

IMPUTAÇÕES IDEOLÓGICAS: DERIVAÇÕES PÚBLICAS
E PRIVADAS DO PROFISSIONALISMO COMO CRENÇA
NA HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA - UM
ENSAIO SOBRE O Esvaziamento da Ação



Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos de Saúde Pública
Observatório de Recursos Humanos em Saúde

**IMPUTAÇÕES IDEOLÓGICAS: DERIVAÇÕES PÚBLICAS
E PRIVADAS DO PROFISSIONALISMO COMO CRENÇA
NA HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA - UM
ENSAIO SOBRE O Esvaziamento da Ação**

Carlo Henrique Goretti Zanetti

Colaboradores

José Antônio Abreu de Oliveira
Maria Helena Magalhães de Mendonça

Brasília, DF
2012

© Núcleo de Estudos de Saúde Pública, 2012

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Autoria:

Carlo Henrique Gorette Zanetti

Colaboração

José Antônio Abreu de Oliveira

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Revisão de texto: Yana Maria Palankof

Editoração: Priscilla Paz

Parte deste material integrou o Plano Diretor 2007/2009, do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB), financiado pelo Ministério da Saúde pelo Acordo de Cooperação Ministério da Saúde-Organização Pan-americana da Saúde. Pode ser encontrado no sítio web: <http://www.observarh.org.br/nesp>.

Contribuições e sugestões podem ser enviadas para:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH

Núcleo de Estudos de Saúde Pública – Nesp

SCLN, 406, bloco A, sala 202, Asa Norte, Brasília-DF

CEP 70847-510

Telefax: (61) 3340 6863/3349 9884

E-mail: observarh.unb@observarh.org.br

Ficha catalográfica elaborada por Diego da Silva Paiva CRB 1/0598

Z28i Zanetti, Carlo Henrique Gorette

Imputações ideológicas: derivações públicas e privadas do profissionalismo como crença na história da Odontologia brasileira: um ensaio sobre o esvaziamento da ação / Carlo Henrique Gorette Zanetti ; colaboração: José Antônio Abreu de Oliveira, Maria Helena Magalhães Mendonça. – Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp, 2012.

96 p. (Série Formulação 2)

ISBN: 978-85-7967-083-1

1. Saúde bucal 2. . Técnico em saúde bucal 3. Recursos humanos em saúde 4. Saúde da família 5 Divisão do trabalho em saúde 6. Distrito Federal I. Zanetti, Carlo Henrique Gorette II. Oliveira, José Antonio de Abreu III. Mendonça, Maria Helena Magalhães IV. ObservaRH

CDU 614.2

DEDICATÓRIA

Miguel Archangelo Zanetti (*in memoriam*)

Vera Maria Goretti Zanetti

João Campos de Oliveira (*in memoriam*)

Ana Abreu de Oliveira (*in memoriam*)



SUMÁRIO

SOBRE OS AUTORES	9
PREFÁCIO	11
APRESENTAÇÃO.....	13
I.	
TEORIA POLÍTICA E APLICADA: UM OLHAR NEO-INSTITUCIONALISTA SOBRE AÇÃO COLETIVA, CONFLITOS INSTITUCIONAIS E STATUS PROFISSIONAL NA ODONTOLOGIA BRASILEIRA.....	21
1 INTRODUÇÃO	23
2 O ESTADO COMO ESFERA DE AÇÃO POLÍTICA E CONSTITUCIONAL DA CATEGORIA.....	31
3 <i>RATIONAL CHOICE</i> COMO APORTE TEÓRICO	33
4 A RAZÃO UTILITÁRIA E O PROCESSO CONSTITUCIONAL (CONTRATO): CUSTOS E POSSIBILIDADES CONFLITANTES	33
5 O PROCESSO CONSTITUCIONAL, A LÓGICA DAS COALIZÕES E AS POSSIBILIDADES CONFLITANTES DECORRENTES DOS JOGOS DE VITÓRIA.....	37
6 O PROCESSO CONSTITUCIONAL, A LÓGICA DUAL E AS POSSIBILIDADES CONFLITANTES DECORRENTES DA EXCLUSÃO DOS CONCORRENTES NO MERCADO	37
7 O PROCESSO CONSTITUCIONAL, AS ANARQUIAS E AS POSSIBILIDADES CONFLITANTES NA REDUÇÃO DOS ESFORÇOS DE PREDACÃO E DEFESA	39
8 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS	44

II.

A DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO EM PERSPECTIVA: AS COMPETÊNCIAS DOS TÉCNICOS E A ATUALIDADE DA LONGA HISTÓRIA DE UM DESAFIO

INTERPRETATIVO	49
1 INTRODUÇÃO	51
2 ANTECEDENTES INTERNACIONAIS DA DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO.....	52
2.1 O BERÇO NORTE-AMERICANO	52
2.2 A CONTRIBUIÇÃO NEOZELANDESA	56
2.3 DE TEMPOS E MOVIMENTOS, A EMERGÊNCIA DOS TÉCNICOS AUXILIARES.....	59
3 ANTECEDENTES NACIONAIS DA DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO	61
3.1 A DIVISÃO SOB A IDEOLOGIA DO PROFISSIONALISMO.....	62
3.2 A DIVISÃO SOB A IDEOLOGIA DA ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA	64
3.2.1 A ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA NA ERA CHAGAS	64
3.2.2 A ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA SESPIANA.....	66
3.3 A DIVISÃO SOB A IDEOLOGIA DA ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA.....	68
4 AS QUESTÕES ATUAIS DA DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO NO BRASIL: DESGOVERNO PROFISSIONAL, SAÚDE BUCAL NO PSF E LEI N. 11.889/2008	72
4.1 O DESGOVERNO DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA	72
4.2 A AUSÊNCIA DE PROCESSOS SUSTENTÁVEIS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF E DE SUA FORÇA DE TRABALHO	76
4.3 AVANÇOS E LIMITES DA LEI N. 11.889/2008	81
4.4 A PRINCIPAL QUESTÃO DA LEI N. 11.889/2008.....	83
5 CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS	88

SOBRE O AUTOR E COLABORADORES

CARLO HENRIQUE GORETTI ZANETTI

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1987), com especialização em Saúde Pública (1988), mestrado (1993) e doutorado (2005), todos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Sua tese recebeu menção honrosa na categoria doutorado do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS – 2006 do Ministério da Saúde. Atualmente é professor da Universidade de Brasília no Departamento de Odontologia e já foi colaborador do Instituto de Ciência Política/UnB. É pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública/UnB na Rede Observatório de Recursos Humanos. Em 2006 foi condecorado com a Medalha JK, a maior distinção honorífica concedida pelo Conselho Superior da UFJF, dentre os homenageados encontrava-se o ex-presidente Itamar Franco. De 2007 a 2010 foi assessor da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (Conep) do Conselho Nacional de Saúde, colaborando com a concepção e o desenvolvimento da Plataforma Brasil de Pesquisas com Seres Humanos. Em 2011 iniciou uma segunda graduação, desta vez em Engenharia Civil. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva e Ciência Política, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva e Política Social, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde da família, política de saúde, avaliação dos serviços de saúde, serviços de saúde bucal-economia e dotação de recursos para cuidados à saúde.

E-mail: zanetti@unb.br

JOSÉ ANTÔNIO ABREU DE OLIVEIRA

Graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Campos (1984), com especialização em Saúde Coletiva em Odontologia pela Universidade de Brasília (2003) e mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fiocruz (2008). Atualmente é pesquisador e cirurgião-dentista da Prefeitura Municipal de Varre Sai. Tem expe-

riência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde bucal, auxiliares odontológicos, programação em saúde bucal, integralidade, fluoretação das águas, ação coletiva, promoção de saúde, planejamento e teses para conferência. E-mail: cdjose@bol.com.br.

MARIA HELENA MAGALHÃES DE MENDONÇA

Graduada em Sociologia e Política pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1974), com especialização em Curso Monográfico de *Salud En El Trabajo* pela *Universidad Nacional Autonoma de Mexico* (1981), especialização em Curso Internacional de Especialização em Planejamento pela Fundação Oswaldo Cruz (1986), mestrado em Administração e Planejamento em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz (1992) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2000). Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas e juventude, processos sociais da infância e da adolescência. Atualmente é pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde e professora de pós-graduação *stricto sensu* no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. E-mail: mhelenam@ensp.fiocruz.br.

PREFÁCIO

O profissionalismo ou corporativismo profissional continua a ser um dos grandes obstáculos à cobertura universal e à eficiência das ações pelos sistemas públicos de saúde. A odontologia não constitui exceção quanto a isto, como bem o comprovam os estudos reunidos neste volume.

As raízes históricas do profissionalismo encontram-se nas corporações medievais, quando eram muito limitadas as possibilidades de venda de serviços pelos profissionais da saúde, na medida em que também eram acanhadas todas as relações mercantis de compra e venda de uma economia pré-capitalista. Mas atualmente o profissionalismo, ao rejeitar ou minar os efeitos positivos da divisão do trabalho, que em muitos países é realizada mediante a atribuição e a articulação de diferentes e complementares funções entre o odontólogo e o pessoal auxiliar, surge como uma excrescência histórica e uma atitude de negação do direito de todos à saúde.

Com percuciência e méritos de um pesquisador socialmente engajado, o autor põe em evidência o entrave que representa esse viés corporativo, que, acima de tudo, constitui um veículo de injustiça social, pois obstrui ou reduz sensivelmente os esforços de organização dos serviços odontológicos do SUS para as populações carentes das grandes e pequenas cidades.

O traço mais saliente desses trabalhos é o de fazer uma avaliação dos resultados do trabalho coletivo em odontologia e de seu alcance em termos de justiça social, superando a limitação de muitos estudos de recursos humanos em saúde que se prendem apenas à descrição da composição das equipes e a sua distribuição geográfica. Neste sentido, os estudos

aqui publicados contribuem de modo valioso para ajudar nos esforços de racionalização e melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

Médico e doutor em saúde coletiva

Técnico de planejamento e pesquisa do Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada (Ipea)

Colaborador do ObservaRH-Nesp/Ceam/UnB

APRESENTAÇÃO

Coube ao antropólogo Claude Lévi-Strauss¹, aquele mesmo que segundo o Caetano Veloso² detestou a baía da Guanabara “pareceu-lhe uma boca banguela”, demonstrar a eficácia simbólica das crenças; o quanto nosso repertório simbólico pode operar muitas coisas, inclusive partos e curas.

Toda crença eficaz encerra um conjunto de valores. O profissionalismo é uma crença. Seus valores são os valores profissionais amalgamados a valores de mercado. Ele é a síntese de antigas crenças de direito de propriedade de prática de trabalho atribuída a grupos particulares, refuncionalizadas no moderno mercado capitalista. Segundo Bourdieu³, na modernidade, direitos ancestrais de sangue foram substituídos por direitos de mérito. Com isso, no mercado de trabalho moderno, o profissionalismo se tornou uma das crenças eficazes para ordenar a divisão social do trabalho. Seu poder foi fundamental para a conformação das várias profissões, as quais segundo Freidson⁴ são ocupações privilegiadas que se distinguem das muitas outras demais ocupações sem privilégios.

A eficácia simbólica da nossa crença pode nos levar a resultados benéficos ou a maléficis; ou, até mesmo, como afirma Nietzsche⁵, a resultados de afirmação da vontade para além do bem e do mal.

1 Lévi-Strauss C. Eficácia Simbólica. In: Lévi-Strauss C. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1973. p. 215-236

2 Veloso C. O estrangeiro. In: “Estrangeiro”. Polygram: 1989. Faixa 1.

3 Bourdieu P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. 3ª ed. Campinas: Papyrus, 2001.

4 Freidson E. O renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. Edusp: 1988. (Coleção Os Clássicos, n. 12)

5 Nietzsche F. Além do bem e do mal. 1886

Sua eficácia varia quando as circunstâncias mudam e a crença não as acompanha. Assim, a eficácia da crença pode passar situacionalmente de benéfica para maléfica, ou vice-versa.

No caso do profissionalismo e a Odontologia brasileira, sua eficácia simbólica levou a resultados ocasionalmente benéficos e maléficos.

Essa crença foi eficaz para produzir o vigoroso efeito de fazer emergir a Odontologia como profissão moderna no Brasil na primeira metade do século XX. Algo que foi benéfico para seus praticantes modernos e, com o tempo, para toda a sociedade brasileira. Sob a ânima (alma, espírito, inspiração, motivação) do profissionalismo se corporificou a profissão como um empreendimento social, uma instituição a ser mantida, administrada e aperfeiçoada.

Mas, a forma particular como essa crença profissional foi estabelecida e animou a profissão ocasionou problemas para a própria Odontologia brasileira.

Em seu ambiente original (o mercado), o profissionalismo foi aqui assimilado como ideologia; i.e., como saber adquirido com grande economia de custos de informação; já que o mesmo não foi alicerçado em sólidos exercícios filosóficos e científicos (ciências sociais). Nessas bases, esse profissionalismo nasceu e floresceu amador. Fundamentos racionais (sociológicos, econômicos e políticos) do profissionalismo como formulação sistemática foram ignorados por todo o século XX; e, quando a situação mudou nos anos 90, a ignorância e a ausência destes fundamentos imputaram à profissão consequências, no mínimo trágicas, do ponto de vista social particular da profissão; produzindo uma história recente que não é motivo de qualquer orgulho.

Seu estabelecimento foi igualmente eficaz para obliterar completamente a visada da missão profissional da Odontologia no interior das estruturas estranhas ao mercado privado: nas estruturas assistenciais odontológicas e sanitário-bucais estatais. Daí, a longa história da Odontologia nos serviços públicos brasileiros foi e tem sido também, no mínimo, trágica; e, do ponto de vista social geral, também não é motivo de qualquer orgulho.

Esse livro se propõe a tratar de algumas das consequências históricas do profissionalismo Odontológico brasileiro no mercado e no aparelho de Estado. Por isso ele bem poderia ser jocosamente intitulado de “Girando no vazio”, “Pela métrica do umbigo” ou “Atrás do próprio rabo” porque se propõe a apresentar alguns custos auto-imputados por uma ignorância no pensar e um niilismo no agir dos dentistas sobre sua própria profissão; uma verdadeira e mal sucedida deriva histórica.

O primeiro texto desta publicação - *Teoria política aplicada: um olhar neo-institucionalista sobre ação coletiva, conflitos institucionais e status profissional na odontologia brasileira* - é um ensaio teórico que foi originalmente produzido em 2001, como trabalho acadêmico da disciplina “Escolha Racional e Análise Política” oferecida pelo programa de pós-graduação em Ciência Política do IUPERJ. Depois ele foi reelaborado como parte do projeto de tese de doutoramento em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ apresentado e aprovado por banca de qualificação em 2003. Anos depois o texto foi preparado (reduzido) para publicação em formato de artigo de periódico científico. Mas, nos procedimentos de *peer review* ele não foi aceito. Foi considerado demasiadamente hermético, teórico e inacessível aos leitores dos Cadernos de Saúde Pública. Ficou anos guardado no *freezer*, ocasionalmente utilizado como literatura de apoio na graduação (Disciplina de Odontologia Social do Curso de Odontologia da UnB). Onze anos depois, quando da nova chance de vê-lo publicado, agora como parte desse livro, o texto me pareceu incrivelmente atual. Pena que as coisas tratadas no particular desse ensaio mudaram tão pouco nessa última década! Eu preferia que o texto tivesse envelhecido; mas não. Depois da atualização em alguns poucos dados conjunturais e da inclusão de algumas breves referências sobre a situação da força de trabalho odontológica na China e na Índia, o texto atingiu a forma que está sendo apresentado.

Ele é um texto que busca fazer um contraponto com um texto anterior⁶, publicado em 1999, escrito quase que exclusivamente sob a

6 Zanetti CHG. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. *Ação Coletiva* 1999;1(6):11-24. Disponível em: URL:www.saudebucalcoletiva.unb.br

perspectiva econômica. O contraponto é a introdução da dimensão política (ainda que submetida ao cálculo econômico da ação política, ao “cálculo do consenso”) à análise da crise profissional.

Em resumo, ele busca investigar os mecanismos políticos de atribuição de *status* econômico à Odontologia brasileira, pressupondo que tal *status* é finalidade pretendida por cada praticante da comunidade profissional, porém só alcançado com ações coletivas. Toma como objeto os fenômenos referentes às ações constitucionais da categoria e trabalha o seguinte problema: os integrantes da corporação vêm dependendo ações coletivas racionais e sustentando os custos de ação para a manutenção ou aumento de seu *status*? A hipótese é que os mecanismos de contratação da categoria sempre foram de natureza política e conflitante, ocorrendo em conjunturas de incapacidade do mercado se autorregular e assegurar a majoração ou proteção dos preços dos serviços. Nesses momentos, grupos de interesses recorrem à ação política para redefinir o estatuto e a legalidade do exercício profissional; é quando a própria constituição dos direitos gera processos de exclusão profissional (concorrentes econômicos), efetivando ajustes no tamanho e perfil da comunidade de praticantes considerados necessários à regulação da oferta de serviços privados. Na Odontologia brasileira essas conjunturas são fundamentalmente as: a década de 1930 e a do pós-anos 1990. Sob aporte da *Rational Choice*, conclui-se que, ao contrário da década de 1930, no pós-anos 1990, acumulam-se perdas de *status* profissional quando grupos de interesses que constituem a sociedade política da categoria não vêm praticando ações significativas e transitivas com a preservação de *status*. As ações atuais, com baixo nível de politização e institucionalização, limitam-se em criar um mercado profissional interno ao mercado profissional estabelecido, um mercado de especialistas, no qual surge toda sorte de problemas e conflitos decorrentes desses privilégios.

