



Revista Brasileira de Bioética

## Uma análise bioética das relações intra e inter-equipes de saúde bucal.

*A bioethical analysis of intra and inter-oral health teams.*

**Resumo:** Na reorganização da atenção básica e especializada em saúde bucal, a inserção do Auxiliar e do Técnico é percebida como desafio contemporâneo à odontologia. Objetiva-se desvelar à luz da bioética os novos problemas e possibilidades relacionais nos processos de produção do trabalho inter e intra-equipes de saúde bucal. Em estudo exploratório-descritivo qualitativo, foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas com 15 cirurgiões-dentistas especialistas atuantes em Centros de Especialidades de uma região metropolitana do sul do Brasil, e analisadas por Análise Textual Discursiva. Os resultados evidenciaram a construção de novas identidades profissionais no processo de trabalho em equipe de saúde bucal, entrecortada por problemas intra e inter-equipe como: ideologia do profissionalismo; dicotomia entre a formação no modelo biomédico e no modelo de co-gestão; e hierarquização ainda hegemônica. Constrói-se como desafio bioético um novo ethos público que associe a produção de valores de uso a valores intrínsecos de solidariedade crítica e participação política.

**Palavras-chave:** saúde bucal; odontologia; ética; bioética.

**Abstract:** In the reorganization of primary and specialized care in oral health, the inclusion of the Dental Assistant and Dental Hygienists may be perceived as a contemporary challenge. The aim of this study was to reveal in the light of daily bioethics, new problems and relational possibilities in the inter and intra dental team labor production processes. An exploratory-descriptive qualitative study was carried out by means of semi-structured interviews with 15 dental surgeons specialists, in a metropolitan area in southern Brazil. The data collected were analyzed in accordance with the Discursive Textual Analysis. The results showed that new professional identities start to be strengthened in the working process as a team. However, ethical problems are set in the work of both the intra and inter-teams: the ideology of professionalism; the dichotomy still existing between the education in the biomedical model and the co-management model; and even a hegemonic notion of hierarchy. A new public ethos that associates the production of use values with intrinsic values of critical solidarity and political participation is constructed as a bioethical challenge.

**Keywords:** oral health; dentistry; ethics; bioethics.

Parecer de aprovação ética # 851.888 pelo Sistema CEP/Conep

---

### Doris Gomes

Programa de Pós-graduação em  
Odontologia da Universidade Federal  
de Santa Catarina  
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil  
dorisgomesodonto@gmail.com

---

### Mirelle Finkler

Programa de Pós-graduação em  
Odontologia da Universidade Federal  
de Santa Catarina  
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil  
mirellefinkler@yahoo.com.br

## Introdução

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde bucal (SB) transformou-se em um dos pilares da atenção primária (AP). O investimento de recursos públicos nesta área amplia-se ao final dos anos 1990, resultando na inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) expande significativamente as ESBs, amplificando o serviço especializado na rede pública através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e, mais recentemente, da Assistência Hospitalar (Brasil, 2015a). No caminho de reorganização da atenção básica e especializada em odontologia, configura-se a tentativa de superação do histórico modelo liberal-biomédico por um novo modelo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com ênfase na comunicação entre os atores e na integralidade da atenção à saúde, pautado nas necessidades epidemiológicas e sociais. Neste contexto, a participação do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB) pode ser percebida como desafio: de um novo modo de ser em equipe e socialmente comprometido.

Ao longo da sua história, a odontologia brasileira disputou mercado com variados tipos de prestadores informais da arte dentária configurando uma forte corporação profissional na resistência ao ofício de "prático" ainda presente no atendimento a populações de baixa renda nas periferias dos centros urbanos ou nas regiões do país com escasso acesso aos serviços odontológicos legais. Por um lado, consolida-se uma objeção defensiva à atuação do TSB e ao trabalho em ESB, por quebrarem o monopólio do cuidado odontológico e "abrirem caminho" a uma possível prática ilegal. Por outro lado, a odontologia enquanto uma profissão consolidada sob o imaginário liberal-privatista, torna-se pouco democrática a uma realidade social de imensas desigualdades socio-econômicas e culturais ao transformar os procedimentos clínicos de SB em bens de consumo, com promessa de cura reabilitadora e estética ao indivíduo doente, a partir de um trabalho realizado exclusivamente por um sujeito em ambiente clínico-cirúrgico (Frazão, Narvai, 2014). Entretanto, neste novo momento histórico de construção de uma odontologia adequada às necessidades da maioria da população e do SUS é solicitado um novo entendimento do protagonismo do CD nas relações de trabalho em equipe, com capacitação profissional qualificada em valores para além dos limites clínico-individuais e liberais (Gomes, Ramos, 2015).

