédio da acumulação de saber especializado, monopólio do serviço e preceitos éticos associados, que outorga, a trabalhadores com menor grau de formação, atribuições prescritas e supervisionadas, em ambientes de trabalho coletivizados, propícios às trocas multidisciplinares. Uma

configuração em equipe que solicita espaço de mediação bioética na incorporação e compartilhamento de novos saberes e fazeres: novas tecnologias relacionais de respeito, solidariedade e diálogo que ultrapassam o âmbito dos princípios da ética biomédica¹⁴.

Entretanto, constata-se forte contradição nas diferentes formas de atuação destas ESB, configurando problemas na compreensão do novo estatuto ético e legal no trabalho em equipe. Enquanto a quantidade de TSBs no serviço público carece, ainda, de ampliação para uma mudança qualitativa na racionalização do trabalho em SB e para aumento da abrangência populacional; no serviço privado da ortodontia, esta modalidade de trabalhadores começa a ser amplamente empregada sob o paradigma da produtividade-eficiência. Aponta-se que mudanças nas relações entre seus diferentes membros, de historicamente competitivas para mais solidárias, precisam ser incorporadas, também, no serviço especializado em equipe.

“Sei que têm clínicas por aí que a THD (TSB) faz o papel do ortodontista. Não sei se pode, mas sei que colocam um especialista em orto e cinco THDs para atender a demanda, não sei se isso é ético ou anti-ético. Ali, elas colam aparelho, fazem a manutenção mensal, sabem medicar paciente. Uma coisa que a gente tem que tomar cuidado é na colocação desse limite. O problema é o controle do limite. Geralmente as atividades que elas fazem é o que os profissionais mandam elas fazerem.” (Esp. 6)

“Funciona em lugares com uma rotatividade maior de pacientes com várias cadeiras, aí você monta toda a estrutura para isto, contrata 3, 4, 5 técnicos e você entra só para fazer as trocas de arco. Isto eu já vi, não faço, morro de medo [...] consegue dar sequência para os tratamentos sem aquele controle ideal, em função de você ter muita gente deixando tudo pronto, fazem higienização, tiram braquetes quebrados, a borrachinha e o fio, deixam a boca prontinha para o dentista chegar e botar arco novo e muitas vezes elas mesmo já...” (Esp. 1)

Estudos constataam que diversos procedimentos não permitidos pela legislação brasileira referente a atribuições do TSB e ASB estão sendo delegados por ortodontistas à equipe auxiliar, nem sempre acompanhada por supervisão direta ou indireta; que uma minoria de especialistas consegue indicar corretamente qual legislação regulamenta as atribuições de ASB e TSB¹⁶; e que, apesar de a maioria do corpo auxiliar possuir curso de formação específica, recebe “treinamento” dos especialistas¹⁷.

São constituídos importantes problemas éticos nestes cenários de novas relações de trabalho, em especial, em uma clínica-empresa (convencionalmente chamada “popular”) que emprega especialistas e técnicos para aumento da produtividade. Nesta lógica empresarial, a ética acaba sendo entendida como um código de condutas definido de acordo com objetivos da empresa (clínica). Os modelos de trabalho centralizados na figura do CD e em interesses particulares, normalmente, significam adesão a uma ética relativizada, onde prevalecem relações do tipo patrão-empregado, em ambientes com exacerbada pressão gerencial por lucratividade e em uma clínica que confunde orientação, liderança e trabalho em equipe, com mando e subserviência. Nestes ambientes, são delegadas ordens aos demais trabalhadores pelos CDs ou grupo empresarial, sustentadas por uma permissividade corporativa, que sugerem uma correlata relativização de sua competência ético-social.

Em detrimento de uma possível produção coletiva assentada em relações solidário-dialógicas e de um comprometimento com as necessidades reais da população brasileira no campo do trabalho especializado, assume-se uma reestruturação produtiva pautada em complexa competitividade de mercado. Uma competitividade que toma o lugar da antiga competição, construtora de e construída por um indivíduo atomizado que passa a buscar ascensão social a qualquer custo, em um mercado sempre incerto¹⁸. Assim, o relativismo ético é contraposto a uma ética mínima – mínimos morais aos quais não se pode renunciar, sem renunciar, ao mesmo tempo, à própria humanidade¹⁹ – e a uma ética pública, fundamentada na existência de um interesse comum da sociedade para o bem-estar de todos e na busca por uma regulamentação legal das relações de trabalho²⁰, das quais o profissional deveria estar imbuído.