Minha tese de doutorado⁷ seguiu um rumo completamente diferente daquilo que foi defendido em banca de qualificação de projeto. O enfoque da Sociologia das Profissões e a discussão da crise da Odontologia brasileira foram deixados de lado. A tese emergiu em 2005 com o enfoque da Política, Planejamento e Programação, cujo objeto foi a análise da (in)utilidade e da (in)justiça do ordenamento jurídico da assistência odontológica na estratégia Saúde da Família. Sorte minha ela ter recebido o destaque da menção honrosa no Prêmio de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde em 2006. A tese foi uma franca tentativa de complementação, extensão e atualização do esforço de análise política iniciado com a minha dissertação de mestrado⁸ defendida em 1993.

Em 2009, a convite do Observatório de Recursos Humanos do NESP/UnB, dediquei-me ao esforço de redigir um projeto para a pesquisa⁹ financiada pela Rede de Observatórios de RH do Ministério da Saúde e OPAS. Nessa empreitada pude contar com a produtiva parceria de José Antônio de Abreu Oliveira, colega e ex-aluno de especialização, então recém-egresso do mestrado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. Ao trazer sua dissertação de mestrado¹⁰ para a discussão do projeto José Antônio me deu a oportunidade de resgatar a discussão da Odontologia Brasileira pela perspectiva da Sociologia das Profissões. O

7 Zanetti CHG. A utilidade como função para universalidade e equidade: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no Saúde da Família. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/politicas/Premio_MS_menc_2006.html>

8 Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 1993. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/politicas/1reforma_estado.htm#dissertacao>

9 ZANETTI, CHG; OLIVEIRA, JAA; LIMA, MAU. Para dividir o trabalho odontológico: a hermenêutica da administração e profissão na divisão do trabalho das atividades não exclusivas (não privativas) do CD entre TSB, ASB e ACS nas equipes de Saúde da Família com saúde bucal modalidade II. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH, 2009. Projeto de pesquisa. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/pesquisa/arearestrita/projeto.pdf>>.

10 Oliveira JAA. O técnico de higiene bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2008.

projeto foi uma oportunidade de cruzar linhas de investigação complementares que até então andavam em paralelo.

Do encontro de uma tese e uma dissertação, ambas defendidas na ENSP/FIOCRUZ, sob estímulo da linha de pesquisa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH (Nesp/Ceam/UnB), financiada pelo Acordo de Cooperação Técnica Ministério da Saúde – Organização Pan-americana da Saúde, emergiu o segundo texto - *A divisão do trabalho odontológico em perspectiva: as competências dos técnicos e a atualidade da longa história de um desafio interpretativo*. Esforço que contou com revisão e sugestões de redação feitas por Tiago Coelho de Souza (UnB), Nilce Santos de Melo (UnB), Lana Bleicher (UFBA) e Zuleide Valle Ramos (colaboradora UnB).

Completando uma trilogia onde o primeiro texto teve enfoque na economia; o segundo, enfoque na política; o terceiro texto, que é a segunda parte desse livro, com enfoque sociológico orientado pela categoria “divisão do trabalho”.

Nesse segundo e último ensaio se considera que, com mais de cem anos de história, a divisão do trabalho odontológico é um processo afeto a princípios distintos e às vezes antagônicos: o profissional (social) e o administrativo (técnico/econômico). As circunstâncias geradas pelo dinamismo histórico desses princípios/crenças contendedores recursivamente redefinem as possibilidades de sua operação. No Brasil de hoje, o brutal excedente de cirurgiões-dentistas (CD) na composição da força de trabalho odontológico tem gerado: (i) anomalias no processo de profissionalização da odontologia brasileira; (ii) ineficácia e injustiças no processo de racionalização e expansão da divisão de trabalho (trabalho em equipe) no SUS, em particular na atenção básica orientada pela estratégia Saúde da Família; (iii) a perpetuação de disputas interpretativas a respeito dos instrumentos normativos do ordenamento jurídico, tal como a Lei n. 11.889/2008, que regulamenta as profissões de técnico de saúde bucal (TSB) e auxiliar de saúde bucal (ASB). Tudo isso são elementos cruciais para o futuro da organização de oferta de saúde bucal na atenção básica, bem como para a disposição futura da força de trabalho no processo de transição epidemiológica em curso no país, hoje ainda excludente.

Com o artigo de 1999 e o livro de agora, esperamos dar prosseguimento aos esforços anteriores de pesquisas, dissertações e tese. Algo que se soma a um conjunto de análises próprias das Ciências Sociais aplicadas à Odontologia brasileira na perspectiva do Estado, do mercado e da sociedade (no particular da profissão).

CARLO HENRIQUE GORETTI ZANETTI



I.

TEORIA POLÍTICA APLICADA: UM OLHAR
NEOINSTITUCIONALISTA SOBRE AÇÃO
COLETIVA, CONFLITOS CONSTITUCIONAIS E
STATUS PROFISSIONAL NA ODONTOLOGIA
BRASILEIRA

CARLO HENRIQUE GORETTI ZANETTI





I.

TEORIA POLÍTICA APLICADA: UM OLHAR
NEOINSTITUCIONALISTA SOBRE AÇÃO
COLETIVA, CONFLITOS CONSTITUCIONAIS E
STATUS PROFISSIONAL NA ODONTOLOGIA
BRASILEIRA

1 INTRODUÇÃO

Este ensaio tem uma filiação teórica explícita numa linha de autores clássicos neointitucionalistas da teoria da Escolha Racional (*Rational Choice*), cientistas políticos com forte orientação em economia que defendem ideias instrumentais de que instituições afetam o comportamento dos indivíduos; que o conflito entre grupos rivais pela apropriação de recursos escassos é central à vida política; que os indivíduos operam como *optimizers* em busca da maximização da sua utilidade com comportamentos em que eles, os indivíduos, perderão mais ao evitá-los do que ao aderir a eles (equilíbrio de Nash); e que as instituições oferecem aos atores uma certeza maior ou menor quanto aos comportamentos presente e vindouro dos outros atores, instituições que se tornarão mais robustas quanto mais elas tornarem possíveis os ganhos resultantes de trocas (HALL; TAYLOR, 2003, p. 193- 223).

O neoinstitucionalismo é uma perspectiva teórica que teve seu maior destaque na segunda metade do século XX entre os intelectuais norte-americanos. Como toda teoria, uma ferramenta interpretativa, a Escolha Racional tem sua utilidade aumentada ou diminuída segundo

a pretensão epistêmica daquele que a utiliza, mas, fundamentalmente, segundo a ontologia do próprio objeto que evocou seu uso.

No caso particular deste ensaio, epistemicamente, a pretensão é francamente nomotética, portanto intrinsecamente reducionista: reduzir sujeitos, valores e práticas complexas a simplificações com vistas à destacar apenas alguns aspectos isolados, aqui, em particular, os aspectos políticos e econômicos sob a perspectiva do individualismo metodológico. É a epistemologia da “redução do terreno ao mapa”, do complexo ao simples, do real ao modelo.

Ontologicamente, o ensaio toma como objeto profissionais que sustentam um conjunto de crenças e valores (ideologia do profissionalismo) que os induz à redução de sua própria percepção na complexidade. Profissionais que acabam por ter uma enorme dificuldade de compreensão de sua própria realidade, visto que, na prática, se preocupam pouco em ajustar o mapa que fazem de si próprios e seu contexto ao terreno da realidade profissional complexa em que se insere.

Nosso objeto é o típico dentista brasileiro, que, seguindo a opção ideológica que o forma e o informa, em sua ampla maioria, atomiza seu papel profissional e reduz o sentido de sua missão profissional. Torna-se quase exclusivamente um agente econômico individual e isolado em um mercado concorrencial de serviços, mercado este analisado por aquele, quase exclusivamente, sob a ótica microeconômica. Portanto, um sujeito quase sempre míope às demais questões macroeconômicas e político-sociais inerentes. Assim, limitado por uma ideologia específica, o profissional representativo do dentista brasileiro acaba sendo um sujeito que reduz a base de sua existência profissional à dimensão econômica e unidimensional da sobrevivência, um sujeito que se percebe num mercado de serviços quase exclusivamente como um “indivíduo carteira” ou um “indivíduo calculadora”.

Nesse contexto, suas ações políticas profissionais comuns reproduzem as matrizes de suas opções ideológicas. Age egoísta e possessivamente em causas individuais quase sempre por motivações microeconômicas, ações que, ocasionalmente, exigem a associação para a formação de pequenos grupos de interesse, não mais que isso! Portanto, são atores que usam o umbigo como régua para medir o mundo, com ações políticas

quase sempre destituídas de valores comunitários, esvaziadas de sentido comum e de solidariedade; profissionais despossuídos de senso de pertencimento e identidade a um grupo e a uma causa maior. Desse modo, o próprio sentido social de missão profissional é esvaziado pelas crenças e pelos valores da forja do mercado. Assim, sequer a própria profissão é valor e causa suficiente de reflexão, discussão, mobilização e ação coletiva.

Para a ontologia desse *ser* despedaçado e autounidimensionalizado, uma episteme profundamente reduzida ao econômico, movida por aquela típica pretensão de descrição fundamental, parece-nos muito bem adequada.

Dessa opção situacional pela *Rational Choice* deriva uma pretensão analítica específica e explícita: explorar alguns mecanismos políticos de atribuição de *status* econômico à odontologia brasileira, especialmente quando tal *status* é considerado em sua perspectiva microeconômica de renda e riqueza como uma finalidade pretendida individualmente por cada praticante de uma dada comunidade profissional, porém alcançado com ações coletivas de grupos de interesses, com comportamentos estratégicos e estruturas históricas de escolhas em cenários complexos.

Se acreditarmos no pressuposto de que para qualquer coletividade ordenada a manutenção do *status* depende de ação coletiva e seus custos, então não é difícil entender uma das consequências da falta de ação coletiva: a perda de *status*. Esse mecanismo é demonstrado por sociólogos, juristas, cientistas políticos e economistas. Bourdieu (2001) por exemplo, numa abordagem mais sociológica, afirma que a manutenção de um padrão de dominação num campo (de qualquer capital convertido ou não em capital simbólico) implica ações e custos. Bobbio (1999), jurista, sustenta que sem ações pautadas em um poder constituinte (do ordenamento) há um aumento nas possibilidades das práticas privadas de violência, com todas as consequências deletérias numa determinada sociedade. Santos (1989, p. 23-39), cientista político, assegura que as interações sociais conflitivas especiais entre grupos de interesses são interações marcadas por uma lógica dual (por ser racionalizada intra e intergrupos, ou porque ela também tem de administrar conflito e solidariedade nessas interações) cuja existência impede qualquer manutenção de *status* sem ação e sem custos. Ou ainda Buchanan (1975), economista, defende que indivíduos, grupos

organizados e governos criam “males públicos” motivados pelo interesse privado em ganho imediato, promovem a erosão do ordenamento, que é um capital público, promovendo um desinvestimento ao abolir limites de comportamentos honrosos, violar leis formais e informais, perder ou destruir constantemente esse capital, num processo impossível de ser repostado com base em decisões racionais individuais.

Em outras palavras poderíamos dizer que a manutenção do *status* de uma corporação como a odontologia brasileira implica ações coletivas (políticas), porque, pela ordem, uma corporação: (i) pode ser considerada um campo; (ii) só existe com a instituição formal ou informal de um conjunto de normas ou “leis” que lhe dão um ordenamento; (iii) estabelece-se com interações sociais conflitivas especiais; ou ainda, (iv) seu ordenamento pode ser entendido como um bem público e, contra ele, indivíduos, grupos e governos podem criar males públicos.

Assim, importa compreender aqui como o *status* profissional varia, quando varia o grau de “racionalidade” conferida às relações e às instituições profissionais. Essa racionalidade, numa leitura “econômica”, é construída no entendimento de que o comportamento humano é racional, maximizador de utilidades e busca realizar seus próprios objetivos (OUTHWAITE et al., 1996).

Portanto, cabe perguntar se a odontologia brasileira vem perdendo *status* profissional. Ou, de outra forma, se integrantes da corporação vêm despendendo ações coletivas racionais e sustentando os custos de ação para a manutenção ou o aumento de seu *status*.

Em resposta, defende-se neste ensaio a hipótese de que há, atualmente, forte perda de *status* profissional politicamente determinada. Há explicações variadas para tanto. Mas o ponto de partida destas é seguramente a observação da pletora profissional (superoferta de força de trabalho) na odontologia brasileira, segundo dados da Tabela 1.

Tabela 1. Pletora de cirurgiões-dentistas no Brasil

	Brasil		EUA		Mundo	
PIB (US\$)¹	1.563.126.193.614	2,6%	14.067.022.721.230	23,8%	59.162.757.000.000	100%
População geral²	193.700.0,00	2,8%	314.700.000	4,6%	6.829.400.000	100%
População de cirurgiões-dentistas³	224.550	19,9%	136.417	12,1%	1.128.628	100%
Profissional / 100 mil habitantes	116		43		17	
Média de habitantes / profissional	863		2.307		6.051	

Fontes: ¹WORD BANK (2009); ²FUNDO DE POPULAÇÃO PARA AS NAÇÕES UNIDAS/ONU (2009); ³FDI (2009, p. 94-103)

Essa tabela acusa entre outras coisas uma equação difícil de ser resolvida – há no país 19,9% da população mundial de cirurgiões-dentistas, 2,8% da população mundial geral e apenas 2,6% do PIB global. Em outras palavras: temos 20% dos dentistas do mundo, mas não temos 20% da sua população, nem 20% dos seus problemas bucais, e estamos muito longe de mobilizar os 20% de sua riqueza (aproximadamente ao primeiro PIB mundial, o dos EUA (WORD BANK, 2009) – daí tê-los tomado como país comparador).

Atualmente o Brasil é o país com o maior número de dentistas no mundo (242,8 mil). Ainda nesta década possivelmente perderá sua posição para a Índia, e na próxima década, para a China.

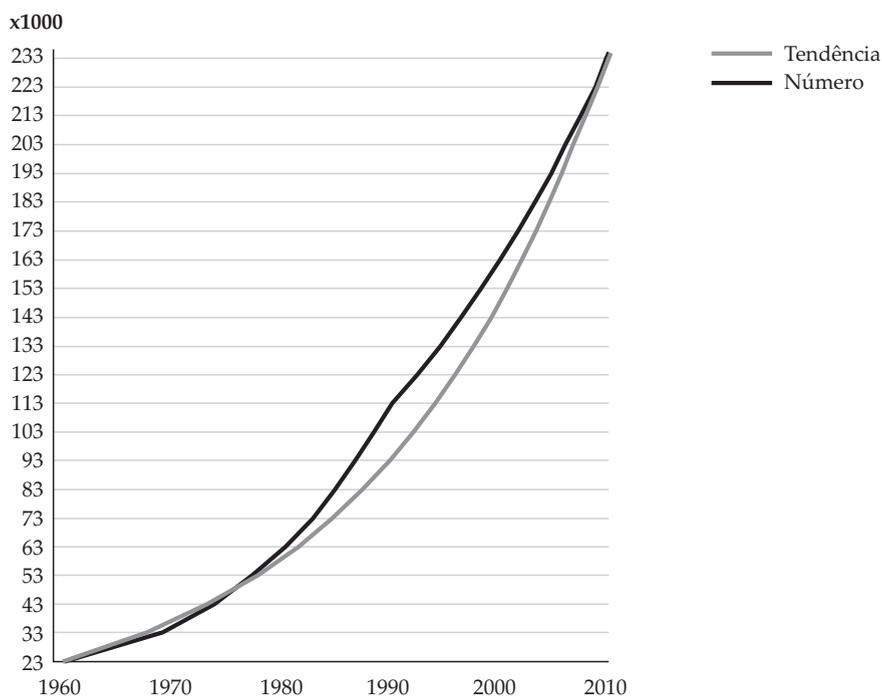
A Índia conta hoje com apenas 118 mil dentistas, mas está experimentando um crescimento profissional vertiginoso, dado o recente aumento do número de novas faculdades privadas (TANDON, 2004, p. 28-33; AHUJA, 2011, p. 8-11). Hoje, lá estão sendo formados aproximadamente 30 mil novos dentistas por ano em 294 escolas (DENTAL COUNCIL OF INDIA, 2012), enquanto aqui, país que já ostentou o título de recordista em número de escolas, são aproximadamente 9 mil dentistas em 197 escolas (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Isso tem feito a Índia alterar, rápida e drasticamente, sua relação dentista/habitante: 1:300

mil (anos 1960); 1:80 mil (anos 1980); 1:42,5 mil (anos 1990); 1:34 mil (2004); 1:10 mil (2011) (TANDON, 2004, p. 28-33; AHUJA, 2011, p. 8-11; DENTAL COUNCIL OF INDIA, 2012).

Sobre a China faltam dados na literatura internacional. Chung-Ming Tse (2005, p. 135-137) afirmou que o número de dentistas na China cresceu de 5.741 em 1978 para 50.920 em 2002 (quase 1.000% em 25 anos). Se essa taxa de crescimento (9,95% ao ano) foi mantida na última década, a China deve ter hoje (2012) aproximadamente 150 mil profissionais; e se essa taxa for mantida (pouco provável), já na próxima década também os chineses poderão ultrapassar a população brasileira de dentistas.

Tal como na Índia e na China, o crescimento da população de dentistas no Brasil é algo que vem acontecendo de forma sustentável desde os anos 1960. Aqui, a taxa de 4,76% ao ano, de acordo com a função exponencial $f(x)=23.000(1+0,0475790)^x$, onde x é o período em anos, cresceu-se 1.000% em cinquenta anos.