As novas caracterizações do trabalho odontológico público a partir de forte investimento no campo da SB com ampliação substancial da rede e de profissionais especializados; na legalização dos TSBs e ASBs (em 2008), que passam a ter uma definição clara de suas atribuições, direitos e deveres, dentro de novo enfoque para o trabalho em equipe, compartilhando conhecimento numa abordagem multidisciplinar e integral (Esposti et. al, 2012); e na efetivação prática de um novo ethos público, constituído como SB, traz à cena novos formatos de organização dos processos de

trabalho que estabelecem um mundo de possibilidades relacionais a serem desveladas. As doenças fisiogênicas como a cárie, dominantes em cenas passadas e explicadas a partir de causas predominantemente naturais (infecciosas e carenciais) onde o ser humano era passivo diante de fatores patogênicos presentes no ambiente externo -, são substituídas agora pelas doenças antrópicas originadas principalmente na ação humana, através de mudanças induzidas no ambiente e nas relações interpessoais ou pela omissão nas medidas preventivas e resolutivas (Berlinguer, 2015).

A perspectiva defendida pela Bioética social, de que as diferenças sociais são injustas e evitáveis no contexto dos conhecimentos epidemiológicos e das relações sociais, implicam à equidade uma oportunização justa a cada um, no âmago de atingir uma qualidade de vida e expectativa de vida potencial que, possivelmente, evitem as desvantagens sócio-econômica e culturais histórico socialmente imputadas a indivíduos e grupos populacionais. Entretanto, apesar de todo um esforço de construção e consolidação de um Sistema de saúde universal e de qualidade, o desequilíbrio de poder em favor do sistema financeiro incide nas orientações globais às políticas de saúde e limita profundamente a democracia e a construção de uma ética pública, perpassando as novas organizações dos processos de trabalho em SB. Assim, objetivou-se desvelar à luz da Bioética social e a partir do ponto de vista de especialistas atuantes em CEOs, as potencialidades, dificuldades e problemas éticos encontrados nas relações de trabalho nas ESB.

## Metodologia

Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, com coleta de dados realizada por meio de entrevistas com 25 especialistas, dos quais 15 eram atuantes em três CEOs da Grande Florianópolis (4 especialistas em prótese, 4 em atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais, 3 em endodontia, 2 em periodontia e 2 em pequenas cirurgias). A entrevista pautou-se sobre as potencialidades e dificuldades no trabalho em equipe; conceito e experiência na inclusão do TSB; cooperação multidisciplinar; e problemas éticos encontrados nas relações intra e inter equipes de saúde (bucais ou de saúde da família).

Os participantes foram acessados por critério de conveniência, a partir de um serviço público vinculado a uma Secretaria Municipal de Saúde da região, que autorizou a realização da pesquisa, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa/UFSC (no. 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 os sujeitos sociais detentores das características necessárias ao conhecimento buscado, até a saturação ou repetição de informações. As entrevistas foram guiadas por um roteiro semi-estruturado, gravadas com auxílio de gravador de voz e, posteriormente, transcritas.

Os resultados foram analisados pelo método de Análise Textual Discursiva (Moraes, Galiuzzi, 2011) que organiza os argumentos em torno de: 1. desmontagem

dos textos seguido de 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 pelos autores e embasado na literatura; 4. ciclo de análise com crítica e validação do metatexto. Neste artigo, assume-se a Bioética social como ferramenta para o debate da ética no cotidiano das ações em saúde bucal, focando as relações entre os diferentes atores, na busca por uma ponte entre ética, poder, política e equidade.

Nova organização do processo de trabalho em Odontologia: potencialidades, dificuldades e problemas éticos encontrados.

*Meu mundo em equipe se restringe à prefeitura, porque no consultório quando eu trabalhei foi sempre sozinha, então, a gente sempre estabeleceu uma relação além de profissional, de amizade, dificilmente a gente teve um problema que não pudesse ser contornado com jeito (Esp. 3).*

*O TSB eu vejo mais em clínicas grandes, fazer uma profilaxia, mas acho que poderia fazer muito mais do que o auxiliar (Esp. 10).*

A fala dos especialistas é unânime em considerar o trabalho do auxiliar como fundamental para o aumento da produtividade e eficiência, otimizando tempo, elevando rendimento, minimizando custo operacional e risco de contaminação cruzada; e o trabalho do TSB como essencial nas atividades preventivo educativas à população. Ampliam-se relações de trabalho antes pouco vivenciadas pelo CD, entre profissional-auxiliar/técnico; especialista-especialista (convivência de vários especialistas em um mesmo local de trabalho); e especialista-profissional da AP, com cooperação multidisciplinar. Novos formatos de trabalho em equipe que são consolidados pelos avanços na realidade assistencial, após implementação de 24.444 ESBs já em 2015, distribuídas em 5.014 municípios, com cobertura de 38% da população brasileira; e 1034 CEOs e 1.771 laboratórios de prótese, com serviços facultativos de ortodontia e implantodontia a critério do gestor municipal (Brasil, 2015b).