“Eu tinha certo preconceito, mas depois que eu percebi um profissional bem treinado... Eu tenho intenção de regularizar essa situação para que ela faça na forma mais legal possível.” (Esp. 5)

“A parte clínica sou eu quem faço, não delego funções. Elas não trocam borrachinha, não passam fio, não fazem nada disso, a função delas é estritamente me auxiliar e me ajudar no controle geral do consultório. Com esse avanço das técnicas poderem fazer mais coisas, acaba nos atrapalhando, porque daqui a pouco elas vão estar competindo conosco, como tem várias clínicas em que elas estão fazendo o trabalho do dentista.” (Esp. 7)

Coloca-se em xeque o desconhecimento da legislação sobre o trabalho do ASB/TSB ou sua desconsideração, bem como a aceitação de determinadas práticas consideradas “eticamente suspeitas”, já incorporadas ao cotidiano de trabalho do técnico na clínica ortodôntica. Mesmo que o especialista assuma papel protagonista por conta do predomínio de seu saber/poder e seu empoderamento na definição das atribuições dos demais da equipe, consolida-se uma autonomia ou autoridade clínica como fetiche, permitindo ao CD estabelecer competências, por meio de “treinamento”, ao corpo técnico-auxiliar, sem controle externo público (leis e códigos trabalhistas, de categoria ou normas do SUS). Uma “autoridade” com baixo compromisso social e eticamente negligente, preponderando uma confusão de papéis: do trabalho auxiliar como sinônimo de técnico e do técnico como um profissional não formado, um “prático”, conformando um desarranjo permissível à atuação de “não especialistas”.

Uma postura profissional consubstanciada na incorporação de preceitos defendidos por autores conceituados no campo da ortodontia, como Alexander Wick²¹, de “treinamento” do serviço auxiliar, em que aprender a delegar funções e ensinar alguém a fazer os procedimentos são ações preconizadas como necessárias ao ortodontista contemporâneo. Entretanto, quando estes preceitos de “treinamento” do corpo auxiliar são acriticamente incorporados de realidades profundamente distintas da brasileira (em nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural, iniquidades sociais e sistemas de saúde), influenciam o tratamento ortodôntico e estabelecem-se como padrão de comportamento moderno na clínica ortodôntica brasileira, sob uma compreensão distorcida dos parâmetros ético-legais atribuídos aos CDs e TSBs. Preconiza-se um amplo debate na categoria relacionado aos preceitos ético-legais vigentes do serviço auxiliar, relacionando características distintas entre países e sistemas de saúde, além do estabelecimento de possíveis adaptações às necessidades da clínica ortodôntica, no Brasil.

Mesmo em uma realidade social com expressiva quantidade de profissionais ortodontistas, grande parte da população brasileira com necessidades de tratamento especializado ainda está impedida a este acesso, por sua condição de vulneração social. Sendo incipiente o tratamento ortodôntico público-gratuito oferecido, permanece, como negligência ética, um quadro de doenças ortodônticas preveníveis, mas não prevenidas. Questiona-se: qual a função ético-social da ortodontia brasileira, e qual o papel do especialista e da equipe auxiliar na prevenção e interceptação de problemas ortodônticos na população? Focando o olhar na necessidade de um maior investimento na ortodontia em nível sanitário por meio do SUS (prevenção e cura), chega-se ao importante papel clínico/profilático, preventivo e promotor de saúde, desempenhado pelo TSB. Assim, faz-se urgente a delimitação de possíveis novas competências do trabalho técnico para aumento de produtividade na ortodontia, clareando preceitos ético-legais existentes na atividade clínica, tanto quanto o redescobrimto do papel principal do TSB no trabalho em equipe: o cuidado, a prevenção para além da doença cárie, e a promoção à saúde das pessoas.