Gráfico. Número de cirurgiões dentistas. Brasil - 1969 a 2010



Não é o simples crescimento numérico que configura plethora profissional. A plethora profissional dos dentistas no Brasil configurou-se nos anos 1990 quando o crescimento dessa população ultrapassou o número de consumidores com riqueza suficiente para sustentar o dinamismo econômico do mercado de serviços odontológicos. Passou a existir uma queda progressiva no volume de riquezas mobilizável para sustentar essa situação de reprodução profissional.

Se considerarmos que: (i) a relação de oferta é a relação fundamental de mercado; (ii) “mercado” é o elemento empírico central das profissões modernas; (iii) os consumidores nesse mercado devem ter riquezas o bastante para gastar com serviços profissionais; então, a fim de quantificar o tamanho dessa plethora vale destacar a posição do Brasil e dos demais BRIC, em particular da Índia, no *ranking* dos países segundo a correlação entre PIB *per capita* de 2010 (WORD BANK, 2010) / número de dentistas de 2011 (AHUJA, 2011, p. 8-11; CFO, 2012). No Brasil, tal correlação é $9.390/240.000 = 0,39$; na Índia é $1.330/118.000 = 0,01$. Para os demais BRIC, chama atenção o fato de que todos eles figuram numa das dez últimas posições do *ranking* formado por 183 países. Em “melhor” condição, a Rússia, em 9ª posição (WORD BANK, 2010); JANUSHEVICH; FABRIKANT; KAZAKOV, 2010, p. 59-62), depois a China, em 6ª (CHUNG-MING, 2005, p. 135-137; WORD BANK, 2010), o Brasil, em penúltimo, e a Índia, em último. Pela perspectiva particular da força de trabalho dos dentistas, bem vale questionar o modelo de crescimento dos BRIC.

Tais desequilíbrios de oferta e demanda deveriam ser evidências suficientes para justificar o apelo político a um imediato ajuste estrutural na profissão. Afinal, com a perda de rendimento líquido dos profissionais vão-se conhecimento aplicado; *expertise*; privilégio; poder; qualidade dos serviços prestados ao consumidor; qualidade das relações praticadas entre os profissionais; parâmetros de negociação dos conhecimentos e habilidades com a sociedade; diferenciação na sociedade de classes e sobrevivência no mercado. No limite, a queda acusa desprofissionalização e descomprometimento ético assistencial.

Em linguagem do senso comum, a percepção é que “tem dentista demais” e, jocosamente, de que no país “tem mais dentistas que cabeleiros”. Curioso é que essa percepção popular e óbvia ainda não foi traduzida

em ações para reduzir o crescimento demográfico da profissão. Esse descompasso político da corporação para com suas próprias problemáticas é uma questão analiticamente provocativa. Nela, destaca-se o fato de que a profissão não chamou para si o comando de um processo de ajustes estruturais, de reordenamento, de revisão na sua concepção e de (re)instituição de mecanismos para seu próprio governo capazes de prover bens públicos politicamente administrados.

Faltam ações, ordenamentos e instituições que, no mínimo, definam e zelem por quem será admitido e mantido como membro dessa comunidade profissional. Daí, em teoria, pode-se afirmar com segurança que, hoje, os grupos de interesse que constituem a sociedade política da categoria não vêm praticando ações racionais significativas, visto que há meios melhores para realizar fins mais amplos, dado que as escolhas atuais são intransitivas com uma estrutura de preferências coerente com a preservação e a recomposição de *status*.

Com baixo nível de politização e institucionalização, as ações atuais limitam-se a criar um mercado profissional interno ao mercado profissional já estabelecido, e com ele toda sorte de problemas e conflitos decorrentes. Criou-se um mercado restrito a especialistas. Essa força de trabalho em 2002 representava 20% da população profissional, com 31.964 especialistas (CFO, 2002) distribuídos em 14 especialidades. Hoje, representa 34%, com 82.233 especialistas (CFO, 2012) distribuídos em 23 especialidades.

Nesse “novo” mercado, há uma recomposição da relação profissional/habitante. Em 2002, de 1 por 1.009 (mercado em geral) para 1 por 5.481 (mercado de especialistas); em 2012, de 1 por 792 (mercado em geral) para 1 por 2.339 (mercado de especialistas).

Esse mercado evoluiu degenerando sua própria pretensão inicial – a de criar posição privilegiada para os especialistas, uma vez que o mercado de especialistas cresceu 257% em uma década e a relação profissional/habitante decresceu (21% entre os profissionais no geral e 57% entre os especialistas).

Não é de se admirar o fracasso da estratégia. Ela foi forjada com os ingredientes para tanto, pois, politicamente e por princípio, o mercado de especialistas foi situação constituída mediante *lobbies* e barganhas trava-

das pelos próprios especialistas, sem qualquer pretensão de unanimidade, pautados numa racionalidade reativa, passiva e adaptativa às regras, portanto não caracterizada por uma racionalidade estratégica e (re)definidora da profissão, de ação positiva e econômica ampla na tentativa de reconstruir as instituições em cujo seio ocorrem as transações. Em resumo, o mercado de especialistas não é solução, porque particular e precária, para contornar e enfrentar o problema de ordem geral e estrutural na odontologia brasileira.

2 O ESTADO COMO ESFERA DE AÇÃO POLÍTICA E CONSTITUCIONAL DA CATEGORIA

Em Zanetti (1999, p. 11-24) foi enfatizada a importância central das atividades de mercado para a definição da odontologia como prática social. Particular destaque foi dado à questão do cálculo individual, que se tornou hoje, mais que nunca, fundamental para o provimento de bens privados e para a sobrevivência dos cirurgiões-dentistas (CDs) num ambiente cada vez mais competitivo.

Aqui, diferentemente, destaca-se a importância primeira das atividades políticas da corporação como campo social (BOURDIEU, 2001) e como campo de força e poder. Nesse campo, a ação coletiva assume particular importância: depois que os conflitos e os mecanismos concorrenciais decorrentes das ações individuais praticadas pelos CDs no mercado perdem sua eficácia para assegurar a majoração ou a proteção dos preços dos serviços privados.

Nessas conjunturas, é a ação coletiva organizada por grupos de interesse que permite instituir politicamente, e não economicamente, mecanismos. Em tese, pela ação dos grupos de interesse caracterizados como profissionais portadores de uma inovação concorrencial, mediante esforços de redefinição da profissão e do tamanho de sua comunidade de praticantes, utilizando **expedientes de exclusão** dos profissionais estabelecidos tradicionalmente no mercado.

Essas conjunturas foram fundamentalmente duas:

- Década de 1930 – com a definição da profissão como de nível superior e a exclusão dos “dentistas práticos” do mercado (contexto de exclusão *da* categoria, em que os práticos são “postos para fora”).
- Década de 1990 até os dias de hoje – com a regulamentação das especialidades odontológicas e a exclusão dos “dentistas clínicos gerais” do mercado de convênios, bem como com a redefinição ampla dos fluxos de demanda por serviços no mercado em geral, do “generalista” para o “especialista” (contexto de exclusão *na* categoria, em que os generalistas são “postos para trás”).

Em ambas as conjunturas o Estado se fez arena (como esfera) e ator (como burocracia) privilegiado para tratar de problemas não resolvidos pelo mercado. Na primeira delas, o conflito se deu entre dentistas “diplomados” x “práticos”. Hoje, dá-se entre “clínicos gerais” x “especialistas” e entre “especialistas” x “especialistas” (ambos decorrentes da organização dos especialistas como grupos de interesse). Como veremos a seguir, a primeira e vitoriosa conjuntura foi marcada pelo caráter francamente constitucional, com soluções amplas e de longo alcance; a segunda, fracassada, marcada pelo caráter pós-constitucional, em que predominaram barganhas, *lobbies* e soluções de curto alcance.

3 A *RATIONAL CHOICE* COMO APORTE TEÓRICO

Mesmo que pareça óbvio afirmar que toda perspectiva teórica tem sua limitação, as considerações que se seguem lastreiam-se na *Rational Choice*, uma perspectiva teórica paradigmática em ciência política que possui uma série de conceitos e teorias fecundos para a explicação de parte considerável dos fenômenos que serão objeto deste ensaio: as ações **constitucionais conflitivas** da categoria profissional dos cirurgiões-dentistas no Brasil.

Por ser a *Rational Choice* teoria política derivada da teoria econômica, ela enfatiza a ação política em função das motivações econômicas

individuais (maximização de utilidades). Dessa forma, ela bem se aplica à exploração do objeto, quando se toma como pressuposto que a dinâmica constitucional da odontologia se dá espelhada na forma como os interesses são representados no mercado de serviços, especialmente depois de esgotadas as possibilidades individuais de majoração dos preços dos serviços, ou mesmo de manutenção das taxas médias de rendimentos profissionais diretamente no mercado.

Nesses marcos, defende-se aqui que o processo fundamental de contratação da categoria dos CDs sempre foi de **natureza política e conflitante**, ocorrendo em momentos históricos caracterizados pela incapacidade de o mercado se autorregular. Nesses momentos, grupos de interesse na categoria lançam mão da ação política para redefinir o estatuto e a legalidade do exercício profissional; é quando a própria **constituição dos direitos de propriedade profissionais** gera processos de exclusão de concorrentes, efetivando ajustes no tamanho e no perfil da comunidade de praticantes (i.e., **ação política para a exclusão de concorrentes**) considerados necessários à regulação da oferta no mercado de serviços privados.

4 A RAZÃO UTILITÁRIA E O PROCESSO CONSTITUCIONAL (CONTRATO): CUSTOS E POSSIBILIDADES CONFLITANTES

Para investigar os conflitos constitucionais, são proveitosas as noções de *utilidade e bem* como racionalidade (RAWLS, 2001). Isso permite pressupor que a existência de toda ação coletiva, inclusive para a contratação, justifica-se, segundo Buchanan e Tullock (1962), porque indivíduos explorarão de forma lucrativa as possibilidades quando houver expectativas de aumento de utilidade. Nessa busca, ao confrontar alternativas de escolha, as escolhas individuais dar-se-ão num *rank* de alternativas coletivas (pacotes de bens públicos) em que, racionalmente, os indivíduos optarão por mais bens públicos a baixos custos; caso contrário, optarão por um nível menor de atividades coletivas.

Por conseguinte, a ação coletiva racional só acontece em contextos nos quais são percebidas as necessidades de eliminar custos externos (externalidade negativa: externalidade antieconômica do comportamento

privado ou coletivo) e de aumentar os benefícios externos da vida social (externalidade positiva: externalidade econômica do comportamento privado ou coletivo). Para promover a ação coletiva, os indivíduos racionais compararão os ganhos de associação com os custos de associação. Se os ganhos compensarem, a ação coletiva terá início (Figura 1). Nesse processo, os custos podem ser calculados, pois, quando se age, há os custos de decisão, e quando não se age há os custos externos (inerentes às decisões de outros). A soma de ambos representa os custos de interdependência.

Em teoria, Buchanan e Tullock (1962) afirmam que em qualquer ação coletiva a constituição (ou contratação) de regras depende dos custos de interdependência. Por sua vez, a redução desses custos depende da diminuição dos custos externos, que variam em função direta ao número de indivíduos envolvidos, como também em função inversa à redução dos custos de organização. O cruzamento dessas duas funções permite definir um ponto de inclusão “economicamente” ótimo: aquém do qual, qualquer exclusão cria custos externos extras; além do qual, qualquer inclusão cria custos de organização extras. Como os custos variam situacionalmente, o ponto ótimo de inclusão e a regra ótima para reduzir a interdependência negativa também variam.

Assim, a ação coletiva de contratação é desencadeada para o provimento de bens públicos sob dupla objetivação: primeiro, aumentar as externalidades positivas e reduzir as externalidades negativas; depois, mobilizar um número ótimo de pessoas com o qual os custos de organização e os custos de exclusão se equacionem. Se, como regra, todos participassem de todas as ações coletivas não existiria qualquer custo externo, apenas custos de decisão. É essa participação que configura a regra da unanimidade, regra que torna **legítima** toda decisão tomada, mas também imputa custos de decisão elevados que tendem a inviabilizar a ação coletiva, salvo em comunidades pequenas.

O abandono da regra da unanimidade torna-se uma operação política de justificação econômica: reduzir os custos de decisão é, sob afirmação da **soberania** decisória de uns, uma operação que introduz riscos, pois a legitimidade das decisões ante os interesses de todos pode ser ameaçada. Nessas prerrogativas e riscos utilitários, as regras abaixo da unanimidade passam a ser frequentemente utilizadas na organização da ação coletiva

constitucional e no funcionamento do governo de qualquer campo para a produção de todo e qualquer bem público, colocando-se em destaque a questão da legitimidade dessas ações e, em última instância, de qualquer representação.

Assim, abaixo da unanimidade, sob conflito de interesses e suspeições de legitimidade, todo processo de ação, inclusive os de contratação, pode reduzir externalidades para uns e gerar externalidades para outros. É possível contratar estruturas institucionais que provem bens coletivos aos participantes e que, simultaneamente, gerem males públicos para os não participantes que foram excluídos ou preteridos em seus direitos.

Buchanan (1975), ao considerar o risco da falta de legitimidade, propõe como solução (prescrição normativa) que os *direitos* resultantes do contrato devem ser definidos para alcançar todas as pessoas, constituindo uma formação social à qual ele denominou de “comunidade inclusiva”. Ou seja, pelo menos os direitos (como tipo especial de bem público) devem ser contratados sob “presunção de unanimidade”, ainda que esses processos sejam conduzidos por um governo soberano que use a regra abaixo da unanimidade (Figuras 2 e 3). A etapa constitucional dessa contratação deve ser realizada sem quaisquer constrangimentos, ainda que na etapa pós-constitucional possam ser desenvolvidas ações negociadas de exclusão de caronas (*free rider*) (conforme será visto adiante).

Na história da odontologia, no período intermediário compreendido entre a conjuntura de 1930 e a do pós-anos 1990, os custos de interdependência explicam o baixíssimo nível de produção de bens públicos na categoria: foram configurados com altos custos de ação e baixos custos externos. A “normalidade” (rentabilidade individual) das trocas no mercado e o pequeno volume de esforços individuais com externalidades negativas tornaram relativamente altos os custos para a produção de bens públicos e desestimularam a ação coletiva.

Nessa história, os custos de interdependência foram expressivos somente nas conjunturas em que o mercado perdeu sua capacidade de se manter autônomo, de dispensar a ação política para majorar ou sustentar altos os preços dos serviços. Nesses contextos, não agir passou a implicar arcar, individual e coletivamente, com custos inerentes às decisões de outros – custos progressivamente mais elevados.

Em tais momentos, o aumento dos custos de interdependência tornou razoáveis os custos de decisão. Surgiram assim as possibilidades “conflitantes” da contratação de uma constituição formal da categoria na primeira conjuntura e da recontração deste ordenamento constitucional na segunda. Conflitos, uma vez que na primeira conjuntura buscou-se a exclusão de concorrentes **do** interior da “comunidade inclusiva/de praticantes” (“postos para fora”), e na segunda conjuntura buscou-se a exclusão de concorrentes **no** interior (“postos para trás”) da “comunidade inclusiva/de praticantes”. Mas, diferente da primeira, na segunda ainda não se gerou um ordenamento eficaz para regular a corporação como um todo, opção que promoveu toda uma sorte de particularismos e privilégios.

A odontologia como profissão é em si uma comunidade inclusiva, afinal, sem uma demarcação clara do território profissional no mercado de trabalho nenhuma profissão se constitui. A questão é que, sob marcos conflitantes, as demarcações (esforços constitucionais) da odontologia brasileira ocorreram com processos, legítimos ou não, de escolhas coletivas capazes de levar os indivíduos a maximizar utilidades sobre outros indivíduos dentro da comunidade inclusiva. Assim, ao contrário do que defendem Buchanan e Tullock (1962), no campo das profissões os interesses individuais conflitivos tornam-se mais identificáveis já no estágio constitucional.

Nos processos históricos de contratação da categoria dos CDs no Brasil não houve jogos de soma positiva para todos os profissionais estabelecidos no mercado, mas, sim, jogos de soma zero decorrentes da expectativa de se produzir exclusões, seja com conflitos intergrupos (“pôr para fora”) para diminuir o número de membros da “comunidade inclusiva/praticantes” na conjuntura de 1930, seja com conflitos intragrupo (“pôr para trás”) para criar privilégios a alguns membros da “comunidade inclusiva/praticantes” na conjuntura do pós-anos 1990.

As maximizações de uns acabam sendo feitas à custa dos outros (não em um jogo de soma positiva, mas em jogo de soma zero) (por exemplo: “pôr para fora” ou “pôr para trás” concorrentes), aumentando a força (de politicamente comandar coisas) de apenas uma parcela dos participantes sobre os demais (por exemplo: dentistas sobre práticos, ou especialistas sobre não especialistas).

5 O PROCESSO CONSTITUCIONAL, A LÓGICA DAS COALIZÕES E AS POSSIBILIDADES CONFLITANTES DECORRENTES DOS JOGOS DE VITÓRIA

Ao contrário de Buchanam e de acordo com Riker (1962), nas ações constitucionais da odontologia brasileira (quando em etapa constitucional) os processos não possuíram a perspectiva da inclusão: foram operados por escolhas procedimentais inerentes à lógica dos jogos de vitória, em que a maximização dos ganhos implicou a formação de coalizões mínimas em tamanho para que os espólios da vitória não fossem compartilhados com mais que aqueles necessários para alcançá-la.

Com tais jogos de soma zero (de vitória dos dominantes), a repartição do espólio e os cuidados com onerações foram (e são) elementos centrais na organização da ação coletiva praticada por vários grupos de dentistas, sempre zelosos em projetar suas expectativas de posições econômicas vantajosas mediante a instituição de mecanismos políticos.