O novo processo de racionalização do trabalho em SB fortalece a qualificação profissional com ampliação substancial das especializações e atribuições supervisionadas e prescritas aos trabalhadores com menor grau de formação na equipe. Um sentido de mudança pelo compartilhamento de saberes e fazeres no debate de problemas comuns intra-equipe e inter-profissionais é incorporado, apontando a tendência a um novo ethos público da SB: em equipe, inclusivo e co-gestionado. Entretanto, assinalam-se discrepâncias na implantação geral da PNSB entre os municípios estudados, apesar de pertencerem a uma mesma região metropolitana e possuírem características semelhantes de desenvolvimento. Além disto, pauta-se a necessidade de investimento para que relações historicamente consideradas competitivas, transformem-se em conexões solidárias (Sá et. al, 2011).

*Falta de comunicação com a atenção básica, algum tempo atrás foi feito um esforço de padronizar, feitas várias oficinas, só que as equipes vão sendo renovadas e esse pessoal novo não tem acesso. E a prefeitura não tem, parece, interesse em fazer com que a gente converse o que acontece (Esp. 20).*

*O matriciamento talvez venha contribuir de certa maneira, embora a gente saiba que esse canal não é utilizado, porque o profissional que não gosta de atender determinada área, continua se negando a atender (Esp. 17).*

A manutenção de um feed-back entre as equipes do CEO e as ESB, traduzem um esforço para quebrar a descontinuidade da assistência nos processos de referência e contra-referência e as dificuldades relacionadas à comunicação inter-equipes: desinformação pela alta rotatividade de profissionais na AP e burocratização das normativas. Entraves a serem superados pelo potencial do matriciamento na responsabilização do trabalhador da SB com o cuidado integral, reconhecido pelos especialistas como potência, apesar de problemas na adesão dos CDs a esta nova estratégia não material ainda ausente em parte dos municípios estudados. Este sistema de permanente informação-formação pautado na cooperação e comunicação entre as equipes, deveria servir para estimular a produção de novos padrões de relacionamento, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e potencializando os cuidados primários. Uma prática horizontal e cooperativo-colaborativa que envolveria os dois lados componentes da matriz: o profissional da AP e o especialista.

Entretanto, observa-se que esta inter-relação das equipes para uma responsabilização do cuidado costuma produzir, paradoxalmente, um efeito de desresponsabilização, especialmente pela continuidade, na prática, de um encontro hierarquizado, com privilégio da expertise, naturalizada como esteio da verdade. Isto implica em verticalização e infantilização das relações, pondo fim ao diálogo e à criatividade. Assim, está colocado em xeque o discurso técnico da expertise que desestimula o fazer e a responsabilização, substituindo-o por uma concepção de rede colaborativa, dialógica, inventiva e criativa, assentada na solidariedade (Medeiros, 2015).

*Não tenho experiência com técnico, as meninas aqui todas são TSB, mas trabalham como auxiliares (Esp. 18).*

*O meu sonho era justamente ter um TSB pra que a gente pudesse, com dois consultórios, fazer esta parte de uso do técnico mesmo, da raspagem supragengival, da limpeza de cavidade, mas isso nunca saiu do papel (Esp. 3).*

*Sou a favor da inclusão do técnico no mercado de trabalho em larga escala. Esse trabalho deve ser coordenado pelo profissional, estabelecer as regras do que ele pode ou não fazer (Esp. 11).*

A incorporação do trabalho do TSB no mercado especializado em clínicas ou empresas já acontece para aumento de produtividade (Mattos et. al, 2014). No serviço público, evidencia-se pouca presença destes profissionais, apesar de fundamental para um impacto na transição produtiva e na sobreposição às leis do mercado. A distribuição praticamente inalterada dos postos de trabalho nas ESBs, que permanece em 2015 com 47,78% de CDs, 47,78% de ASBs e 4,42% de TSBs (Brasil, 2015c), confirma que, na prática, os técnicos são absorvidos pelos municípios na figura funcional do ASB, relegando à quase nulidade as equipes de modalidade tipo II. A formação dos TSB desenvolvida pelas escolas profissionalizantes do Estado, em parceria com as secretarias municipais de saúde, não foi acompanhado da inserção deste trabalho ao serviço.

Certamente que as contratações deste profissional como auxiliar possibilitaram maior qualidade assistencial, pelo acúmulo de conhecimento técnico. Entretanto, o formato mais restrito de ESB não permite aos técnicos o exercício pleno de suas potencialidades, o gozo do que deveriam ser seus direitos e, ainda, o seu papel precursor na promoção-prevenção em SB, com aumento da produtividade clínica e extra-clínica. O subfinanciamento do SUS, o excesso de CDs na realidade brasileira e a tradicional ideologia do profissionalismo naturalizada na corporação dos dentistas (Zanetti et. al, 2012), atuam como resistência muda à consolidação da modalidade de equipes tipo II.

O profissionalismo admite somente uma divisão simplificada do trabalho odontológico, onde o CD define hierarquicamente as competências do auxiliar através de treino. Num sentido contrário, a racionalização do trabalho pleiteada pela SB preconiza a incorporação progressiva do TSB como elemento central na crítica à insuficiência produtiva e às injustiças sociais das práticas de mercado. A Bioética social como espaço de debate da relação entre ética, política e poder deve expor este nó paradigmático presente na odontologia, na defesa do Estado como lócus de práticas equitativas e democratizantes.