“[...] não sei muito bem o que a auxiliar e a THD podem ou não fazer, não tenho isso tão claro, a gente acaba tendo que treinar, mesmo que elas tenham o curso. Cada dentista acaba até criando um protocolo próprio. Muitas vezes elas têm que aprender a técnica do doutor. Mas já trabalhei em alguns consultórios onde elas eram muito bem treinadas e facilitavam muito a nossa vida, nesse consultório eu tive que me adaptar a elas, não eram elas que tinham que se adaptar a mim.” (Esp. 6)

A possível incorporação de determinadas atividades da clínica ortodôntica como atribuições do técnico, instiga pensar sob quais parâmetros éticos e legais o especialista poderia assumir a responsabilidade do planejamento e da supervisão direta ao trabalho mais “braçal” do técnico, sem configurar infração ética, quando o Código de Ética Profissional define, em seu Art. 11, como infração: “delegar a profissionais técnicos ou auxiliares atos ou atribuições exclusivas da profissão de cirurgião-dentista”²². Especialmente, porque a Lei 11.889/2008 especifica, em seu Art. 3º, que o TSB e o ASB estão obrigados a se registrarem nos Conselhos de Odontologia e por eles serem regidos. A mesma lei, ao estabelecer, em seu Art. 5º, as competências do TSB, não inclui a possibilidade de realização de procedimentos não discriminados como: colocação ou remoção de braquetes, borrachinhas, bandas e fios ortodônticos, a não ser que tais atividades sejam consideradas parte da remoção do biofilme, na limpeza e antisepsia do campo operatório²³.

É fato que esta lei não opta pela positividade que poderia ter nesta questão tão substantiva e conflitante relacionada às disputas interprofissionais CDs *versus* TSBs, sempre envolvida em conflito histórico. As indefinições legais e corporativas acabam refletindo nas mudanças necessárias para incorporação de novas competências profissionais diferenciadas à equipe, resultado dos novos conhecimentos esotéricos e tecnológicos acrescidos no assenso da intelectualização e especialização e, também, dos exotéricos, constituindo zonas de superposição, indefinição e confusão de papéis com as profissões auxiliares. Os Conselhos profissionais, conduzidos pela ideologia do profissionalismo – discurso tradicionalista pautado na autonomia profissional, no credencialismo e no controle monopolista do mercado, entre outros –, sempre expressaram posições conceitualmente imprecisas, negando a racionalização do trabalho odontológico em equipe para resolutividade dos serviços em saúde. Assim, constrói-se uma negação puramente ideológica à incorporação de tecnólogos auxiliares, excetuando-se as clássicas relações de mando-obediência ao tradicional auxiliar de consultório^{24,25}, além de forte adesão ao relativismo ético.

O aumento crescente de novos CDs e, também, de ortodontistas, não acompanhado de um planejamento do sistema de saúde para alocação destes novos profissionais de acordo com as necessidades populacionais, incrementa consideravelmente a competitividade de mercado, acirrando ainda mais o conflito sobre os limites do trabalho na equipe, trazendo novas questões ao coletivo profissional: 1. como fazer acontecer um “treinamento” do serviço técnico-auxiliar, pelo ortodontista, sem prescindir das competências do TSB/ASB já previstas na legislação e preconizadas pelos cursos de formação destes trabalhadores da SB?; 2. como delegar práticas próprias da ortodontia ao trabalho técnico na realidade brasileira, sem submeter este poder-saber de “mando” à ética?; e 3. como ressignificar o trabalho em equipe subsumindo valores de mercado aos valores morais de responsabilidade social, diálogo e solidariedade?

Respostas que reivindicam, para a Bioética, um debate transdisciplinar, para além da definição do *status* legal das relações entre CDs e TSBs, que redefina, conceitual e praticamente, desde a formação, as relações e diferenças entre: mando e diálogo; poder centralizado e cogestão; decisão individual e deliberação coletiva; hierarquia e liderança.