Aplicando as formulações de Riker (1962), pode-se afirmar que, nas conjunturas políticas contratadoras da odontologia brasileira aqui consideradas, houve coalizões que aspiraram à vitória, travaram disputas (ou desencadearam processos à revelia dos perdedores) num jogo constitucional de soma zero e excluíram do espólio da vitória um grande número de concorrentes.

6 O PROCESSO CONSTITUCIONAL, A LÓGICA DUAL E AS POSSIBILIDADES CONFLITANTES DECORRENTES DA EXCLUSÃO DOS CONCORRENTES NO MERCADO

O aporte de Santos (1989, p. 23-39) recoloca e enriquece as formulações apresentadas anteriormente, quando destaca que a ação coletiva é processada sintetizando desafios, síntese pautada numa lógica dual de produção do bem público/mal público que se dá em um conflito político marcado por um conflito social especial.

No caso da contratação da odontologia, a síntese dos desafios conflitantes (custos, tamanho, coalizões e caronas) na provisão do bem

público aconteceu e vem acontecendo mediante confrontos políticos processados ao longo das sucessivas conjunturas históricas. Esses confrontos – econômicos e políticos – têm como ponto de partida a configuração do binário entre os profissionais estabelecidos tradicionalmente no mercado e os profissionais portadores de uma inovação concorrencial.

O conflito dual instalou-se sempre que um grupo (profissionais portadores de uma inovação concorrencial) tomou a iniciativa da ação ao perceber que os custos de produção do bem (a contratação da categoria) se tornavam menores que os custos de não produção deste, independentemente do que façam os competidores (profissionais estabelecidos tradicionalmente) e/ou de que existam caronas.

A geração desse bem coletivo decorreu da operação de uma “vontade geral” particular do grupo (que inicia ação coletiva constitucional) que, invariavelmente, acarretou um mal coletivo para a outra “vontade geral” particular (dos grupos contrários que responderam ou não à ação constitucional).

Caracteriza-se assim na nomenclatura de Riker (1962): jogos de vitória entre coalizões maximizadoras de ganhos; e na nomenclatura de Santos (1989, p. 23-39): conflitos intergrupos de interesses.

Essa lógica dual torna-se mais complexa quando os conflitos constitucionais passam a ser estabelecidos entre os próprios profissionais portadores de uma mesma “vontade geral”, no interior do próprio grupo, quando se parte para enfrentar o problema dos caronas internos que se beneficiam do provimento do bem. Esses caronas, segundo Olson (1965), são indivíduos que representam um problema da ação coletiva, por não participarem do esforço da ação mas usufruírem do bem público alcançado, aumentando os custos de provimento desse bem.

Caracterizam-se assim conflitos intragrupo e, com eles, os grupos de interesse agem sob duplo e conflitante desafio: serem solidários para enfrentar a disputa pela eliminação dos adversários e ao mesmo tempo serem adversários entre si para enfrentar os diferentes comportamentos assumidos individualmente pelos membros do próprio grupo.

Diante de conflitos distintos, Santos (1989, p. 23-39) destaca custos de naturezas diferenciadas: de organização para alcançar o bem público e o da eliminação dos caronas. Eliminar os caronas envolve uma estrutura

de custos diferente daquela envolvida na produção do bem público. Entre as estratégias comuns: “(a) eliminação pela força; (b) eliminação através de incentivos seletivos; (c) eliminação pela regulamentação [...]; (d) eliminação por persuasão ideológica; e (e) desconsiderá-los”.

Na odontologia brasileira, até hoje tem sido politicamente sobreoneroso para o grupo vitorioso agir visando a excluir os caronas (arcar com os custos dos conflitos intragrupos). Isso foi até mesmo dispensável na conjuntura de 1930, visto que as vitórias constitucionais produziram um volume de exclusão tão significativo (dos “práticos”) que, para o ajuste e a regulação do mercado, excluir os caronas tornou-se economicamente uma questão irrelevante. Mas, se comparados aos conflitos intergrupos dos anos 1930, os ganhos com conflitos intragrupos no pós-anos 1990 têm sido pouco importantes. Num cenário de crise no qual não se optou por conflitos intergrupos, no qual as vitórias maximizadoras são pouco expressivas, é curioso não se ter os conflitos intragrupos de eliminação (“pôr para fora”) de caronas como objetos de ação; há tão-somente conflitos de desfavorecimento (“pôr para trás”). Entretanto, isso não significa, mantido o ritmo acelerado de alterações no mercado de serviços, mesmo com o *delay* de ação política típico da odontologia, que tais estratégias não possam vir a ser utilizadas nas futuras ações coletivas que visem à regulação e ao ajuste desse mercado. Talvez devam!

7 O PROCESSO CONSTITUCIONAL, AS ANARQUIAS E AS POSSIBILIDADES CONFLITANTES NA REDUÇÃO DOS ESFORÇOS DE PREDACÃO E DEFESA

Em Buchanan (1975), os processos de ação coletiva, se microfundamentados na ação individual e racional (autointeressada e maximizadora de utilidades), sempre demandam uma etapa constitucional quando os indivíduos passam a investir esforços em predação ou defesa, desperdiçando esforços que poderiam ser utilizados na produção de bens. Assim, a contratação constitucional define regras que eficientizam a produção de utilidades. Protegidos pelos direitos, os indivíduos podem canalizar a energia liberada para a produção, maximizando utilidades, facilitando

a negociação de bens privados e buscando o ótimo de Pareto nas trocas (alocação ótima dos recursos).

As sociedades são caracterizadas por Buchanan (1975) segundo padrões de relação entre seus mercados e seus Estados. Se não há Estado constituído, essa sociedade encontra-se num estágio de anarquia natural. Se há Estado e se este atua na sociedade (produzindo bens públicos) para garantir e estimular o mercado a operar otimizando as possibilidades individuais de maximização da produção de utilidades, essa sociedade encontra-se num estágio ideal de anarquia organizada. Porém, se indivíduos, ao atuarem no Estado, fazem com que ele opere na sociedade intervenções que criam males públicos (atender a interesses econômicos particulares ou prover bens públicos a caronas) e impedem o mercado de funcionar otimizando as possibilidades individuais de maximização da produção de utilidades, essa sociedade encontra-se num estágio de anarquia constitucional.

Na anarquia natural e na anarquia constitucional há comprometimento das possibilidades produtivas máximas para cada membro da sociedade, pois os indivíduos passam a investir esforços em predação ou defesa. Somente no estágio ideal da anarquia organizada são configuradas tais possibilidades, dado que a contratação de direitos reduz esforços antieconômicos.

Estender na história a anarquia natural pode ser uma opção que gera deseconomia. Por sua vez, contratar direitos em processos constitucionais possibilita a ação de grupos que tendem a produzir males públicos antieconômicos criados politicamente.

A saída normativa descortinada por Buchanan (1975) para resolver esse aparente paradoxo de perdas anteriores e posteriores à contratação constitucional é manter as sociedades com capacidade permanente de contratar, destratar e recontratar direitos sob a presunção da unanimidade (ainda que com regras abaixo da unanimidade), num dinamismo operado toda vez que o estágio de Anarquia Organizada for perdido ou não for alcançado, ou seja, toda vez que a sociedade resvalar para a Anarquia Constitucional e se afastar das possibilidades ótimas de eficiência econômica (Figura 4).

Independentemente do fato de a exposição de Buchanan (1975) ter sido formulada para um tipo geral de formação social e que aqui se esteja tratando de um tipo específico, as contribuições desse pensador são extremamente relevantes, especialmente quanto a dois aspectos.

Primeiro, é o da particularidade do padrão das relações estabelecidas entre o Estado e o mercado. Sozinhos, cada agente e todo o conjunto de agentes atomizados no mercado não podem alcançar as possibilidades ótimas de operação, e mesmo com a presença do Estado essas possibilidades também podem não ser atingidas: basta constituir um ordenamento falho, ou mesmo expor um ordenamento eficaz às dinâmicas pós-constitucionais sem gerar as dinâmicas de recontração que atualizem e corrijam as distorções desse ordenamento.

Segundo, é a própria centralidade dos processos constitucionais, quando a Anarquia Organizada é resultado de ações políticas dinâmicas e situacionais: dinâmicas porque a *malaise* sempre começa a ser produzida pela ação coletiva de grupos que operam contra a Anarquia Organizada, seja na Anarquia Natural, seja em cenário pós-constitucional; situacionais porque chega-se a um ponto em que os custos de decisão para o destrato e a recontração se tornam menores que os custos externos, permitindo entender que a reconfiguração do ordenamento é em si um importante bem público e que vale tentar reduzir os custos externos decorrentes da produção e do acúmulo de males públicos.

De acordo com a nomenclatura de Buchanan (1975), no caso da odontologia brasileira pode-se caracterizar as conjunturas anteriores aos anos 1930 como Anarquia Natural, e os anos 1930, como o primeiro estágio de “contração constitucional”. O acerto das regras, os direitos contratados e o volume de exclusão dos “práticos” nessa época possibilitaram mais de quarenta anos de Anarquia Ordenada para a profissão, isso se esse período for definido segundo os termos econômicos e restritivos da racionalidade instrumental da *Rational Choice*. Em outros termos, especialmente em se considerando solidariedade, justiça e equidade, nesse período há uma gigantesca falta de acesso privado de parte expressiva da população brasileira ao mercado (os pobres), algo que poderia caracterizar esses longos anos como a mais completa Anarquia Constitucional, em que

a própria categoria se portou como um grande *lobby* em detrimento da sociedade em geral.

Por fim, os anos 1980 e 1990 podem ser apontados como o período típico da fase pós-constitucional em que a ação dos grupos de interesse mais gerou males que bens públicos para a corporação. Nesse período, segundo os conceitos de Buchanan (1975), conformou-se um intenso “mercado constitucional” profícuo em barganhas, *lobbies* e coalizões, no qual a presunção da unanimidade foi abolida nas ações de baixo nível de (re)contratação da categoria. Essas ações restringiram as alternativas de bens, produzindo *outcomes* determinados por um número limitado de critérios e pessoas. Com isso, a estrutura do Estado da corporação foi erodida e se estabeleceu a Anarquia Constitucional, anarquia que vem comprometendo as funções desse Estado, de um lado porque há a negatividade da *malaise*, de outro porque, na falta da presunção de unanimidade, ficam prejudicadas as possibilidades de o Estado agir na geração de bens públicos com base de movimentos de publicização ampla das questões inerentes aos esforços de predação.

Nesse contexto, alguns “mercados constitucionais” foram estabelecidos, sendo resultado da ação dos grupos organizados em torno:

do Ministério da Educação – grupos que conseguiram transformar o Brasil em um país com um exorbitante número de faculdades privadas de odontologia e acumular aproximadamente 20% da população mundial de CDs, garantindo à categoria taxas de crescimento maiores às demográfica e econômica brasileiras;

dos conselhos, sindicatos e associações da categoria – grupos zelosos por adquirir e preservar riquezas, prestígio e poder que não atentaram para o envelhecimento e a inadequação dos mecanismos de escolha de representantes, representação e provimento institucional de bens;

da indústria dos planos de saúde – grupos que, na condição de terceiros agentes, em face da plethora, imputam custos externos ao exigir dos profissionais que apresentem títulos de especialidade e operem como empresas (pessoa jurídica);

das instituições de ensino superior e principalmente das associações profissionais (Associação Brasileira de Odontologia, Associação Bra-

sileira de Cirurgiões Dentistas e assemelhadas) – grupos que operam a importante indústria das especializações e dos congressos;

das instituições do próprio mercado – grupos e empresas que exploram os profissionais, que, rendidos pela pleitora, se empregam sem garantias trabalhistas e sob baixa remuneração;

das instituições públicas do Sistema Único de Saúde – grupos que, na administração pública, exploram os profissionais (contratações precárias com “contratos de gaveta” praticadas na maioria dos pequenos municípios que incorporam CDs na sua rede tradicional ou na rede com Programa de Saúde da Família) rendidos pela mesma pleitora, os quais se empregam de forma precarizada, também no Estado, ao arrepio da lei, sem quaisquer garantias trabalhistas (recolhimentos, férias, décimo terceiro salário, etc.).

8 CONCLUSÃO

Seja em 1930, seja no pós-1990, os momentos históricos (conjunturas) nos quais foram iniciadas as ações coletivas de (re)contratação da categoria foram sinalizados pelo aumento dos custos da interdependência conflitante (profissionais portadores de uma inovação concorrencial entre si, e estes com os profissionais estabelecidos tradicionalmente no mercado) associados ao fenômeno da redução do rendimento econômico e ao crescimento dos esforços de predação. Houve sucesso na primeira conjuntura dado o padrão político estabelecido (com pretensões constitucionais, com alta capacidade de contratação); na segunda, fracasso (ação com pretensões pós-constitucionais, com baixa capacidade de contratação).

Do ponto de vista político-econômico, a odontologia brasileira de mercado vive hoje uma conjuntura na qual surgiram necessidades de uma genuína revisão constitucional (recontratação da categoria), importantes ao (r)estabelecimento de regras de “bom” funcionamento da categoria na sociedade que assegure ao mercado de serviços operar como uma Anarquia Organizada, na qual seja alcançável um patamar razoável de possibilidades de realização de cada indivíduo, especialmente de produção de utilidades sob níveis de rendimentos profissionais compatíveis com o

status social contraído pela categoria nas décadas de 1970 e 1980. Em poucas palavras, revisão constitucional na categoria significa instituir politicamente mecanismos de exclusão conflitantes que atinjam toda a categoria em modalidades de conflito inter e intragrupos, refundando os direitos do exercício profissional no mercado de serviços e os mecanismos de ordenamento jurídico eficazes para recompor as características e o tamanho da “comunidade de praticantes” que conforma a corporação, tais como, por exemplo, exames de admissão e recertificação profissional, entre outras inúmeras e necessárias ações.

REFERÊNCIAS

- AHUJA, N. K. Renu Parmar. Demographics e current scenario with respect to dentists, dental institutions e dental practices in India. **Indian Journal of Dental Science**, 3(2), p. 8-11, 2011.
- BOBBIO, N. **Teoria do ordenamento jurídico**. 10. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 3. ed. Campinas: Papirus, 2001.
- BUCHANAN, J. **The limits of liberty**: between anarchy and Leviathan. Chicago: University of Chicago, 1975.
- BUCHANAN, J.; TULLOCK, G. **The calculus of consent**: logical foundations of constitutional democracy. Ann Arbor: University of Michigan, 1962.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Estatísticas do CFO**. Acessado em: 01/10/2002. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>.
- . **Estatísticas do CFO**. Acessado em: 02/04/2012. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>>.
- CHUNG-MING, Tse. Perspective on dentistry in China. **Hong Kong Dent J.**, 2(2), p. 135-137, 2005.
- DENTAL COUNCIL OF INDIA. **Search College(s) BDS list**. Disponível em: <<http://www.dciindia.org/>>. Acessado em: 01/04/2012.
- FDI WORD DENTAL FEDERATION. **The oral health atlas**: mapping a neglected global health issue, p. 94-103, 2009. Disponível em: <<http://www.fdiworldental.org/oral-health-atlas>>.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Relatório sobre a situação da população mundial, 2009**: enfrentando um mundo em transição – mulheres, população e clima. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/swop2009/swop2009.pdf>>.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, p. 193- 223, 2003.

JANUSHEVICH, O. O.; FABRIKANT, E. G.; KAZAKOV, A. S. Systems for the provision of oral health care in the black sea countries. Part 5: The Russian Federation. **Journal of Oral Health and Dental Management (OHDMBSC)**, 9(2), p. 59-62, 2010.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press International, 2010.

OLSON, M. **The logic of collective action**: public goods and the theory of groups. Cambridge: Harvard University, 1965.

OUTHWAITE, W. et al. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

RAWLS, J. **Justice as fairness**: a restatement. Cambridge: Harvard University, 2001.

RIKER, W. H. **The theory of political coalitions**. New Haven: Yale University, 1962.

SANTOS, W. G. Lógica dual da ação coletiva. **Dados**, 32(1), p. 23-39, 1989.

———. **Razões da desordem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

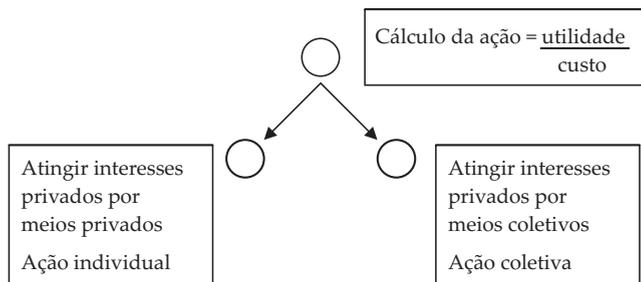
TANDON, S. Challenges to the oral health workforce in India. **Journal of Dental Education**, 68(7), p. 28-33, 2004.

THE WORD BANK. **GNI per capita, atlas method (current US\$)**. 2010. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>. Acessado em: 01/04/2012.

———. **GNI, atlas method (current US\$)**. 2009. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.ATLS.CD>> e <<http://www.pdwb.de/archiv/weltbank/cache-gni09.htm>>. Acessado em: 01/04/2012.