É uma profissão que não está 100% regulamentada, daí não é tão claro para o dentista o que exatamente elas (TSB) podem ou não fazer, e nem para elas.

*Uma vez a gente recebeu uma cartilha azulzinha do Ministério da Saúde que falava sobre as funções, o que nos interessava aqui era a moldagem, que elas poderiam fazer sendo orientadas e supervisionadas pelo dentista, muitas delas torceram o nariz. No privado muitas delas fazem, mas no serviço público, como elas têm a oportunidade de dizer não para as coisas... (Esp. 15).*

*Aqui os técnicos de prótese estão passando o maior sufoco, porque o cargo deles é novo, então, eles não estão vinculados ao PSF, o salário deles é o mais baixo da prefeitura. Eles estão numa batalha com o sindicato e outras formas para ver se ganham alguma gratificação para sair do mínimo, mas são só dois. Que força política há em só dois? (Esp. 14).*

Como salienta Zoboli (2009), a transformação da prática na AP ainda esbarra em problemas éticos importantes ao nível da organização de novos processos de trabalho. A rápida expansão das ESBs por vigência da lei e pressões político-eleitorais somadas às político-profissionais -, tem diferente conexão de expansão das exigências administrativas na lógica do planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação. A insuficiente contrapartida financeira dos municípios para o custeio da nova estratégia, que acabou ficando ao encargo quase exclusivamente federal, acrescido de falhas de implantação técnico-programática, construiu dificuldades para a PNSB, instalando-se fenômenos de subfinanciamento, ineficácia, depreciação do potencial de oferta assistencial e efetivação (Zanetti et. al, 2012). A precarização do trabalho: no vínculo; elevada rotatividade de profissionais; duplos vínculos empregatícios (ilegais) em equipes/municípios distintos; transgressão da carga horária e da infraestrutura mínima para o serviço; desvalorização do serviço e salários desestimulantes; falha na educação permanente; isolamento da ESB da ESF; atinge o comprometimento profissional (Moura et. al, 2013). Os problemas no serviço especializado na relação inter-equipes (ESF-ESB-CEO), que sustenta a integralidade na atenção; nas relações intra-equipes (CD-especialista-auxiliar técnico), diminuindo sua potência de intersubjetividade; e nas novas configurações de cargos-competências trazidos pela PNSB para os municípios, como da equipe de técnicos e auxiliares de prótese dental, estabelecem-se como desvios à efetivação das ESB.

*Reunião em equipe é muito raro, quando tem um problema muito sério já fizemos algumas reuniões, mas sempre, não (Esp. 19).*

*A coordenadora vem e fala com cada um, para resolver uma questão específica, nem sempre é possível reunir todo mundo (Esp. 24).*

Nas falas, evidencia-se uma resistência na organização do Sistema a novos modelos de (co) gestão. Neste município, percebe-se baixa construção de processos decisórios em equipe, predominando o modelo gerencial-funcionalista, tradicionalmente autoritário e incrustado em antigas relações centralizadas e verticalizadas de gestão. Um modelo que se mantém como entrave à participação dos trabalhadores como sujeitos reflexivos e autônomos e, assim, ao comprometimento ético, estético e político inter e intra-equipe e entre usuários e serviço.

*Tivemos dois auxiliares que nos trouxeram bastante problemas, por mau caráter e má índole, o que trouxe graves atritos entre a equipe, mas felizmente não estão mais aqui entre a gente. Entretanto, continuam na prefeitura, porque com essas OS continua o cabide de emprego, a prefeitura, o governo, arrumou uma maneira de continuar empregando quem eles querem sem ter obrigatoriedade de fazer concurso (Esp. 21).*

*Eu gosto do pessoal que trabalha comigo, os ACDs (ASBs) são bons. A gente só fica meio assim com a quantidade de atestados médicos, é uma loucura, a equipe toda fica prejudicada, atrasa o trabalho, fica mais difícil (Esp. 20).*

Nesta outra realidade, adota-se a contratualização de gestão privada na administração pública para aumento de produtividade no trabalho, através das Organizações Sociais (OS) que têm por base a terceirização. Segundo os especialistas, neste contexto são facilitados apadrinhamentos políticos, horários alternativos que burlam a dedicação 40 horas da ESF e absenteísmo nos trabalhadores auxiliares, em geral, com vínculo trabalhista precarizado. Percebido como novo formato de clientelismo político, a gerência privada do espaço público estimula a hiper-individualização e a permanência de hierarquias arraigadas, servindo à reprodução de antigas práticas clientelistas que dificultam o espírito em equipe, reproduzem uma baixa qualidade –eficiência no cuidado e impedem a transformação de paradigmas voltados às novas tecnologias relacionais humanizadoras do SUS.