“Tem uma colaboração, mas existe uma hierarquia, até porque é normal. Tem que ter alguém para comandar. É difícil fazer um trabalho sem ter alguém para gerenciar.” (Esp. 8)

“Prevalece a cooperação. É bem tranquilo trabalhar, tanto no posto de saúde como no consultório, todo mundo se dá muito bem. Claro, existe a hierarquia, não tem como não existir.” (Esp. 7)

“É hierárquica, a experiência que eu tive, geralmente é assim: o dentista se coloca num patamar um pouco mais alto que dá as ordens. A técnica ou a auxiliar só obedecem. Não teve troca.” (Esp. 9)

Nas falas, a hierarquia é valorizada como um tipo de autoridade e responsabilidade em equipe, naturalizada como atribuição do CD e confundida, especialmente no modelo liberal de consultórios

ou clínicas privadas, com uma relação tipo patrão-empregado. A antiga personificação da ética beneficente paternalista, somada às responsabilidades civis ainda centradas no CD, mantém quase inalterada a caricatura de uma autoridade clínica que implica a existência de subalternos. Produto e produtora de relações sociais estabelecidas, a hierarquia aparece como habitus de um Estilo de Pensamento odontológico, entendido como uma estrutura estruturada e estruturante, geradora de conhecimentos, práticas e representações que coersionam a reprodução de determinado *modus operandi*²⁶. Um modo de fazer resistente à construção de novos significados e papéis em equipe; de supervisão direta ou indireta de ASBs e TSBs pelos CDs; de gerência, liderança e responsabilidade coletiva. Assim, o predomínio de uma relação hierárquica, ainda repassada pelo modelo formador, começa a deixar evidente suas contradições e esgotamento, mesmo sob o ponto de vista da odontologia de mercado.

A hierarquização constrói-se como conceito entrelaçado ao discurso da “autonomia profissional” – entendida como prática individual e liberal, com monopólio dos saberes-fazeres circunscritos à boca, fortemente corporativa e socialmente descomprometida –, que confere à profissão um *status* de produção independente, à parte da realidade social e sem nenhuma regulação para além das leis do mercado^{26,27}. Mesmo em um contexto de terceirização gerencial, com intermediação das operadoras de planos e seguros de saúde; agentes empresários-administradores de clínicas forâneos à prática odontológica; e precarização das relações de trabalho que enfraquecem, cada vez mais, a dita “autonomia”, este discurso acaba reforçado pela ideologia contemporânea, individualizante e invisível da competência (eficiência e profissionalismo). Assim, a especialização assume forte viés técnico-científico e competitivo, separado das competências éticas, humanas e sociais.

O discurso meritocrático da competência, hegemônico do modelo (neo) liberal de clínica e profissão, voltado ao treinamento de mão de obra para o mercado, estimula uma ascensão profissional posicionada sobre forte hierarquia organizacional e social. Ainda reproduzida pelo aparelho formador, esta busca pela “competência” está construída sobre um utilitarismo hedonista, que camufla a produção de ideias como própria das “leis de mercado” e sustenta características da administração “científica”. Uma administração voltada à eficiência, erigida sobre rígida hierarquização de cargos e funções, com relação de *status* social e poder, que evidencia uma divisão social de classes, onde os que possuem saber, possuem poder. Serve, assim, ao estabelecimento de meios eficazes para obtenção de metas, sem espaço para se pensar coletivamente a quem devem servir tais metas, inclusive no setor público^{28,29}. Esta meritocracia confronta a formação de sujeitos-profissionais pensadores (auto) críticos a partir de práticas reflexivas, pautadas em saberes transversais, como a ética, e em uma produção do conhecimento comprometida com as necessidades de saúde da população.

Na procura por uma excelência no serviço odontológico, a superespecialização, consolidada neste saber-fazer técnico, dificulta a consciência da dimensão do indivíduo enquanto sujeito ativo de relações éticas e estéticas, desconsiderando a complexidade das relações humanas e suas conexões sociais⁹. Mesmo em um contexto em que ganha forças o novo paradigma da SB como um modelo de produção de saúde baseado no trabalho em equipe, integral e multi/interdisciplinar, ficam restritos os avanços possíveis a partir das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (2002). A graduação segue pautada no trabalho clínico fragmentado, reproduzindo de antigos modos de fazer individualizados e voltados ao desenvolvimento de habilidades técnico-manuais, com objetificação do paciente/usuário e desvalorização da educação para a cidadania e a democracia. Assim, superar a velha referência teórico-metodológica individual-fragmentada da competência e da hierarquia desde a formação, parece central para construção de novo paradigma na SB^{30,31}.