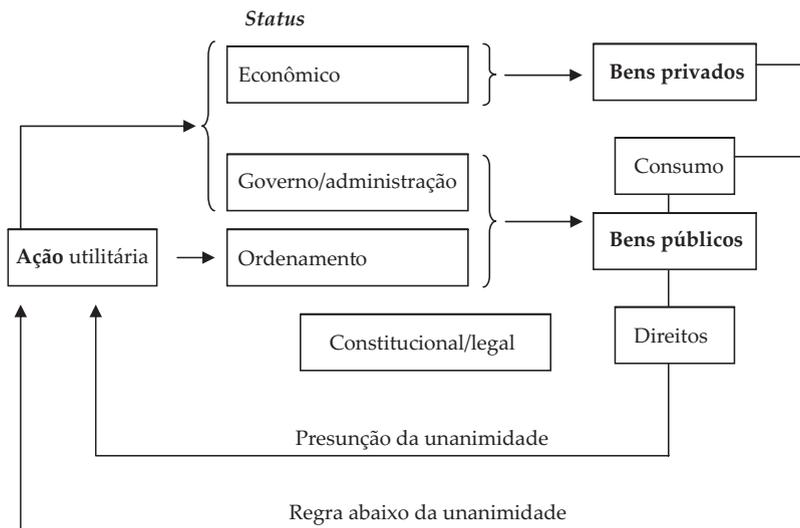
ZANETTI, C. H. G. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. **Ação Coletiva**, 1(6), p. 11-24, 1999. Disponível em: <www.saudebucalcoletiva.unb.br>.

Figura 1. Cálculo individual da ação (utilidade x custos)



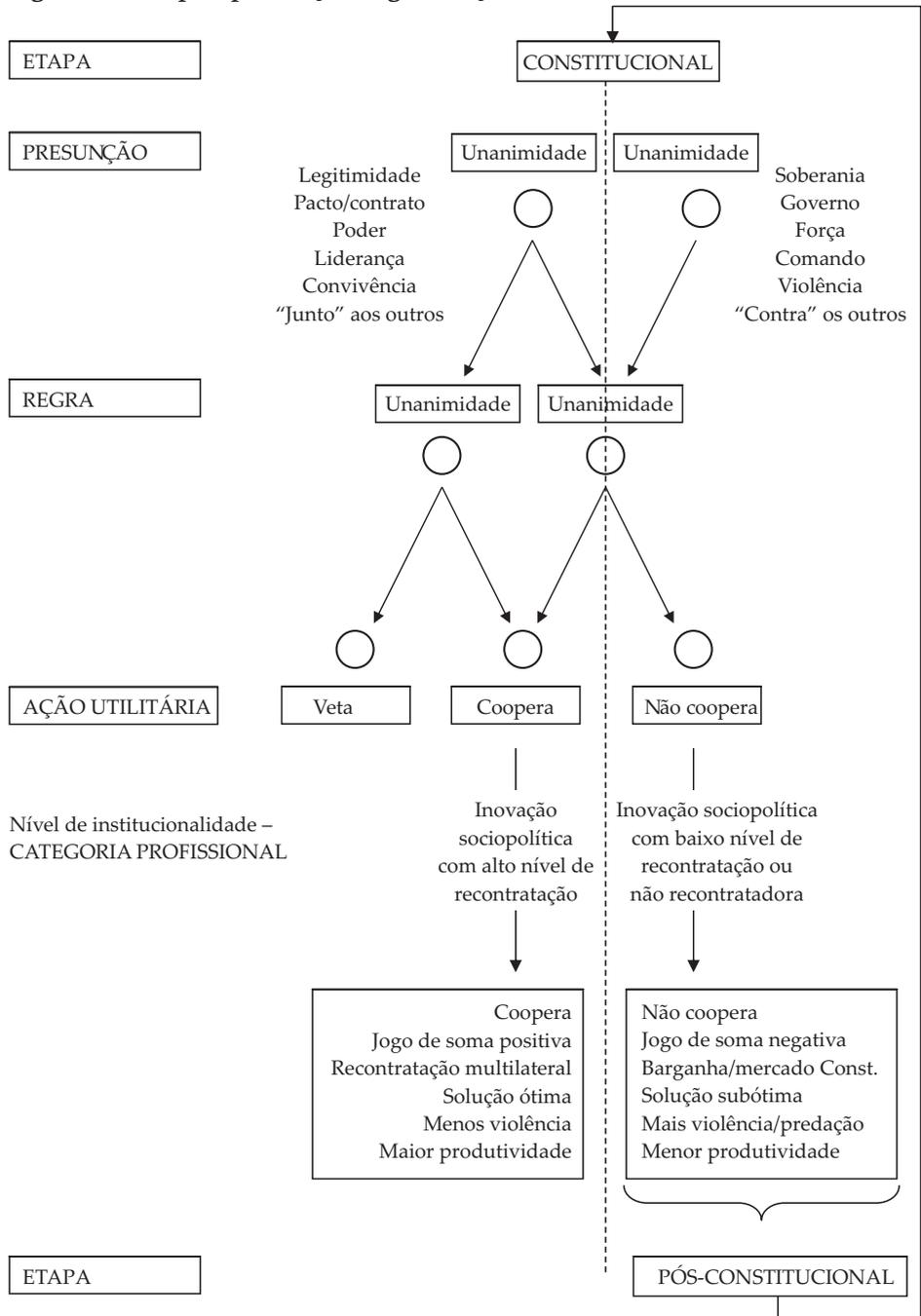
Fonte: BUCHANAN; TULLOCK (1962)

Figura 2. Status, ação, bens, presunção e regra



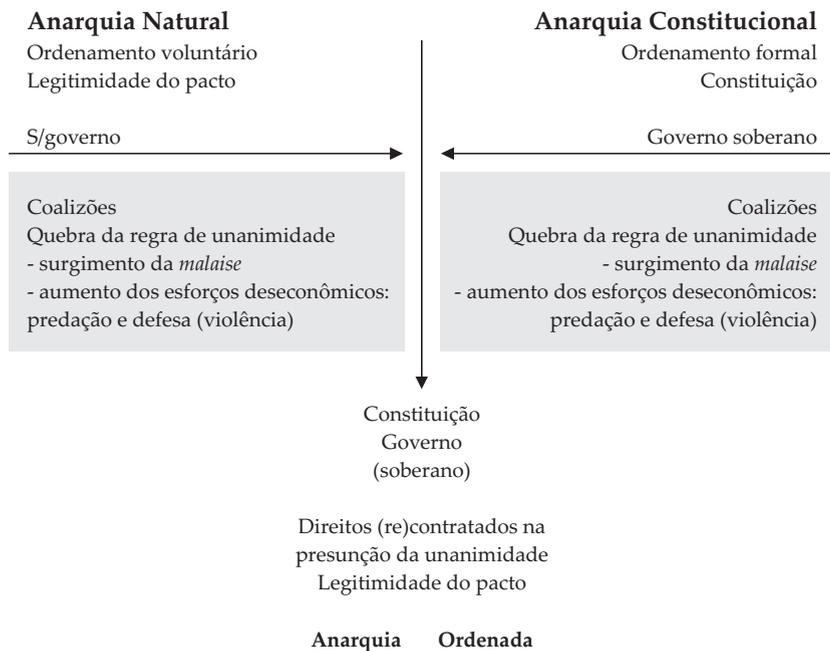
Fonte: BUCHANAN (1975)

Figura 3. Etapas, presunção, regras e ação



Fonte: BUCHANAN (1975)

Figura 4. Anarquias



Fonte: BUCHANAN (1975)

II.

A DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO
EM PERSPECTIVA: AS COMPETÊNCIAS DOS
TÉCNICOS E A ATUALIDADE DA LONGA
HISTÓRIA DE UM DESAFIO INTERPRETATIVO

CARLO HENRIQUE GORETTI ZANETTI

COLABORADORES

JOSÉ ANTÔNIO ABREU DE OLIVEIRA

MARIA HELENA MAGALHÃES DE MENDONÇA





II.

A DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO EM PERSPECTIVA: AS COMPETÊNCIAS DOS TÉCNICOS E A ATUALIDADE DA LONGA HISTÓRIA DE UM DESAFIO INTERPRETATIVO

1 INTRODUÇÃO

Em 24 de dezembro de 2008, o presidente da República sancionou a Lei n. 11.889, que regulamenta o exercício das profissões auxiliares de técnico em saúde bucal (TSB) e de auxiliar em saúde bucal (ASB) (BRASIL, Lei n. 11.889, de 24 de dezembro de 2008). O novo *status* jurídico do marco regulatório consolidou conquistas profissionais, mas preservou antigos e criou alguns novos problemas administrativos para o SUS quando, por opção do legislador, a contenda histórica sobre a competência do TSB para a intervenção intrabucal direta (mediante procedimentos operatórios básicos restauradores e periodontais supervisionados por cirurgiões-dentistas, CD) foi mantida em aberto. Sem positividade legal, e agora ao alcance da jurisprudência, o sentido cabal da divisão do trabalho restaurador no “chão da clínica odontológica” continua carecendo de interpretação.

A prescrição técnica para que o TSB participe integralmente da atenção à saúde bucal no SUS se encontra no âmago dessa controvérsia. Do alto dessa visada administrativa, vislumbram-se consequências consideráveis sobre o planejamento e a programação das atividades clínico-odontológicas na oferta assistencial pública. O porte dessas consequências justifica a iniciativa de explorar as origens dessa contenda e a tentativa de compreender o ambiente político, econômico e social que informou a escolha do legislador.

Para tanto, convergiram esforços acadêmicos anteriores e distintos dos seus autores (OLIVEIRA, 2008; ZANETTI; OLIVEIRA; LIMA, 2009; ZANETTI, 2010) numa nova síntese objetivada no exame dos antecedentes nacionais e internacionais da divisão do trabalho odontológico que pautaram o processo de institucionalização das profissões auxiliares no campo profissional da odontologia, síntese estribada na crença de que, sem a memória dessas experiências, grande parte dos acontecimentos passados e dos desafios presentes projetados para o futuro não alcançarão adequada significação.

Assim, apresenta-se aqui uma investigação de corte institucionalista histórico-estrutural que tomou a divisão do trabalho odontológico como objeto empírico, transformando-o em objeto teórico ao tratá-lo conceitualmente como problema particular do antagonismo geral entre dois princípios de divisão do trabalho: o princípio profissional, um dos móveis da divisão social do trabalho, e o princípio administrativo, móbil da divisão técnica do trabalho. A hipótese é que, diferentemente de um passado não tão distante, a institucionalização da divisão do trabalho odontológico no Brasil contemporâneo tem se dado sob a hegemonia do princípio profissional, bem como sob a perda de foco e pulso do princípio administrativo. Com isso, *inter alia*, decorre a desvalorização da importância dos TSBs na ampliação da oferta assistencial orientada pela estratégia Saúde da Família (PSF) e, por derivação, uma sobrevalorização destes na atenção preventivo-promocional, prejudicando sobremaneira a incorporação dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas atividades da equipe de saúde bucal.

2 ANTECEDENTES INTERNACIONAIS DA DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO

2.1 O berço norte-americano

O processo de profissionalização da enfermagem nos EUA foi a pedra de toque para a elaboração das concepções sobre divisão do trabalho em saúde bucal, seja porque a relação medicina-enfermagem serviu de

modelo para a relação odontologia-auxiliares no cenário das escolas, seja porque, naquele país, os novos conhecimentos e competências de higiene bucal foram inicialmente incorporados nas competências das enfermeiras visitantes em seus cenários de práticas: o centro de saúde e as famílias. Tanto o sucesso do seu desenvolvimento nas escolas quanto seu fracasso nos centros de saúde e nos domicílios foram consequência do vigor do profissionalismo inventado como forma competitiva (interprofissional) de organização das oportunidades de mercado e de estratificação social nas sociedades anglo-americanas. Um profissionalismo inicialmente imerso no higienismo como paradigma sanitário, cujo ideal se propagou num país de cultura sociopolítica comunitarista (TOCQUEVILLE, 1825; COELHO, 1995) e progressivista (PROGRESSIVISM IN THE UNITED STATES, 2011), os EUA, sobretudo por meio do trabalho das auxiliares visitantes, notado desde a Guerra de Secessão (1861-1865).

Em saúde bucal, os novos conhecimentos higienistas norte-americanos fundaram preocupações com a prevenção de cárie e a doença periodontal, como também com a progressiva definição de novas competências profissionais. O ponto de partida dessa história são os trabalhos clássicos de Wilma Motley (1983; 2009). É uma história que começa nos anos mil e oitocentos. Entre 1815 e 1819, o filantropo canadense, dentista e médico L. S. Parmaly publicou dois livros introduzindo o conceito de que a cárie dental era causada por influências externas relacionadas com material estranho à superfície do dente, antecipando-se ao conhecimento atual sobre biofilme e ação das bactérias bucais. Ele ressaltou a importância preventiva de se limpar os dentes. Recomendava o uso de um fio de seda encerado quatro ou cinco vezes ao dia. Fato é que, em 1845, o editorial do *American Journal of Dental Science* alertou para a negligência da odontologia à higiene bucal em benefício da cirurgia e da prótese.

Nos anos 1870, um movimento clínico pró-higiene dental não prosperou, e nessa década, Andrew McLain, professor do New Orleans Dental College, definiu o conceito de “profilaxia dental”. A partir de 1880, o movimento higienista começou a ganhar força na odontologia em defesa da inclusão da higiene nas escolas e de leis que a garantissem. Dez anos depois, W. D. Miller (1890) descreveu os micro-organismos da boca, a produção de ácidos e o aparecimento de cáries, munindo com evidências as

preocupações higienistas da época. Técnicas de escovação foram criadas, e a profilaxia, apurada. Em 1894, D. D. Smith ultrapassou os conceitos de simples limpeza, apresentando um sistema de profilaxia dos dentes com significativos resultados clínicos. Seu trabalho conferiu-lhe o título de “Pai da Profilaxia Dental”. Ainda nessa década, T. P. Hyatt defendeu a participação de mães e professoras nas atividades regulares de higiene dental, e F. W. Low sugeriu que, para além das escolas, como competência profissional, fossem feitas visitas domiciliares duas vezes por semana para polir dentes.

Observa-se que, até fins do século XIX, as enfermeiras visitadoras, os professores e os novos auxiliares foram indistintamente treinados para higiene bucal em consultórios, escolas e domicílios, com competências estabelecidas inicialmente sem o signo da exclusividade profissional. Mas esse processo foi progressivamente acumulando tensões/disputas interprofissionais. Por isso, no início do século XX, M. L. Rhein propôs a formação de enfermeiras dentais que ultrapassassem em eficiência as enfermeiras “comuns”, inclusive alcançando pioneiramente o tema da remoção de indutos. Indicou também como deveria dar-se o processo de profissionalização das enfermeiras dentais (treinamento, exame adicional, competências definidas sob a responsabilidade do dentista, etc.) e obteve a aprovação da American Medical Association.

Inspirados por preocupações profissionalizantes odontológicas surgiram contestações diversas: desde a nomenclatura utilizada (enfermeira dental) até a pertinência ou não de se formar esses auxiliares. Por um período de dez anos, entre 1905 e 1915, duas correntes de contendores se formaram: pró-higienistas dentais x pró-enfermeiras dentais.

Liderando os contestadores, coube a Fones cunhar, defender e consagrar a proposta das “higienistas dentais”, sob o argumento de que “enfermeira” denotava doença, enquanto “higienista” melhor se referia às especificidades do auxiliar. Na prática, esse reducionismo ao termo higienista significava criar um novo tipo de auxiliar descolado de qualquer conotação médica, marcando assim fronteiras jurisdicionais odontológicas exclusivas sobre este. Influenciado por Smith, Fones defendeu que o tema saúde bucal era de importância suficiente para autorizar treinamento, acreditando ser o higienista a chave para um programa preventivo.

Essa defesa foi feita do alto de suas experiências acumuladas em consultório particular desde 1906, onde percebeu que os auxiliares contribuíam para a prática clínica, pois, dedicados à profilaxia e à higiene, deixavam o CD livre para os procedimentos restauradores. Dessa forma, Fones inaugurou a divisão clínica profissional do trabalho odontológico por princípio profissional (competências em paralelo).

Assim, em 1907, a profissão de “higienista dental” foi criada em Connecticut por lei estadual, com competências para instrução de higiene bucal, exame, raspagem e polimento dos dentes, inicialmente sob a supervisão dos CDs. Doações possibilitaram a Fones inaugurar uma escola de higienistas em 1913. Vale destacar que tais competências se deram sobre atividades clínicas postergadas pelos CDs em sua prática profissional cotidiana. Seu desafio seguinte foi iniciar a programação com escolares: empregou CDs para restaurar os primeiros molares permanentes dos alunos, enquanto higienistas cuidavam da prevenção. Ele constatou significativa redução das lesões de cáries ao final de cinco anos. Com esse feito, Fones também inaugurou o primeiro serviço programático educacional, preventivo e assistencial dirigido a escolares.

Por tudo isso, três grandes méritos podem ser creditados a Fones: (i) a divisão profissional do trabalho odontológico, mediante desoneração do CD, com conseqüente aumento da sua produtividade e da qualidade; (ii) o avanço da profissionalização da odontologia norte-americana como empreendimento sociológico, político e econômico; e (iii) a “invenção” da programação de serviços odontológicos. Em contrapartida, entre os defensores das enfermeiras dentais propostas por Rhein, coube a C. M. Wright treiná-las (no Ohio Dental College) para o trabalho escolar. Sob contestações dos cirurgiões-dentistas, seu programa funcionou de 1910 a 1914.

Entretanto, nos EUA, a proposta das higienistas foi a vitoriosa. Em 1915, Connecticut publicou uma segunda lei regulando a prática de higienistas dentais e definindo seu campo de atuação. Ela acabou servindo de modelo para que outros estados norte-americanos implantassem legislação e escolas profissionais, algumas em funcionamento até hoje.