Estas administrações terceirizadas obedecem uma lógica produtivista incorporada acriticamente do setor privado, onde o engajamento e a dedicação solicitados ao trabalhador do público, identificados como o fazer para os outros e para a sociedade em uma lógica de conjunto, desvirtua-se na sobreposição de interesses privados aos públicos e no descrédito do público-participativo (Gomes, Ramos, 2015). A construção de nova identidade profissional em equipe pautada no comprometimento solidário dos atores com as necessidades populacionais e com a participação democrática, fica entravada. Mantém-se um vácuo de responsabilidade na construção de parâmetros éticos público sociais, quando a ética das escolhas públicas deveria questionar em que medida o Estado pode, e como deve, intervir para construir uma relação de integralidade e qualidade da atenção. O que significa não somente a melhora dos serviços específicos, mas compreender o papel de outros fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que influenciam as políticas públicas geradoras desses serviços, bem com as escolhas dos indivíduos, enquanto trabalhadores e sujeitos sociais (Garrafa, 2004; Berlinguer, 2015).

*A gente cada vez mais tem que se enxergar como equipe, a gente faz reunião pra planejar porque o nosso serviço é novo, agora resolvemos mudar a nossa consulta de 45 min. para 30, para poder aumentar a produção, aí a gente chamou a equipe toda. Acho que está mudando, já teve muito mais esta hierarquia de dentista, tinham alguns que faziam questão de serem chamados de doutor, mas isto é um modelo que eu acho que está acabando (Esp. 14).*

Essa parte específica da especialidade a gente teve que treiná-las e elas se mostraram bastante abertas e pegaram com bastante agilidade as informações, eu acho que a dificuldade seria a ausência delas, existe um certo hábito não só aqui no CEO, de remarcar o paciente, como se o procedimento não pu desse ser feito sem a presença da auxiliar, essa cultura está sendo implantada e é interessante, porque a gente se torna bastante dependente e, às vezes, não sabe qual é o limite (Esp. 15).



Nesta outra realidade, percebe-se um estímulo à decisão compartilhada em equipe, com investimento para mudança da postura profissional no sentido da intersubjetividade, o que se reflete em mudanças atitudinais como necessárias ao comprometimento e o planejamento-programação-avaliação de ações. Segundo Gastão Wagner (2015), um sistema de cogestão depende da construção ampliada de "capacidade de direção" entre o conjunto das pessoas de um coletivo, entendida como potência para compor consensos, alianças e implementar projetos, não somente na cúpula administrativa. Neste sentido, as mudanças voltadas à co-gestão devem superar restrições aos espaços de decisão, onde a liberdade aos trabalhadores seria admitida somente para que desempenhassem seu trabalho segundo o interesse e a visão da direção. Autonomia e integração não podem ser usadas apenas para inventar modos de aumento da produtividade, mas voltadas às soluções singulares dos problemas.

Além disto, é necessário repensar a priorização (Gracia, Cortina, 2011) e a construção de novos valores, desenvolvendo a capacidade reflexiva para instituição da solidariedade voltada ao interesse público, superando a alienação dos trabalhadores e a separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão, do resultado de seu próprio trabalho. Neste sentido, a incorporação da solidariedade crítica e de um senso de democracia participativa não hierarquizada sugere uma transformação qualitativa dos papéis tradicionais assumidos pela ideologia do profissionalismo, de conformação e atuação dos profissionais na equipe. O envolvimento dos trabalhadores na tomada de decisão, permitindo re-normalizações a partir de problematizações e experiências singulares locais, em formas colaborativas de grupalidade e voltadas à satisfação das necessidades/interesses do paciente e das coletividades, auto-constroem um profissional comprometido solidariamente com os resultados assistenciais a serem alcançados, a partir do trabalho e vínculo em equipe. Solicita-se às gerências públicas uma capacitação para ruptura com os velhos paradigmas funcionalista e privado-clientelista de gestão, desafiando a uma nova priorização de valores, tendo à frente valores intrínsecos como a solidariedade crítica e a participação política. Valores necessários à construção do verdadeiro diálogo consigo, enquanto equipe, e com os outros, enquanto relação equipe-usuário comunidade-sociedade, centrais ao estabelecimento de relações democráticas e de respeito à cidadania.

Espaços públicos de debate e redes de interfaces/interações potencializam o protagonismo dos sujeitos, ampliando sua capacidade auto-gestionária, dialógico-relacional, cooperativo-solidária e ético-política. Um trabalho com sentido de pertencimento a algo maior, social e dentro de uma lógica de participação público-coletiva, desempenha papel essencial na elaboração da subjetividade, permitindo que o trabalhador se perceba inscrito em uma história comum. Um sentido molar e transformador interposto nas mediações éticas em micro-espacos de poder inter e intra-equipe, constroem não somente uma produtividade engajada e qualitativamente diferenciada, mas também, o próprio trabalhador como agente ético consciente do que faz e do mundo que o cerca, livre para decidir autônoma e coletivamente, e responsável por sua ação (Chauí, 2011:). Modos coletivos e singulares

de fazer, versáteis e não formais, elevam não somente o potencial produtivo individual em si, mas a força coletiva como qualitativamente superior (Pezzato, L'Abbate, Botazzo, 2013). Como assi nala Marx, "não se trata aqui da elevação da força produtiva individual através da cooperação, mas da criação de uma força produtiva nova, a saber, a força coletiva" (Marx, 2006, p. 379).