O tipo de formação ainda prevalente, baseada no antigo modelo instrucionista – de fora para dentro e de cima para baixo –, configura-se excludente por não efetivar a prática clínica a quatro ou seis mãos (sem incorporação do ASB e TSB); desincorporada de novas habilidades inter-relacionais³¹, com baixo potencial de desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe; e mantenedora da integralidade e da clínica ampliada, como pontuais e isoladas. Práticas que resistem emperrando a construção de uma cultura valorativa de ações coletivas, em equipe, colocam em xeque os esforços para construção de uma SB consoante com os princípios do SUS³². Assim, o estudante ainda incorpora uma cultura social/profissional pautada em uma escala de valores autocentrados e em modelos de

comportamento (identidade) estereotipados, onde a hierarquização é naturalizada³³. Seja em virtude do saber-poder exercido pelos professores (de privilégio ao prestígio profissional); em virtude dos valores veiculados direta ou indiretamente pelo currículo oculto ou paralelo (conservadorismo e pragmatismo, subordinação ao mercado, desprestígio na escolha da carreira de generalista); ou por práticas de gestão hegemônicas por um poder centralizado e unidirecional.

Chega-se às seguintes reflexões: 1. quando a vivência em equipe – clínica ou não – passa a acontecer no cotidiano acadêmico somente nos programas específicos como Pró-saúde (Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e Pet-saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde), será este contato suficiente para desencadear o compartilhamento de ações, a convivência e o fazer em equipe? 2. Como ensinar-aprender a desenvolver relações cogestionadas, quando mantém-se um contexto de desvalorização da formação humanística e democrática, com baixo estímulo à reflexão ética³⁰? 3. Como desenvolver capacidade de liderança transformacional no trabalho³⁴ que envolve compromisso, responsabilidade, empatia e habilidade para tomada de decisões, sem que o profissional prescindia de um comprometimento com o conjunto da sociedade brasileira?

O olhar da bioética na ordenação da formação de recursos humanos em SB, voltado às relações inter e intraequipe, em uma categoria profissional imbuída pela ética da responsabilidade social e pelo trabalho cogestionado, está associado a uma ressignificação da solidariedade, do diálogo e do respeito mútuo, desde a formação. Quando parte dos profissionais se torna incapaz de solidarizar-se com o outro, ou mesmo, de comprometer-se com uma causa do outro – desconhecido ou social –, é preciso repensar as diferentes atribuições entre os membros da equipe de SB, para diminuir o fosso existente entre uma hierarquia de superpoderes profissionais/empresariais de um lado, e inter-relações cooperativas, comunicativas e solidárias, eticamente potentes e capazes de gerar uma maior satisfação no trabalho, por outro.

Na transição de um trabalho clínico individualizado para o trabalho a quatro ou seis mãos, ao mesmo tempo em que o profissional procura manter uma autoridade/autonomia receando a perda de poder em uma relação pouco aberta à troca de conhecimentos e diálogo, ele encontra uma realidade de trabalho em equipe em que o outro-trabalhador detém, também, um saber técnico, empírico e humano. Neste contexto, novos desafios éticos são interpostos à mera ação técnica clínico-cirúrgica, pois o convívio com o outro deve acontecer sobre nova relação intersubjetiva, onde o cuidado apareça como ato relacional^{14,35} e o diálogo, entre todos e em todos os sentidos, como promotor da comunicação. Neste sentido, o âmbito do serviço liberal-privado também deve estar subsumido à dimensão pública de convivência com outros, favorecendo uma construção coletiva de mínimos morais que consideram a dignidade e a igualdade em termos de direitos humanos, e guiado por máximos sociais de justiça e solidariedade, construtores de nova comunicação para cogestão e o exercício da deliberação coletiva.