Considerando a forma como se deu o avanço do processo de profissionalização no campo odontológico nos EUA, a Fones e a seu opositor, Wright, pode-se imputar um grande demérito: o distanciamento da

saúde bucal norte-americana da enfermagem, dos centros de saúde e das famílias como espaços de prática. Afinal, coube a eles consagrar a opção estratégica e preferencial da odontologia por territórios a serem ocupados independentemente da enfermagem, isto é, fazer avançar o princípio profissional na divisão concorrencial do trabalho odontológico. Essa opção disseminou-se internacionalmente e teve como consequência negativa a redução do escopo da participação da saúde bucal em seu alcance comunitário na grande empreitada civilizatória travada à época pelo higienismo.

2.2 A contribuição neozelandesa

A Nova Zelândia é um país composto por duas ilhas principais e numerosas pequenas ilhas. Com exceção de Auckland, mesmo hoje, suas maiores cidades possuem população com pouco mais de 300 mil habitantes (STATISTICS NEW ZEALAND, 2009). Lá prevalecem cidades de até 3 mil habitantes e comunidades rurais. Em 2007, todo o país contava com apenas 2.414 cirurgiões-dentistas praticantes (THOMSON, 2007). Essas situações ajudam a compreender a emergência histórica de um tipo todo especial de auxiliar em odontologia: a enfermeira dental, hoje denominada terapeuta dental.

Um ano antes do início da Primeira Guerra Mundial (1913), N. K. Cox, então presidente da New Zealand Dental Association (NZDA), sob inspiração norte-americana, propôs um sistema de clínicas em escolas mantidas pelo Estado e providas com higienistas para cuidar das necessidades dentais de crianças entre 6 e 14 anos. A ideia, considerada pouco ortodoxa, não prosperou (SATUR, 2005). Porém, a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) expôs a grave condição dos dentes dos recrutas neozelandeses. Estudos no imediato pós-guerra revelaram, entre outras coisas, que 90% das crianças requeriam cuidados bucais, muitas necessitando de próteses dentais (HOSKIN, 2005a). Como resultado, no dealbar dos anos 1920 fez-se um grande apelo nacional pelo enfrentamento da questão da destruição dental, associando-o à cultura de mobilização para a guerra e suas táticas.

Inspirado no sucesso do modelo da enfermagem científica na Guerra da Crimeia, propôs-se treinar mulheres jovens para a saúde bucal,

considerando que: (i) a força de trabalho masculina havia sofrido fortes baixas com a guerra; (ii) havia muito trabalho higienista por fazer, desde sempre considerado “trabalho decaído” pelos CDs; (iii) não se tinha quantitativo de CDs para iniciativas de alcance nacional.

Assim, em 1920, sob o mote do princípio administrativo, a NZDA propôs enfermeiras dentais nas escolas como estratégia para diagnóstico e serviços restauradores, num sistema estruturado com métodos e procedimentos específicos (LESLIE, 1971).

Credita-se a *sir* Thomas A. Hunter, então diretor do Serviço Dental do Exército na Primeira Guerra Mundial, sob desafios macroeconômicos e orientado por princípio administrativo (i. e., por eficiência produtiva), o início dos serviços públicos escolares com enfermeiras dentais naquele país. Em 1921, selecionou candidatas para curso de dois anos a ser realizado numa escola em Wellington. Centenas de jovens se candidataram, 35 foram selecionadas. Ao término do curso, todas foram empregadas pelo governo (DENTAL PROFESSION AND SERVICE, 1966; PUDEK, 1970; HOSKIN, 2005b).

Além dos conteúdos típicos das higienistas, essas jovens aprenderam também escultura dental em modelos de gesso e montagem de arcadas dentais com dentes humanos extraídos para preparo de cavidades e restaurações. Utilizavam brocas movidas a pedal; aplicavam anestesia para extrações de decíduos e não podiam extrair dentes permanentes; restauravam dentes decíduos com amálgama de cobre e permanentes com amálgama de prata; utilizavam cimento de silicato e faziam capeamento pulpar; não contavam com ambiente clínico tradicional, pois os consultórios eram instalados em corredores e salões das escolas ou em unidades móveis. Com elas o governo pode implantar educação em higiene bucal, alimentação saudável e assistência clínica básica escolar universal (HOSKIN, 2005b).

Analistas creditam o sucesso desse programa ao forte controle central; ao desenvolvimento de laços locais; à utilização de clínicas nas escolas; ao número fixo dos pacientes para cada enfermeira; à limitação do tratamento às crianças registradas; às enfermeiras com escala ampliada de atribuições de diagnóstico, planejamento e execução do tratamento; à maior autonomia profissional (HOLT; MURRAY, 1980).

Em 1925, as clínicas para atendimento dos escolares já estavam espalhadas pelo país. Entre altos e baixos, o serviço cresceu, apesar das dificuldades. Em fins de 1951, uma segunda escola de enfermeiras dentais foi aberta em Auckland. Em 1956, uma terceira, em Christchurch. As escolas formaram, até 1990, cerca de novecentos terapeutas dentais.

Uma avaliação em 1949 constatou custo *per capita* baixo e média de 715 crianças por enfermeira. Em 1950, John Fulton, da OMS, realizou estudo com 4.072 escolares entre 7-14 anos, concluindo que o programa da Nova Zelândia havia obtido sucesso em controlar os efeitos da cárie dental dos escolares mediante altos índices de tratamento, em que pese os índices de prevalência de cárie continuarem altos. Considerando as limitações das tecnologias preventivas da época, tal constatação em nada desabonava a importância dos serviços (FULTON, 1951).

No início dos anos 1980, Kennedy (1971),¹ citado por Corrêa (1982), afirmou que as enfermeiras haviam conseguido uma cobertura escolar quase universal entre os escolares neozelandeses: 96% deles estavam recebendo tratamento odontológico adequado ofertado pelo programa, e o número de extrações se reduzira a 0,18% dos alunos. Entre os soldados, apenas 0,2% dos recrutas neozelandeses em 1976 necessitavam de próteses.

Atualmente, as terapeutas dentais ainda trabalham em unidades móveis, tradicionalmente em clínicas adjuntas às escolas, examinando as condições da boca e dos dentes, proporcionando serviços de diagnóstico, prevenção, tratamento e encaminhamento. Hoje atendem adultos e desde 2004 expandiram sua atuação para a esfera da clínica privada (DENTAL THERAPIST, 2008).

À guisa de conclusão, até aqui vale destacar diferenças: (i) a higienista dental norte-americana é produto do princípio profissional do tipo “higienista”, profissional autônoma treinada para educação e intervenção preventiva; e (ii) a enfermeira dental neozelandesa é produto do princípio administrativo, do tipo “operadora”, profissional autônoma com foco principal na assistência clínica, ainda que com atuação na promoção e na prevenção. Ambas compõem os modelos básicos de profissionais auxilia-

1 KENNEDY, 1971.

res com atuação direta na cavidade bucal. Além das diversas opções de mixagem desses dois tipos, abriram-se também novas possibilidades para o surgimento de profissionais auxiliares variados chamados de “técnicos”.

2.3 De tempos e movimentos, a emergência dos técnicos auxiliares

De volta aos Estados Unidos, na década de 1940 temia-se a escassez de oferta profissional, uma vez que desde aquela época até hoje a população em geral cresce mais que sua população específica de dentistas. Com a experiência acumulada, movidos por desafios microeconômicos, diversos programas em universidades foram patrocinados para aumentar a eficiência da prática odontológica e dos serviços, objetivando alcançar maiores índices de produtividade mediante o estabelecimento de novos arranjos de auxiliares, portanto orientados por princípio administrativo.

No particular específico dos técnicos de nível médio e elementar, os estudos de Klein (1944) foram precursores (SORICELLI, 1972). Em 1943, ele demonstrou que 33% a mais de pacientes eram atendidos quando o CD utilizava uma auxiliar transferindo materiais e instrumental. Esse aumento poderia chegar a 75%, de acordo com o número de cadeiras com auxiliar. Surgiu assim a auxiliar instrumentadora (*dental assistant*).

A publicação dos estudos de Law e outros (1953; 1955 apud SORICELLI, 1972), iniciados em 1945 em Woonsocket, e de Waterman e Knutson (1953; 1954 apud SORICELLI, 1972), iniciados em 1946 em Richmond, escreveram sobre auxiliares e sobre o sistema incremental em programas escolares. Demonstrou-se que um CD com uma auxiliar bem preparada ao lado da cadeira podia prestar atendimento a aproximadamente 50% mais pacientes, e com duas auxiliares (uma fixa e outra móvel) atingia cerca de 75% mais pacientes (WATERMAN, 1952). Portanto, estabeleceram que até então a melhor forma de divisão de trabalho seria o uso de duas auxiliares, uma fixa ao lado do CD (*chair side assistant*) e outra móvel (*roving assistant*), encarregada de assegurar o fluxo de pacientes, do trabalho de esterilização e demais operações de rotina.

Assim, desenvolveram-se métodos e técnicas mais simples e racionais capazes de aumentar a eficiência dos serviços, ampliando a cobertura a custos menores, bem como prevenindo estresse e fadiga profissional.

Ao contrário das enfermeiras dentais neozelandesas, no forte mercado profissional norte-americano não foram delegadas funções para intervenção direta (dentística operatória) dos auxiliares na cavidade bucal do paciente nem se ousou conferir a eles a autonomia profissional abolindo a supervisão direta do CD. Nesses marcos, esse tipo de organização microeconômica do trabalho foi base para a concepção de todo um modelo racionalizador de tempos e movimentos, de organização do espaço, do processo de trabalho e de incorporação de novas tecnologias, no qual a presença de auxiliares se tornou popular e obrigatória a partir dos anos 1960.

Até fins dos anos 40, estavam bem marcados os limites que separavam os profissionais “tipo norte-americanos”, higienistas ou auxiliares instrumentadores, do “tipo neozelandeses”, operadores. Entretanto, em 1947, Fulton propõe testar o sistema neozelandês nos EUA. Em 1949, Dunning (1958) inicia um teste proposto para dois anos de formação e cinco anos de produção experimental de higienistas dentais, as quais, além de suas funções, atuaram como operadoras, inserindo material restaurador em cavidades abertas pelos CDs na Forsyth Dental Infirmary for Children, em Boston. Mesmo quando formando auxiliar para trabalho sob supervisão direta em experiência restrita ao âmbito interno de uma única instituição, mesmo quando tal experiência se dava mediante incentivos governamentais para estudos de aumento de produtividade e utilização de auxiliares com maiores delegações de funções, houve pronta reação profissional ao treinamento, e a American Dental Association (ADA) atuou fortemente para influenciar a proibição dessa e de outras experiências do tipo. Mas, a despeito de tudo isso, Dunning manteve e realizou sua programação.

Sem se intimidar com a contenda com a ADA, em 1958, após a experiência realizada, Dunning publicou um trabalho de grande impacto propondo que os limites de produtividade clínico-operatória norte-americanos poderiam ser superados. Ele defendeu o operador nos termos do que foi treinado por ele na Forsyth, alegando o quanto o volume de restaurações nos EUA era menor que na Nova Zelândia, e que ao menos a

introdução de um técnico operador em cadeira própria junto ao CD (sob supervisão direta), restaurando cavidades previamente abertas pelos CDs, aumentaria em 50% ou mais a já aumentada produtividade pelo modelo de Richmond e Woonsocket, que utilizavam duas auxiliares (fixa e móvel).

Como reação, em 1960, a American Dental Association House of Delegates publicou uma resolução incitando as escolas dentais que mantinham treinamento de auxiliares odontológicos a determinar mais precisamente seus papéis individuais na profissão. Definiu-se expressamente o que não se poderia incluir em treinamento de auxiliares. Sob esse aspecto, o máximo de delegações permitidas seriam as de auxiliar instrumentador e as de higienista dental, conforme descritas anteriormente (SORICELLI, 1972).

Inspirados em Dunning, uma década depois, ultrapassando as restrições corporativas, deu-se nova experiência: a da Universidade do Alabama (HAMMONS; JAMISON, 1968). Essa experiência teve particular influência sobre os brasileiros. Lá os auxiliares foram treinados para: (i) colocação e remoção de diques de borracha; (ii) colocação e remoção de restaurações provisórias; (iii) colocação e remoção de porta-matrizes; (iv) condensação e escultura em restaurações de amálgamas em dentes previamente preparados; (v) restauração com cimento de silicato e/ou resina acrílica em dentes previamente preparados; (vi) acabamento e polimento das restaurações. Todo esse amplo conjunto de práticas e estudos marcou a produção intelectual brasileira nesta área nas décadas de 1920, 1950, 1960 e 1970.

3 ANTECEDENTES NACIONAIS DA DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO

A ideia da divisão do trabalho odontológico no Brasil ocorreu sob três ideologias e três conjunturas distintas. As ideologias foram: do profissionalismo, da administração científica e da administração política. As conjunturas foram: da Reforma Sanitária dos anos 1920; do imediato Pós-Segunda Grande Guerra (anos 1950); e do declínio da ditadura militar

brasileira, com subsequente movimento da Reforma Sanitária, que se realizou politicamente no curso da Nova República.

3.1 A divisão sob a ideologia do profissionalismo

Chamamos aqui de ideologia do profissionalismo ao discurso normal dos profissionais da odontologia brasileira e de suas lideranças tradicionais. É o discurso pautado nos elementos inerentes ao princípio profissional: autonomia; conhecimento; competência exclusiva; jurisdição exclusiva; credencialismo profissional; credencialismo acadêmico; autoridade profissional legítima; relação fiduciária entre paciente e profissional; cultura, estilo, honra, vocação e observação de padrões morais profissionais; código de ética; coleguismo; *status* profissional; autorregulação e governo privado da profissão; controle monopolista do mercado; restrição de concorrência entre os profissionais; recompensas e privilégios; concepção estratégica a respeito da função do Estado e a relação da profissão com ele (FREIDSON, 1988; DINIZ, 2001).

No plano do senso comum, a doxa dos porta-vozes desse profissionalismo tradicionalista nunca expressou posições com clareza conceitual e tratamento teórico mínimos. Entre eles sempre faltaram alguns entendimentos sociológicos básicos, tais como o de que uma profissão é uma construção, um produto de empreendimento social sobre uma ocupação; ou o de que toda profissão define um campo específico compreendido entre duas margens: à frente, o *front* da profissionalização; atrás, o da desprofissionalização.

Nos marcos do “empreendimento social”, para uma profissão manter-se eficaz ela necessita se autorregular, isto é, administrar seu campo profissional específico, inclusive instituindo e fazendo gestão de mecanismos de controle do tamanho da sua comunidade de praticantes: a quantidade de oferta profissional. No *front* da profissionalização, o controle do tamanho da comunidade se dá pela seleção dos novos praticantes, que são incorporados somente após ultrapassarem as barreiras de entrada (ex.: exames admissionais). No *front* da desprofissionalização, o tamanho é controlado pelo expurgo dos antigos profissionais incapazes de ultrapassar barreiras de permanência (ex.: exames de recertificação).

A eficácia da profissão depende igualmente da definição da qualidade da ocupação dos profissionais: (i) no *front* da profissionalização, selecionando as novas competências, as atividades profissionais que estão sendo adquiridas e valoradas em função da incorporação de novos conhecimentos esotéricos e aplicações decorrentes (tecnologias); (ii) no *front* da desprofissionalização, repassando para profissões auxiliares os conhecimentos e as competências que foram postergados ou que sofrem desvalorização (outrora nobres, tornando-se decaídos ao perderem o esoterismo).

O controle do tamanho da comunidade e do alcance do campo de conhecimentos e competências exclusivas permite a uma profissão se instituir, ganhar autonomia, fazer a gestão de suas fronteiras jurisdicionais e se manter eficaz.

O descontrole das fronteiras causa a inflação de competências profissionais, seja pela aquisição de novas competências não esotéricas, seja pela manutenção de competências antigas que perderam tal caráter, é quando a inflação e a ineficácia corporativa corroem o *status* profissional. Esse é o caso da odontologia brasileira, que, por não controlar o tamanho de sua comunidade de praticantes, não consegue assegurar o avanço da sua jurisdição sobre a prática de competência exclusiva e acaba inflacionada de atividades novas e não esotéricas. São criadas zonas de superposição e indefinição com outras profissões, minando o caráter diferenciado de sua prática, com prejuízos à assinatura e ao reconhecimento social de privilégios (monopólios econômico, político e administrativo)². A odontologia acaba inflacionada também pela sua incapacidade de depurar as tarefas clínicas degradadas, que deveriam ser repassadas, mas não são, para profissões auxiliares.

A falta de compreensão mínima desses processos básicos entre os militantes do profissionalismo na odontologia brasileira resulta na ausência de uma agenda político-corporativa pouco clara e em uma série de apostas cegas e em outras ineficazes dos líderes desse profissionalismo

2 Uma profissão é um investimento de toda a sociedade em um grupo particular; esse grupo, uma dada profissão, é remunerado socialmente com privilégios; portanto, esse grupo fica devendo à sociedade. É o pagamento regular à sociedade que permite ao grupo contrair novas dívidas, i.e., adquirir novos privilégios. Assim recursivamente, uma sociedade no geral hipoteca mais a uma profissão mais responsiva; ou seja, uma profissão adquire mais privilégios quando melhor responde ao que a sociedade no geral espera dela.

tradicional. Dentre elas destaca-se a negação puramente ideológica à ideia da incorporação de tecnólogos (de nível superior), tal como higienistas ou enfermeiros dentais, ou mesmo auxiliares técnicos (de nível médio) na divisão do trabalho clínico, historicamente representados na figura do THD, hoje reconhecido pela denominação de técnico de saúde bucal (TSB). Decorrem também outras negações, tal como a incorporação de profissionais de nível elementar na divisão do trabalho extraclínico, hoje representados na figura do agente comunitário de saúde (ACS) – nova nomenclatura definida em lei (BRASIL, 2008).