### Nova identidade em Equipe

*Não sei se é porque é desconhecido, mas eu não me sinto muito à vontade com um técnico estar até fazendo a parte que o dentista faria (Esp. 4).*

*O que eu escuto falar é normalmente o que acontece nas clínicas mais populares: que as técnicas fazem o trabalho de dentista (Esp. 7).*

*Quando elas terminaram o curso (de TSB), fizemos um trabalho onde elas faziam a parte da profilaxia inicial do paciente, mas não entrou no nosso ritmo aqui no CEO, não. Teria mais função na rede, pra fazer a parte preventiva (Esp. 2).*

*Os dentistas mandam os auxiliares fazerem o trabalho em escola que eles têm por obrigação supervisionar, mas eles não supervisionam. Simplesmente delegam como se fosse só uma função do auxiliar e TSB (Esp. 15).*

As mudanças sugeridas na PNSB, de transformação de saberes-fazer e poderes que envolvem o técnico e o auxiliar nas relações de trabalho, desencadeiam a construção de nova identidade profissional social e público-coletiva. Além disto, as mudanças curriculares sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002 tornam-se socialmente relevantes, especialmente quando conseguem espelhar avanços reais no processo de integração com a rede do SUS, no sentido da vivência junto ao Sistema de saúde desde a graduação ao desenvolvimento dos novos profissionais incorporados à ESF já em um processo de trabalho reformatado (Finkler, Caetano, Ramos, 2014; Araújo, Medeiros, 2010).

Apesar desses avanços, a formação tanto na graduação quanto na pós-graduação, continua sem incorporar o trabalho a 4 ou 6 mãos, mantendo pontuais os contatos como esta equipe na relação ensino-serviço através do Pró-saúde (Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e Pet-saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde). Questiona-se, então, a suficiência deste contato para desencadear o compartilhamento de ações, a convivência e o fazer em equipe na SB (Soares et. al, 2011), visto que apesar de contabilizarem-se mais de 15 anos do início das iniciativas de inserção da ESB na saúde da família, Pet-saúde e da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), além de mais de uma década do Pró-saúde, um profissional inserido na ESF não mostra-se preparado para conduzir a equipe a atingir seus objetivos (Moura et. al, 2013). Haverá um vácuo de responsabilidade ética em relação à construção prática da formação para o trabalho coletivo nas ESB?

A idéia de imposição de "treinamento" do CD ao corpo técnico ainda permanece latente. Parece advir da falta de clareza nos limites das diferentes competências em equipe, apesar do aparato legal existente, e na dificuldade em delegar funções. Além disto, constroem-se problemas no cumprimento do papel de liderança transformacional do CD (Cunha, 2011), podendo refletir-se em negligência ou omissão na supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas pela ESB. O imaginário profissional construído na atuação cirúrgica e individual-liberal em consultório, ainda persiste como imagem-representação social de sucesso, reafirmando o problema ético da desvalorização do trabalho não clínico, bem como do trabalho inter e multidisciplinar, considerados mais ou menos importante ou menos odontológico. Este estereótipo da profissão, das cobranças sociais que dele provêm e dos modelos profissionais mais ou menos valorizados na socialização profissional e na formação docente, reflete-se na preferência dos estudantes por determinadas especialidades clínicas, historicamente supervalorizadas e baseadas em manejo de instrumentos técnicos mais sofisticados e na alta tecnologia de maquinário que agrega valor de mercado. O trabalho em áreas que privilegiam as tecnologias relacionais às de maquinário, os direitos sociais aos individuais-particulares e os valores intrínsecos de solidariedade crítica e participação política aos contratuais-liberais, como no campo da SB (Namen, Galan Júnior, 2011), permanece subvalorado.

Mesmo atestando-se avanços curriculares, uma formação que deveria estar voltada a dotar o CD da ciência das normatizações referentes aos trabalhadores da área da SB; a capacitar para a comunicação com pacientes, trabalhadores da saúde e comunidade em geral; a prepará-los para trabalhar em equipes interdisciplinares como agente de promoção de saúde; a planejar e administrar serviços de saúde comunitária, entre outros (Brasil, 2015d), ainda enfrenta dificuldades na integração ensino-trabalho-gestão-controle social e na formação ética, humanística, cultural e política dos futuros profissionais (Giudice, Pezzato, Botazzo, 2013). O cuidado à saúde acaba pouco permeável ao controle social e à participação democrática (Araújo, Medeiros, 2010), pois o antigo modelo instrucionista, de fora para dentro e de cima para baixo que prioriza a especialização e a clínica individualizada, ainda resiste como principal forma de atuação docente. Perpetua-se a função da universidade como transmissora primordial de técnica e tecnologia, mantendo-se fragmentados corporalmente, indivíduo-social, ciência-ética.