Elma Zoboli³⁶ aponta que o desenvolvimento de competências deliberativas nas equipes de saúde (conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes) seria um importante instrumento da bioética clínica-amplificada para aumento da qualidade na atenção à saúde. A deliberação, como um “meio de discussões e decisões feitas por um diálogo interpessoal, visa soluções prudentes e não a decisão ideal, certa ou que maximiza resultados”³⁶ (p. 393). Para a ética guiar as ações individuais e sociais, tornando-se fundamental de forma transversal na formação profissional, os processos de deliberação ético-políticos devem se transformar em ferramenta pedagógica prática, ao ampliarem o sentido de justiça social e proteção, orientados de forma a transporem as fronteiras da relação profissional-paciente, pelo sentido indivíduo-social. A competência deliberativa – por meio de uma formação continuada desde a graduação, sob nova abordagem pluralista da ética e buscando soluções para os problemas reais, pautada na vontade comum – solicita, ao especialista, ao Técnico e ao Auxiliar, exercerem a liberdade de participar das problematizações cotidianas, sem coerções a padrões restritos que impeçam a reflexividade.

Além disto, implicaria uma educação para a cidadania e para a vivência democrática, questionando os próprios valores e as virtudes desejáveis, vinculados à justiça e ao respeito aos direitos humanos e ao diferente – igualdade e equidade, cidadania e solidariedade, qualidade de vida e prática do diálogo –, como meio de lidar com conflitos morais. Em conjunto com a construção científica e

o exercício profissional, o desenvolvimento moral requer relações intersubjetivas dialógicas para um posicionamento construtivo e verdadeiramente solidário, sem manipulação ou alienação dos participantes.

Diferentemente de relações de mando-obediência, a solidariedade engajada pauta-se na busca pelo bem do outro e baseia-se em preceitos de alteridade, igualdade e reciprocidade, funcionando como um valor que precisa ser aprendido e praticado. Esta solidariedade expressa o exercício da liberdade individual e coletiva que prescinde e transcende prescrições e imposições de qualquer ordem, livre de paternalismos e autoritarismos. Para tanto, além da educação para uma cultura que forma uma identidade no ser solidário, necessita-se um exercício reflexivo sobre a própria prática, de forma consciente e comprometida com o outro e com os objetivos definidos em comum³⁷. Assim, o debate do papel social contemporâneo do profissional da odontologia aponta para a humanização e a bioética como centrais na construção da reflexividade e no desenvolvimento da eticidade.

Considerações finais

A especialidade da ortodontia amplia o acesso da população aos seus serviços, inclusive no atendimento público-estatal e incorporando o trabalho em equipe, assim fazendo-se necessários:

1. uma formação revestida de objetivos sanitaristas e responsabilidades ético-políticas que capacite o ortodontista à consideração e transformação da realidade social, desenvolvendo aptidões para o diálogo e a solidariedade, construtores da cogestão e deliberação coletiva, em benefício do aumento da qualidade de vida da população.

2. um posicionamento ético-político dos CDs de maior qualidade, que reconheça as reais competências e inter-relações entre membros da equipe, em especial com TSBs, clareando práticas clínicas consideradas “eticamente suspeitas”, relacionando características distintas entre países e sistemas de saúde, e estabelecendo possíveis adaptações às necessidades da clínica ortodôntica no Brasil.

3. amplo debate na categoria para reivindicar seu comprometimento social, buscando maior investimento no tratamento especializado público-gratuito, em especial, à população vulnerada.

4. maior investimento no trabalho preventivo da ESB sobre as doenças ortodônticas preveníveis, mas ainda não prevenidas, e na interceptação de problemas – redescobrimo o papel principal do TSB no cuidado, prevenção e promoção à saúde.