Nesses marcos ideológicos, sob princípio profissional, a divisão do trabalho odontológico aceita pelas lideranças tradicionais é tão somente aquela contida na ideia do simples auxiliar de consultório tradicional (de nível fundamental), hoje legalmente denominado de auxiliar de saúde bucal (ASB).

3.2 A divisão sob a ideologia da administração científica

3.2.1 A administração científica na era Chagas

Distinta da anterior, chamamos aqui de ideologia da administração ao discurso de lideranças profissionais da odontologia brasileira que militam na saúde pública, discurso pautado nos elementos inerentes ao princípio administrativo em três conjunturas distintas: a Reforma Carlos Chagas dos anos 1920; o imediato Pós-Segunda Grande Guerra (anos 1950); e o declínio da ditadura militar brasileira, com subsequente movimento da Reforma Sanitária, que se realizou politicamente no curso da Nova República.

Nos anos 1920, sob a liderança de Carlos Chagas, o Estado brasileiro começou o processo de instalação de uma estrutura assistencial própria de serviços básicos rotinizados de saúde: unidades locais inspiradas no modelo americano dos centros comunitários de saúde. Estes centros eram propostos para localidades de 80 a 120 mil habitantes, com atividades coordenadas por sanitarista e trabalho realizado por enfermeira visitadora.

Nesse contexto, a emergência da enfermagem brasileira representava a tentativa de a ideologia administrativa ampliar suas ações mediante introdução do pulso social alóctone: o profissionalismo para expansão das

estruturas estatais, isso porque, antes de Chagas, a formação inicial das enfermeiras brasileiras, as enfermeiras visitadoras, era feita por médicos de forma rápida, improvisada e incompleta. Em 1921, esse tipo de formação foi interrompido depois que Chagas criou o Serviço de Enfermeiras e delegou sua direção a Ethel Parsons (Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. 2011), incumbindo-a no ano seguinte de organizar um curso de formação de enfermeiras diplomadas. O segundo ano desse curso oferecia conteúdos de “higiene da boca”. Em 1930, esses conteúdos figuravam como disciplina exclusiva (higiene oral) ministrada pelo professor Paulo Cezar. Foi o advento das enfermeiras diplomadas que levou à extinção do quadro de enfermeiras visitadoras leigas em 1926.

Em que pese toda a ousadia político-institucional da Reforma Carlos Chagas sob o paradigma do higienismo, não foi possível consolidar práticas de saúde bucal na rotina visitadora. A proposição embutida na Reforma Carlos Chagas do trabalho higienista em saúde bucal não exclusivo da odontologia foi inadequada para o Brasil dos anos 1920. Primeiro porque, do ponto de vista assistencial, a proposta das enfermeiras, moderna ideia comunitarista norte-americana do trabalho básico em saúde, não encontrou acolhimento cultural nas práticas profissionais do Brasil da década de 1920 ao se confrontar com as orientações profissionais clínico-hegemônicas de inspiração francesa (médico e hospitalocêntricas). Segundo porque as novas profissões, da forma como foram semeadas, pelo e no Estado, como estratégia comunitarista, não foram aceitas como tal em seu próprio ambiente, o mercado. Precisaram ser refuncionalizadas segundo o hospitalocentrismo para só então alcançar o pulso social vigoroso característico do profissionalismo. Terceiro porque, nos anos 1920, independentemente de haver ou não mercado profissional no Brasil, não existiam condições globais, pois faltava ambiência de sentido e de práticas para o desenvolvimento das profissões em saúde como profissionalismo concorrencial de mercado. Quarto porque as práticas higienistas propostas para a saúde bucal se davam no campo profissional da enfermagem, e não no da odontologia.

Assim, a curiosa e contraditória estratégia brasileira de utilizar o avanço do profissionalismo como estratégia de expansão da ideologia administrativa falhou: as visitadoras leigas foram simplesmente extintas, e

as enfermeiras diplomadas foram paulatinamente cooptadas pelos serviços hospitalares da Era Vargas (CASTRO SANTOS; FARIA, 2004) e pelas tradições europeias não comunitaristas e/ou médicas mais antigas. Por tudo isso e muito mais, dos anos 1930 até fins da Segunda Guerra Mundial houve uma desmobilização dos esforços em saúde pública.

Vale registrar que, para além da formação de enfermeiras, desde 1925 foram formadas educadoras sanitárias no Centro de Saúde Modelo do Instituto de Higiene de São Paulo para trabalho educacional domiciliar, no qual, segundo Faria (2006), também estava incluída a higiene bucal, ainda que não rotinizada.

Assim, no particular da odontologia brasileira, até os anos 1950 nada de mais substantivo se fez. Sem o profissionalismo da enfermagem e sem pulso profissional próprio para instituir auxiliares capazes de enfrentar o “serviço decaído” da higiene bucal, essas práticas acabaram ficando fora do leque dos temas e dos esforços que caracterizaram o higienismo brasileiro das primeiras décadas do século XX. Conseqüentemente a saúde bucal perdeu sua oportunidade histórica de ser incluída no jargão popular decorrente do higienismo – “sou pobre, mas sou limpinho”; portanto ela não cumpriu oportunamente sua missão civilizatória.

3.2.2 A administração científica sespiana

O segundo período histórico ocorreu na conjuntura da ideologia administrativa científica. Suas lideranças emergiram como atores políticos sob os escombros da Segunda Guerra dispostos a expandir o aparelho do Estado e habilitá-lo a intervenções sociais em situações que o mercado não conseguia equacionar; no nosso caso, especialmente a utilidade do trabalho odontológico no Brasil, sua ineficácia social e sua ineficiência econômica.

Nessa conjuntura, no setor saúde brasileiro, o princípio administrativo colocou-se quase a nu. A motivação tipicamente weberiana, racional-legal pautada na ética da responsabilidade, apresentou-se sob a roupagem do discurso sanitário ambientado nos elementos simbólicos e nos valores encarnados pelo “sanitarismo sespiano”.

O Sesp (Serviços Especiais de Saúde Pública), nascido como esforço de guerra, foi a aposta no trabalho profissional administrado, que reu-

niu tudo de mais avançado à época: estruturas assistenciais tecnicamente exemplares. Ele representa uma reedição revisada e ampliada do que foi proposto anteriormente, sob a mesma inspiração, mas sem maior sucesso, pela Reforma Carlos Chagas na década de 1920 e pelos esforços da Fundação Rockefeller no Brasil desde os anos 1910 (CASTRO SANTOS; FARIA, 2004). Foi uma nova investida da visão comunitarista norte-americana contra nossa cultura ancestral geral, tipicamente europeia continental e colonial não comunitarista, bem como contra nossa cultura ancestral particular da saúde, hospitalocêntrica à francesa (SANTOS, 1995). Nesse empreendimento, o Sesp ocupou-se com treinamento de pessoal auxiliar a fim de que pudesse, no menor espaço de tempo, fazer funcionar plenamente seus órgãos locais (BASTOS, 1996).

Passada a guerra, nos anos 1950 o Sesp permaneceu e alcançou a questão da saúde bucal, promovendo uma profunda mudança no entendimento do modelo de atenção odontológica ao fundar as políticas públicas subsetoriais sanitário-bucais. Servindo-se da ciência norte-americana, suas ações e serviços estruturaram duas modalidades de prática: a implantação de unidades escolares de atendimento odontológico na forma de “Sistema Incremental”, a partir do projeto piloto em Aimorés (MG), 1951; e a implantação da fluoretação das águas de abastecimento público nas companhias municipais de água e esgoto (Saaes), a partir do projeto piloto em Baixo Guandu (ES), 1953. Pelas mãos de Paulo da Silva Freire, o chefe da seção de odontologia, egresso do curso de mestrado em Saúde Pública da Universidade de Michigan, a rede de serviços do Sesp foi instituída sob a lógica da programação (ZANETTI, 1993).

Sob influência norte-americana direta, essa conjuntura é marcada pelo enorme cuidado com a administração científica. Nela, as soluções foram apresentadas mediante procedimentos experimentais prévios, propostos à luz do melhor conhecimento científico disponível à época, criteriosamente implementados e avaliados.

Pela primeira vez no Brasil a divisão do trabalho odontológico é cientificamente racionalizada por princípio administrativo na figura da auxiliar de higiene dental (AHD), ultrapassando a ideia tradicional de simples auxiliar de consultório. Legatária da auxiliar norte-americana, com um número menor de delegações, concebida como uma espécie híbrida

de instrumentadora e higienista, sem alcançar as atividades operadoras das enfermeiras dentais, a AHD foi inspirada nas experiências ainda não publicadas, à época, de Richmond e Woonsocket, adaptadas às condições nacionais por Frankel e Chaves. Sua presença na divisão do trabalho possibilitaria atender e educar um maior número de pacientes, aumentar o rendimento do CD e gerar economia para os serviços.

Também pela primeira vez no país utilizou-se a “odontologia a quatro mãos” com a AHD em Aimorés, cuja figura, entretanto, ficou mais associada aos procedimentos preventivos e promocionais, uma vez que ela era responsável por limpeza coronariana de dentes e utilização tópica de fluoreto de sódio a 2% em escolares (bochecho semanal), bem como pela educação em saúde bucal para indivíduos isolados, nunca em grupos. Formada em serviço, a AHD ficava aquém da higienista norte-americana, que também era habilitada a realizar tartarectomias individuais, educação sanitária e exames dentais em grupos (CHAVES, 1962).

O Sesp ainda tentou formar sua própria higienista dental, mas a experiência durou pouco. A formação universitária e outros fatores, em especial as resistências ideológicas dos CDs, fizeram com que a formação da higienista fosse interrompida, novamente substituída pela de AHD. Vale destacar que mesmo com todo esse esforço as inovações na divisão do trabalho odontológico não se difundiram, ficando limitadas ao âmbito do Sesp. Até 1959, foram formadas apenas 25 AHDs (BASTOS, 1996).

3.3 A divisão sob a ideologia da administração política

Chamamos aqui de ideologia administrativa política ao discurso crítico de algumas lideranças profissionais da odontologia brasileira que militam na saúde coletiva. Esse discurso é pautado, ainda que não os realize completamente, nos elementos inerentes aos princípios administrativos da Reforma Sanitária brasileira: eficácia social, eficiência econômica, bem-estar, justiça social (equidade) e a aposta no trabalho profissional administrado nos marcos da institucionalidade do SUS. Herdeiros da tradição dos administradores científicos, ainda em contexto de fins da Guerra Fria, os administradores políticos emergiram como atores nos anos 1980, como uma segunda geração de dentistas sanitaristas brasileiros, sob os escom-

bros da administração pública militar, munidos de todo tipo de crítica à organização capitalista das práticas odontológicas no Brasil (ZANETTI, 1993). Essas críticas tinham, no mínimo, dupla inspiração. Primeiro, a crítica marxista ao mercado e ao Estado capitalistas, típica nos processos de transição democrática na América do Sul e no Sul da Europa, que reverberou com grande intensidade no setor de saúde brasileiro.

Segundo, a crítica burocrática de corte welfariano à privatização do Estado, dados os efeitos do Decreto-Lei n. 200/1968 e sucedâneos, instrumentos da reforma administrativa militar que instruíam os serviços públicos a participar de forma complementar à iniciativa privada (OLIVEIRA, 1985). Por isso, na odontologia pública brasileira em fins dos anos 1980 o processo institucional que ainda se destacava era o crescimento das modalidades de compra de serviços no mercado (convênios e credenciamentos) pelas estruturas de assistência à saúde da previdência social, pois a saúde pública estatal era marginal (VIANA, 1988).

Ao contrário da anterior, nessa segunda conjuntura o princípio administrativo não se colocou a nu. A motivação tipicamente weberiana apresentou-se sob a roupagem do discurso reformador sanitário para a Nova República e ambientado nos elementos simbólicos e nos valores da “medicina comunitária” (MENDES, 1985), internacionalmente apresentados pela Assembleia Mundial de Saúde da OMS em Alma-Ata (URSS, 1978).

O esgotamento da capacidade nacional de gerar inclusões pelo modelo de mercado, a inspiração internacional por modelos welfarianos universais, a opção pela oferta de trabalho organizado por uma administração racional-legal do tipo burocrática e fordista somados à repugnância marxista às instituições de mercado, entre outras coisas, num *mix*, resultaram na aposta pela oferta de serviços próprios, estatais, de base municipal, organizados num sistema nacional de saúde tardio – o SUS.

Sob tais inspirações, germinou a ideia de se difundir nacionalmente o modelo sespiano, ao se fazer a oferta pública de assistência odontológica mediante trabalho racionalizado (por critérios técnicos de uma administração científica) e organizado em linha (fordista e taylorista). Mas as origens de tudo isso, ironicamente, estão em mãos burocrático-autoritárias, mais especificamente no Parecer 460/75 (BRASIL, Parecer n. 460, de

6 de fevereiro de 1975), aprovado pela Câmara de Ensino de Primeiro e Segundo Graus e Supletivos do Conselho Federal de Educação, que instituiu as definições para a formação do técnico de higiene dental (THD) e do auxiliar de consultório dentário (ACD) no Brasil, como decorrência da reforma da educação de 1971, que instituiu o ensino profissionalizante compulsório no segundo grau. O parecer que inventa o THD amalgama inspirações norte-americanas e neozelandesas, fazendo do THD herdeiro direto da experiência da AHD do Sesp e das pesquisas da Universidade de Alabama (OLIVEIRA, 2008).

À época, as funções atribuídas ao THD foram: participar do treinamento de auxiliares e atendentes odontológicos; colaborar nos programas educativos de saúde bucal; realizar teste de vitalidade pulpar; fazer a tomada e a revelação de radiografias intraorais; realizar a remoção de indutos, placa e tártaro supragengival; executar a aplicação tópica de substâncias para a prevenção da cárie dental; demonstrar técnicas de escovagem; inserir e condensar substâncias restauradoras; polir restaurações; remover suturas; educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre higiene, prevenção e tratamento das doenças bucais; responder pela administração da clínica; colaborar nos levantamentos e nos estudos epidemiológicos como coordenador, monitor, anotador; supervisionar, sob delegação, o trabalho dos auxiliares de higiene dental e dos atendentes odontológicos; preparar substâncias restauradoras e de moldagens; preparar moldeiras; confeccionar modelos; proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico; instrumentar o CD junto à cadeira operatória (odontologia a quatro mãos); proceder à limpeza e à assepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos.

Mesmo desconhecendo o parecer do MEC, mesmo com outra nomenclatura (auxiliar com funções ampliadas), o THD ganha destaque nacional a partir de 1979, quando sai do papel no Distrito Federal (Pise/FEDF/GDF), passando a ser alvo de intensa polêmica (OLIVEIRA, 2008). Desde então, em seus trinta anos de existência jurídica infralegal, as funções auxiliares do THD foram cercadas dos mais diversos debates. Em geral, ao seu apoio, os sanitaristas reformistas (científicos ou políticos) pautados pelo princípio administrativo; contestando-os, as lideranças profissionais da odontologia pautadas pelo princípio profissional.

A figura do THD, mesmo sendo produto da ditadura, foi progressivamente incorporada como peça-chave nas propostas de racionalização dos administradores científicos e políticos. Entre os últimos, a ideia da divisão técnica rapidamente se torna bandeira político-administrativa, porque com ela se fez uma dupla crítica e uma afirmação: críticas à ineficiência produtiva e à injustiça social das práticas odontológicas de mercado e afirmação do Estado como *locus* de práticas racionais. Críticas e afirmações fundiram-se porque, à época, primeiro acreditava-se ingenuamente que a racionalização administrativa do trabalho odontológico geraria reduções nos custos de produção, e isso facilitaria a ampliação da oferta pública da assistência odontológica; depois, porque se acreditou ainda que as economias de uma produção clínica mais eficiente poderiam, no mercado, ser repassadas aos consumidores, criando um modelo de oferta privada alternativo e mais acessível à população de mais baixa renda, até então excluída do acesso privado.

Simultaneamente ocorreu na segunda metade dos anos 1970 uma onda internacional de pesquisas e desenvolvimento de tecnologias preventivas bucais tópicas com base em fluoretos com considerável impacto no Brasil, inclusive com a formação da Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (Aboprev) em 1981. Desde então, vem-se consolidando todo um paradigma de práticas com forte ênfase preventiva que atingiu a formação clínica e em saúde pública. Desde o início dos anos 1980 até hoje que tanto os administradores políticos que militaram no campo da medicina comunitária (que desembocará na saúde coletiva) quanto aqueles que militaram diretamente na esfera de influência da Aboprev se comunicam entre si nas mais variadas formas. Esse diálogo permitiu que a importância dada pelos administradores políticos ao trabalho do THD mudasse progressivamente de ênfase: da produção clínico-assistencial à atenção preventiva. Desde então, tornou-se ideia força o seguinte entendimento:

Em relação às propostas de mudanças no perfil profissional dessas ocupações, começam a aparecer algumas ideias novas, especialmente em relação ao THD. Um exemplo importante e polêmico, retratado em alguns estudos recentes (LOUREIRO, 1994; RIBEIRO; FISCHER; MARQUES, 1997; CARVALHO,

1998), refere-se à utilização do trabalho do THD, principalmente na prevenção e no controle das doenças bucais, nos níveis individual e coletivo. Dessa forma, as atividades de inserção e condensação de substâncias restauradoras seriam preferencialmente executadas pelos próprios CDs. Isso evitaria a fragmentação do trabalho, aumentaria o grau de autonomia e resolutividade do THD e possivelmente resultaria num maior impacto epidemiológico na redução da cárie e da doença periodontal (CARVALHO, 1998).