Entretanto e apesar dos problemas ainda persistentes na formação, percebe-se nas falas dos entrevistados que muito já se avançou para transformação do perfil do profissional e do próprio educador, voltando-os ao desenvolvimento de uma maior sensibilidade e compromisso ético-político com a cidadania e com o sistema de saúde brasileiro. Em especial, para aqueles profissionais que vão se inserindo em uma nova realidade de trabalho, em um novo modo de ser no serviço. Assim, um investimento na formação permanente para transformação de valores que possibilitem a construção de um diálogo solidário e uma participação ético-política e atuação comunitárias efetivas, ainda permanece como desafio à Bioética brasileira.

*A vantagem aqui no CEO é o multidisciplinar, cada um trabalha bem alguma coisa e isso facilita bastante. A parte ruim é porque nem todos têm a mesma interpretação do serviço público e isso destoa (Esp. 25).*

*Eu vejo aqui de experiência comum uma cooperação interdisciplinar gigantesca, esse protocolo de cada um não estar (somente) no seu consultório (Esp. 23).*

*No sistema público existe a dificuldade por você não ser um patrão direto, não que os funcionários não sejam bons, mas fica muito complicado você achar que pode ditar ordem. Depende muito da boa vontade do TSB ou ASB para com o dentista (Esp. 16).*

*Na nossa equipe não existe hierarquia, mas eu sou a favor de uma hierarquia no serviço público, eu tenho a impressão que funciona melhor (...) aqui na nossa área de especialidade todo mundo meio que se autogoverna e cada um dá sua contribuição e a gente conversa bastante sobre as decisões (Esp. 15).*

*Eu acho que está mudando, nos meus 15 anos de trabalho já teve muito mais esta hierarquia de dentista, tinham alguns que faziam questão de se serem chamados de doutor (...) a gente cada vez mais tem que se enxergar como equipe (...) tem que ter respeito, cada um tem que ver o seu papel na equipe (...) os próprios auxiliares não aceitam mais serem tratados como subalternos (Esp. 14).*

Estas falas evidenciam a transformação da identidade profissional as sumindo características mais solidárias e horizontais, bem como percebendo o trabalho auxiliar como executado por sujeitos autônomos e parte de uma mesma coletividade. Esta nova cultura relacional especialmente construída no serviço público, pode estimular a busca pelo comprometimento com as necessidades/interesses da maioria da população ou de populações vulneradas, a partir de nova intersubjetividade contruída no comum. Para tanto, faz-se necessário superar a naturalização da hierarquia, construída socialmente e reforçada pelo modelo biomédico de ensino-trabalho como uma escala de valores que empodera o CD através do conhecimento técnico-científico esotérico como uma autoridade, autônoma e onipresente, no restrito ambiente do consultório. Um empoderamento clínico fragmentado pelas especialidades que subordina o corpo auxiliar através de graus sucessivos de comando e responsabilidades, estabelecidos sob rígida orientação. A antiga personificação de uma ética beneficente paternalista nos moldes eclesiais à figura do médico, somada à responsabilidade civil do CD, mantém quase inalterada a onipresença destes profissionais, não como lideranças em equipe, mas como autoridade apoiada na obediência de subalternos. Instala-se uma relação pouco aberta ao diálogo, à troca de conhecimentos e as construções intersubjetivas, verdadeiramente potentes de cuidado. Uma hierarquia que aparece como hábitus ou tendência à persistência de um Estilo de Pensamento gerador de conhecimentos, práticas e representações que coersionam a reprodução de determinado modus operandi.

As mudanças propostas pela SB, de incorporação de um sujeito reflexivo e ativo em diferentes relações de poder, pautada na dissolução de fronteiras disciplinares e no desarranjo das hierarquias, o que significa um rompimento de paradigmas com a ideologia da eficiência e do profissionalismo (merito cracia), base do modelo liberal de clínica e profissão (Botazzo, 2015) -, precisa ser reforçado por uma Bioética que promova o rompimento com o velho tecnicismo hierárquico da agregação de conhecimento e responsabilidade centrada no CD.

Neste novo paradigma, a produção em saúde não é baseada somente no resultado técnico-material, mas também na produção não-material de valores, relações e afetos, assumindo um caráter diferenciado: em um novo padrão de troca inter-humana horizontalizado e coletivo-cooperativo. A ruptura conceitual e metodológica com o tradicional estabelecido em direção ao social como o lugar privilegiado de produção da saúde-doença, incorpora outros saberes e práticas para transformação simultânea do próprio saber e prática odontológicos: coletivos, não hierárquicos, inclusivos e além-clínico.