Colaboradores

Doris Gomes participou ativamente da concepção e redação do artigo e da discussão dos resultados e revisão final; Mirelle Finkler participou da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Gomes D, Ramos FRS. A subjetividade do profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética e especialização. *Trab Educ Saude*. 2015; 13(2):451-72.
2. Maciel SM. A presença do ortodontista no SUS: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Brasília: Portal do Departamento de Atenção Básica (atenção hospitalar); 2013 [citado 29 Ago 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php.
4. Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2000.
5. Carvalho CL. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XX. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2006; 13(1):55-76.
6. Ceccim RB, Ferla AA, Bilibio LF, Armani TB, Schaedler LI, Morais M, et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. In: Pereira RC, Silvestre RM. Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar Brasil; 2009. p. 199-233.
7. Gomes D, Da Ros MA. A etiologia da cárie no Estilo de Pensamento da ciência odontológica. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(3):1081-90.
8. 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; 24(2):372-85.
9. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume; 2008.
10. Gomes D, Ramos FRS. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. *Saude Soc*. 2015; 24(1):285-97.
11. Junges JR, Zoboli ELC. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(4):1049-60.
12. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):719-95.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
14. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. *Mundo Saude*. 2009; 33(2):195-204.
15. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. Rio Grande: UNIJÍ; 2011.
16. Silva RF, Monini AC, Da Ruge Júnior E, Francesquini Júnior L, Lenza MA. Utilização de auxiliares odontológicos em ortodontia: implicações éticas e legais. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2006; 11(5):121-8.
17. Silva RF, Monini AC, Valladares Neto J, Francesquini Júnior L, Daruge Júnior E. Percepção dos auxiliares odontológicos na clínica ortodôntica quanto aos seus limites de atuação profissional. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2009; 14(3):34-9.
18. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2011.
19. Cortina A. Ética mínima. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
20. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.

21. Martins LP. Entrevista: Richard G. Wick Alexander. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008; 13(3):28-33.
22. Conselho Federal de Odontologia (BR). Código de Ética Odontológica. 2009 [citado 26 Jan 2016]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf.
23. Conselho Federal de Odontologia (BR). Lei 11.889. 2008 [citado 26 Jan 2016]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/lei11889_2008.pdf.
24. Zanetti CHG, Oliveira JAA, Mendonça MHM. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. *Trab Educ Saúde*. 2012; 10(2):195-222.
25. Frazão P, Narvai PC. Lei n. 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(1):109-23.
26. Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec; 2015.
27. Cirino S, Gonçalves LA, Gonçalves MB, Cursi ES, Coelho AS. Avaliação de acessibilidade geográfica em sistemas de saúde hierarquizados usando o modelo de p-medianas: aplicação em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(4):e00172614.
28. Chauí M. A ideologia da competência. Belo Horizonte: Autêntica; São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2014.
29. Vicentela LA, Narváez CG, Velásquez M. Valores éticos y formación curricular en odontología. *Acta Bioethica*. 2015; 21(1):53-9.
30. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. *Trab Educ Saúde*. 2014; 12(2):343-61.
31. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(11):4481-92.
32. Orestes-Cardoso S, Melo MVS, Orestes-Carneiro R. Representação de valores morais para o exercício profissional em estudantes de odontologia. *Rev Bioet*. 2015; 23 (1):178-86.
33. Sá RF. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):241-6.
34. Cunha CJCA, Prim CH, Tecchio E, Malheiros RCC, Loch S, Andrade SR. Liderança transformacional em Unidades Básicas de Saúde. In: Cunha CJCA, organizador. *Gestão e Liderança em Unidades Básicas de Saúde*. Florianópolis: Pandion; 2011. p. 139-75.
35. Mattos LB, Dahemer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):184-9.
36. Zoboli ELCP. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev Bioet*. 2013; 21(3):389-96.
37. Sellia L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(3):473-8.

Gomes D, Finkler M. Relación entre trabajo especializado y técnico: el caso de la ortodoncia a la luz de la bioética clínica amplificada. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1111-22.

En la reorganización de la salud bucal se percibe como desafío ético-político la transición para las relaciones en equipo. Se aplicó una encuesta exploratorio-descriptiva de abordaje cualitativo que colectó datos por medio de entrevistas semi-estructuradas con 11 especialistas en ortodoncia, analizados por Análisis Textual Discursivo. Se evidencian problemas éticos tales como: ideología del profesionalismo, confusión de competencias con el trabajo técnico, la jerarquización en oposición a la construcción del liderazgo. A la luz de la bioética clínica amplificada se desvela una tendencia a la persistencia de saberes y haceres tradicionales. La búsqueda por la superación de la mercantilización y jerarquización sugiere una práctica co-gestionada y capacitada para la deliberación, a partir de la solidaridad, diálogo y cooperación, de la graduación a la formación lato sensu.

Palabras clave: Salud bucal. Odontología. Ortodoncia. Mercado de trabajo. Bioética.

Submetido em 11/05/17. Aprovado em 29/09/17.