Numa época em que as doenças da boca assumem um caráter eminentemente antrópico (Berlinguer, 1978), as questões sociais assumem uma feição de causalidade muito mais evidente: desde as iniquidades que sugerem "cacotanásias dentais" mortas prematuras, precoces e evitáveis dos dentes -; acompanhadas de problemas no acesso ao tratamento odontológico às populações vulneradas, incluindo a atenção especializada; e de uma acentuada mercantilização da aparência facial, onde prevalece o consumo do estético cosmético, influenciado pelo interesse/desejo socialmente coersionado nas opções de tratamento ao paciente pela ideologia do consumo e da lucratividade. Torna-se socialmente necessário a construção de um pensamento equitativo em SB que remeta ao compromisso social da odontologia, estabelecendo a centralidade da ética das escolhas públicas e o comprometimento dos profissionais da SB com essas escolhas – agora, em coletivos de trabalho.

## Conclusão

Um novo nexos de saber, fazer e ser em equipe, construtor da SB não apenas como produto de consumo estético e artesanal/tecnológico, mas principalmente, como prática social exercida em equipe de trabalho não hierarquizado, da graduação à formação *lato sensu*, ainda permanece como um desafio bioético. O reposicionamento profissional no sentido de viabilizar a resolutividade em equipe, a efetividade na assistência e integralidade na atenção à saúde bucal, passa por uma solidariedade resignificada a partir de um olhar ao outro como um igual, apesar de diferente: como um ser humano trabalhador, com direitos e papéis definidos de acordo com suas competências, em relações que demandam diálogo e respeito mútuo. Constrói-se como desafio bioético, em uma conjunção epistemológica e prática com a SB, a construção de uma nova identidade ao profissional da odontologia, considerando-se novas relações in ter e intra-equipes de trabalho. Ao perceber-se servidor do público, este profissional espelha-se em novo ethos que tem associado a produção de valores de uso a valores intrínsecos de solidariedade crítica e participação política.

## Referências

1. **Araújo RJG, Medeiros UV.** Análise das percepções de alunos de graduação sobre Odontologia do Trabalho. *RBO* 2010; 67(2):157-63.
2. **Berlinguer, G.** Medicina e Política. São Paulo: CEBES HUCITEC; 1978
3. **Berlinguer G.** Bioética Cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1° reimpressão, 1° edição; 2015.
4. **Botazzo C.** Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec; 2015.
5. **Brasil.** Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Portal do Departamento de Atenção Básica (atenção hospitalar). Acessível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php); 2015 a.
6. **Brasil.** Ministério da Saúde. Portal da Saúde – Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Acessível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php); 2015 b.
7. **Brasil.** Ministério da Saúde. Portal da Saúde – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Acessível em: <http://189.28.128.178/sage/>; 2015 c.
8. **Brasil.** Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais. Acessível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao); 2015 d.
9. **Campos GWS.** Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2015.
10. **Chauí M.** Ética e Violência no Brasil. *Rev Bioethikos* 2011; 5(4):378-383.
11. **Cunha CJCA.** Gestão e liderança em unidades básicas de saúde. Florianópolis: Pandion; 2011.
12. **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. *Saúde Soc.* 2012; 24(2):372-385.
13. **Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS.** Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. *Trab. Educ. Saúd* 2014; 12(2):343-61.
14. **Frazão P, Naryai PC.** Lei n. 11889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trab. Educ. Saúd* 2014; 9(1):109-123.
15. **Garrafa V.** Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Zoboli, LECP; Fortes, PAC. Bioética e saúde pública. São Paulo: São Camilo/Loyola; 2004, 2ª edição, p. 49-69.a.
16. **Giudice ACMP, Pezzato LM, Botazzo C.** Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de saúde da família. *Saúde em Debate* 2013; 37(96): 32-42.
17. **Gomes D, Ramos FRS.** Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. *Cien Saúde Col* 2015; 20(8):2591-2600.
18. **Gracia D, Cortina A.** La cuestión del valor. Madrid, ES: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; 2011. 202 p.

19. **Marx K.** O Capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Livro 1, vol. I, 23ª ed.; 2006.
20. **Medeiros RHA.** Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis* 2015; 25(4):1165-1184.
21. **Moraes R, Galiazzi MC.** Análise Textual Discursiva. Rio Grande: UNIJÍ; 2011.
22. **Moura M, Ferro FEFD, Netto OBS, Lima MDM, Moura LFAD.** Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):471-80.
23. **Namen FM, Galan Júnior J.** Reflexões sobre a educação de profissionais da área da saúde. *Cien Saúde Col*, 2011; 16:(supl.1):1611-19.
24. **Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C.** Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. *Cien Saúde Col* 2013; 18(7):2095-04.
25. **Sá EMO, Melo MB, Cavalcanti CAT, Oliveira LA, Pereira NNR, Marques ORA, Santos RM, Gonçalves DHA.** As atribuições do técnico de saúde bucal: sistematização de práticas. *Trab. Educ. Saúde* 2011; 8(3):463-484.
26. **Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, Jordão RA, Freire MCM.** Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Cien Saúde Col* 2011; 16(7): 3169-80.21.
27. **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.
28. **Zoboli ELCP.** Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. *O Mundo da Saúde* 2009; 33 (2): 195-204.

■ Recebido em: 21/08/2016. Aprovado em: 11/11/2016.