Percebe-se nessa citação, sub-repticiamente, que as práticas preventivas consolidaram seu significado como práticas profissionais auxiliares, isto é, como temas de domínio de uma cultura profissional não necessariamente intrínsecos à cultura em geral. Dessa forma, esse significado figura como um dos óbices à qualificação das práticas preventivas no bojo das pretensões promocionais mais amplas junto à cultura no geral.

Percebe-se igualmente que as concepções a respeito do trabalho técnico auxiliar na odontologia, provenientes da ideologia do profissionalismo tradicional e estribadas em fortíssimas resistências à ideia de que auxiliares participem de forma mais completa nas atividades de restauração dentária, acabaram por convergir com as concepções oriundas da ideologia da administração política com ênfase na prevenção. Essa convergência foi materializada na programação dos serviços públicos odontológicos realizados na conjuntura hegemônica pelos administradores políticos.

4 AS QUESTÕES ATUAIS DA DIVISÃO DO TRABALHO ODONTOLÓGICO NO BRASIL: DESGOVERNO PROFISSIONAL, SAÚDE BUCAL NO PSF E LEI N. 11.889/2008

4.1 O desgoverno da odontologia brasileira

Sociologicamente, a odontologia brasileira é uma profissão desgobernada que produziu uma plethora profissional (e suas sequelas) sem pre-

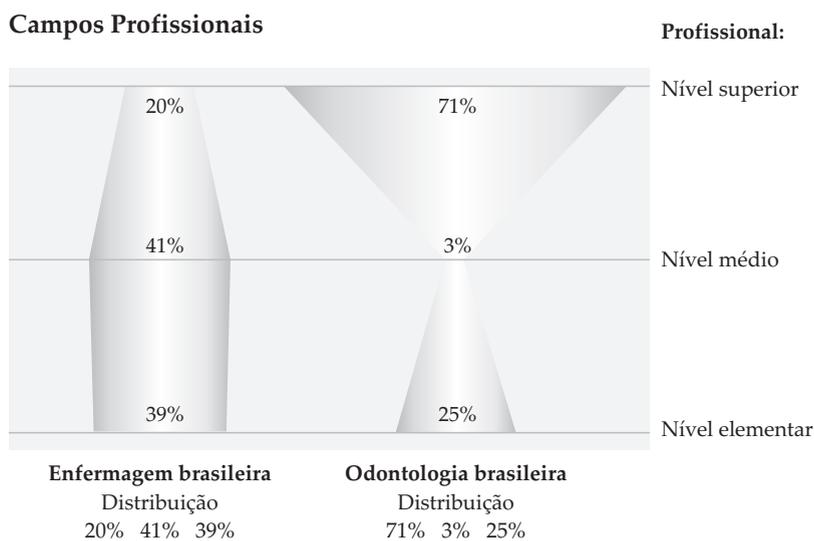
cedentes mundiais no campo das profissões da saúde, perdendo a normalidade da dinâmica comum às profissões. Há hoje no Brasil aproximadamente 20% da força de trabalho odontológico mundial. Há mais dentistas atuando no Brasil que em toda a Ásia (FDI, 2011).

A superoferta de força de trabalho odontológico no Brasil tem levado a odontologia a se afastar muito da dinâmica típica de evolução de uma profissão paradigmática. Cada vez mais as características degradantes se expressam, em particular na forma de duas quedas: na seletividade dos novos conhecimentos e competências (redução do esoterismo) incorporados e no volume de descarte dos antigos conhecimentos e competências que perderam seu esoterismo (perderam importância simbólica e profissional).

Alguns fatos ilustram essa atipicidade, como, por exemplo, o ingresso de CDs nos serviços públicos por meio de concursos para lotação e exercício profissional de TSBs (exemplo de desprofissionalização). Alguns dados comparativos também ilustram essa atipicidade: em relação à enfermagem brasileira, vê-se na Tabela 1 que a composição relativa da força de trabalho da enfermagem ocupada nos estabelecimentos de saúde brasileiros é de 20% de enfermeiros (nível superior), 41% de técnicos (nível médio) e 39% de auxiliares (nível elementar). Assim, para cada enfermeiro há aproximadamente dois técnicos e dois auxiliares (relação 1:2:2). Na odontologia a força de trabalho é composta por 71% de cirurgiões-dentistas, 3% de técnicos e 25% de auxiliares (relação 1:0,05:0,35), segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2011).

As representações gráficas dessas duas demografias populacionais específicas revelam a odontologia com um duplo cone com seção hiperbólica (em forma de taça/ampulheta de base estreita) e a enfermagem com um cone de base larga. Basta observar a forma dos sólidos geométricos para constatar qual processo profissional histórico tem gerado um campo profissional de base estável (Figura 1).

Figura 1. Representação espacial da distribuição da força de trabalho da enfermagem brasileira empregada em estabelecimentos de saúde (2009) e da odontologia brasileira no geral (2011)



Nos dados da Tabela 1 observa-se que na odontologia brasileira há uma relação de 0,4 pessoal auxiliar para cada dentista, exatamente a mesma relação encontrada na década de 1950 nos EUA por Dunning (1958). Isso sugere que no Brasil a composição da força de trabalho está sociologicamente estagnada nos moldes da sociedade de mercado típica dos anos 1950, incapaz de evoluir dada a atuação das forças internas no campo profissional, as mesmas que produziram sua superoferta.

Em comparação aos médicos brasileiros, a situação da odontologia brasileira é ainda mais díspar. Há no Brasil 346.053 médicos ativos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011). Caso estes sejam correlacionados exclusivamente com a força de trabalho da enfermagem, entendida para tanto como pessoal auxiliar médico, a relação interprofissional entre estes se faz na proporção de um médico para 2,34 profissionais de enfermagem. Essa correlação é progressivamente ampliada e ainda mais sustentável toda vez que se considera nesse cálculo, sob o mesmo entendi-

mento, a incorporação/somatório de outras forças de trabalho profissional do campo da saúde, tais como: odontologia, farmácia, nutrição, fisioterapia, etc.

Tabela 1. Comparativo da força de trabalho da enfermagem (2009) e da odontologia (2011) brasileiras, com suas respectivas profissões auxiliares, no geral e no particular dos serviços públicos – Brasil

Ocupado em estabelecimento de saúde ¹						
	Geral (público e privado)		Relação enfermeiro/auxiliar	Público		Relação enfermeiro/auxiliar
Enfermeiros	163.099	20%	-	109.870	23%	-
Técnicos	330.928	41%	1 / 2,0	158.726	34%	1 / 1,4
Auxiliares	317.420	39%	1 / 1,9	202.878	43%	1 / 1,8
	811.447	100%	1 / 3,98	471.474	100%	1 / 3,29
	Geral		Relação dentista/auxiliar	PSF/SUS		Relação dentista/auxiliar
Odontólogos	233.994	71%		20.441	48%	
Técnicos	11.299	3%	1 / 0,05	1.692	4%	1 / 0,08
Auxiliares	82.773	25%	1 / 0,35	20.441	48%	1 / 1,0
	328.066	100%	1 / 0,40	42.574	100%	1 / 1,08

³A partir do número de equipes implantadas.

Fonte:

¹(IBGE, 2009) <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>

²(CFO, 2011) <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos>

³(BRASIL/MS/DAB, 2011) http://189.28.128.99/dab/cnsb/historico_cobertura_sf.php

Dados:

¹2009

²Fev. 2011

³Jan. 2011

De volta ao campo profissional particular da odontologia, vale destacar que, com a profissão líder incorporando conhecimentos com menos seletividade e repassando os saberes em menor quantidade, o processo de divisão do trabalho no campo profissional liderado pela odontologia foi inflacionado e truncado. Sob o imperativo da pletera profissional, o excedente descomunal da força de trabalho e sua dinâmica atípica vêm

condenando inúmeros CDs à prática de conhecimentos e competências postergados e/ou decaídos, serviço não exclusivo que nunca foi considerado nobre pelos seus praticantes e que há muito já deveria ter sido repassado para profissões auxiliares.

Inflacionada, nessa odontologia conforma-se uma legião de CDs praticantes que milita numa zona de exercício profissional que por sua nebulosa intransparência (quanto às suas perspectivas futuras) e na falta de nome melhor podemos denominar de zona cinzenta da desprofissionalização. Nessa zona não há cooperação, só competição, inclusive competição interprofissional direta entre dentistas e técnicos de saúde bucal.

4.2 A ausência de processos sustentáveis de institucionalização, planejamento e programação da saúde bucal no PSF e de sua força de trabalho

O advento constitucional do SUS em 1998 e o início do processo de municipalização a partir de 1990 favoreceram a ampliação da força de trabalho odontológica nos serviços públicos. A partir de 2000 essa ampliação foi acelerada pelo PSF. À primeira vista, o PSF aparenta ser uma política nacional favorável à administração e à melhor composição da força de trabalho nos serviços públicos. Isso porque sua principal variável normativa, a distinção de equipes de saúde bucal (ESB) (com ou sem TSB), condiciona as transferências federais aos municípios (piso de atenção básica variável da saúde bucal).

Onze anos depois, com mais de 20 mil ESBs implantadas em 4.832 municípios brasileiros, observa-se que os postos de trabalho para CDs, TSBs e ASBs se distribuem formalmente do seguinte modo – 48%, 4%, 48%. (BRASIL/MS/DAB, 2011). O gráfico dessa distribuição reproduz uma ampulheta perfeita, uma vez que a relação CD/ASB é, ao menos em teoria, normativamente equilibrada, mas apenas em teoria, porque, na prática, a força de trabalho não corresponde exatamente aos postos de trabalho, pois há inúmeras equipes com CDs realizando jornadas de 20 horas semanais e auxiliares realizando jornadas de 40 horas semanais (um dos sintomas da precarização do trabalho no SUS: declarações oficiais de acordo com as

portarias vigentes, que exigem jornadas de 40 horas semanais, encobrendo contratos reais, e de gaveta, de 20 horas semanais ou menos).

De qualquer forma, vale destacar que a proporção de técnicos (4% da força de trabalho ativa) no PSF/SUS se manteve praticamente inalterada quando comparada à sua participação na força de trabalho odontológica geral no país. Isso quer dizer que a expansão “administrada” da oferta de trabalho odontológica no SUS não teve qualquer impacto sobre a expansão da força de trabalho dos técnicos. A presença do técnico no interior do sistema público continuou espelhando sua presença no mercado de livre concorrência. Nada de novo surgiu, pois a principal norma de ampliação da saúde bucal na atenção básica do SUS não se sobrepôs às leis do mercado. Assim, ao final de uma década ainda não ocorreu a reorganização da força de trabalho odontológica “administrada” pelo SUS!

Tal inocuidade é explicada pela forma incremental (não racional) pela qual essa política pública foi implementada: pressões políticas de toda ordem (político-eleitorais somadas às político-profissionais) para a expansão rápida, e a todo custo, do número de ESBs, laboratórios regionais de prótese e centros de especialidades odontológicas. Com isso, a implantação das ESBs não foi acompanhada de exigências administrativas racionais suficientes para expressá-la na lógica própria de planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação. Também não foram instituídas exigências de contrapartidas de estados e municípios, quais sejam: (i) contrapartidas financeiras (cofinanciamento federativo); (ii) contrapartidas políticas (ações de apoio à política nacional, tal como a realização de cursos, treinamento, capacitação, oficinas, entre outras medidas culturais específicas); (iii) contrapartidas técnicas (necessidade de demonstração de viabilidade e eficiência estrutural e operacional dos sistemas locais de saúde bucal, etc.).

Nesse processo, o custeio tornou-se quase exclusivamente federal, e as ausências de contrapartidas produziram inúmeras falhas de implantação. Os poucos recursos financeiros, os pouquíssimos recursos de organização e a quase nula institucionalização disseminaram uma implantação sem os devidos cuidados técnico-programáticos, criando dificuldades para a política nacional de saúde bucal se expressar de forma republicana (não patrimonialista) e federativa na maioria dos municípios brasileiros. Con-

sequentemente, após uma década, a saúde bucal no PSF transformou-se numa política nacional frágil (“um gigante de pés de barro”, ZANETTI, 2001). Em seu seio instalaram-se fenômenos de subfinanciamento, ineficácia, ineficientização, precarização, depreciação do potencial de oferta assistencial e de sua efetivação, entre outros inúmeros efeitos emergentes que caracterizam a *malaise* (ZANETTI, 2005).

Esse fracasso também pode ser explicado, *inter alia*, pelo seguinte fato: as experiências exitosas de trabalho assistencial com divisão técnica do trabalho jamais foram tratadas como pilotos, como exemplares ou como referências para institucionalização (normas), logo não se multiplicaram. Na história recente, vê-se que no embate político sobre a divisão do trabalho odontológico as profissões auxiliares, em especial o TSB, ficaram desprotegidas dos ataques da militância do profissionalismo. Não se conseguiram os avanços possíveis, tal como o proposto em 1977 por Vitor Gomes Pinto³ (citado por VASCONCELLOS, 1980), que defendia a ampliação das competências do técnico, a exemplo da Nova Zelândia, mantendo-o como profissão *exclusiva* dos serviços públicos – proposta pertinente ao Brasil, considerando-se que o mercado de serviços privados em quase nada incorporou tais técnicos.

Ainda hoje o princípio profissional tradicional (social) tem sido mais forte que o princípio administrativo político na condução desses assuntos. Como se não bastasse, tudo ficou ainda mais difícil quando, nas duas últimas décadas, o princípio administrativo (técnico) passou a enfatizar a prevenção, despreocupando-se da assistência básica e, assim, convergindo para as teses do princípio profissional tradicional.

Foi assim que o advento da saúde bucal no PSF (Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000) reafirmou o viés preventista dos administradores políticos. Pouco se fez para estimular e acompanhar o trabalho dos auxiliares técnicos em atividades intrabucais diretas de restauração dentária e periodontia básica. Consequentemente, a previsão da equipe modalidade II (com TDH) não se traduziu nem no volume nem na qualidade da implantação assistencial necessária (ZANETTI; GUIMARÃES; LIMA, 2006) à expansão qualificada

3 PINTO, 1977.

da oferta. Nesse cenário, dá para compreender a frustração do presidente Lula com os resultados da expansão da oferta assistencial, pois ficaram aquém do esperado: “O Brasil Sorridente ainda não atingiu aquilo que era o nosso desejo” (IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2009) (BRASIL, 2009).

Pode-se resumir toda a crítica atual considerando que, no particular da composição da força de trabalho odontológica no PSF, a maior falha política foi enviesar o trabalho do TSB no preventivismo, e a maior falha normativa da política foi ter admitido o TSB como variável nas ESBs.

Hoje é possível implantar até oito tipos fundamentais de ESBs (arranjos/paretos de recursos mobilizados). Destes, só quatro são formalmente eficazes (potentes) para garantir acesso universal ao tratamento odontológico, isto é, para assegurar o tratamento clínico odontológico eletivo adequado ofertado pelo Programa. Desses quatro eficazes, três são modalidade II (exige TSB na ESB) e apenas um é modalidade I (não exige TSB na ESB). Porém, este um, para se fazer eficaz, imputa um custo administrativo alto para os sistemas locais que o implementam: obriga a ESB a adscrever apenas 3 mil habitantes, ao passo que na presença do técnico esta mesma ESB poderia adscrever o dobro, 6 mil habitantes (ZANETTI, 2005).

Assim, em modalidade I, a predominante no país, a garantia da universalização (se fosse essa a meta real) só se daria por redução de cobertura, dada a ausência do TSB na ESB. Nesses termos, dobra-se o custo unitário de cada alta clínica (tratamento completado – TC) (de R\$ 48,27 para R\$ 77,24) e o custo unitário de implantação de cada ESB em um dado sistema local de saúde bucal. Em resumo, mesmo a melhor escolha em modalidade I (quando se opta pelo único arranjo eficaz para a universalização do acesso à assistência eletiva) é ineficiente (tem menor rendimento), ineficiência decorrente da baixa adstrição da compensação da falta do TSB na ESB (ZANETTI, 2010).

Por tudo isso, procede parafrasear uma das máximas do grande matemático, físico e filósofo francês Henri Poincaré (1854-1912) (1905), quando ele diz que o homem da ciência trabalha com método, portanto: “Ciência é feita de fatos, como uma casa é construída de tijolos, mas um amontoado de fatos não é mais ciência do que um monte de tijolos é uma

casa". Porque também cremos na prescrição de que gestores deveriam trabalhar com método, seguindo Poincaré, declaramos: "Um sistema nacional de atenção à saúde bucal é constituído por profissionais e unidades, como uma casa é construída de tijolos, mas um amontoado de CDs, TSBs, ASBs, ACSs, ESBs, UBSFs, CEOs, UPAs e hospitais não é mais sistema público de atenção à saúde bucal do que um monte de tijolos é uma casa".

É com preocupação pragmática (de melhorismo) que diagnosticamos que, nos últimos dez anos, o importante acúmulo de recursos de saúde bucal no SUS, fruto do vigor ímpar da Política Nacional Brasil Sorridente, tem ampliado o número de ESBs na atenção básica, de laboratórios regionais de prótese dental e de CEOs na atenção especializada, mas ainda não tem sido capaz de induzir, país afora, a edificação de sistemas locais de saúde bucal à moda dos engenheiros, isto é, ampliar a oferta de serviços mediante disposição calculada/justificada de seus recursos. Nesse contexto, os flagrantes prejuízos à utilidade e à justiça social da ação do Estado tornaram-se evidentes e demonstráveis (ZANETTI, 2005).

Num sistema local de atenção estruturado e consequente, de partida (isto é, do ponto de vista lógico-formal) a presença do TSB na assistência clínica é recurso fundamental e edificante, portanto o TSB jamais poderia ter sido institucionalizado como variável no âmbito de uma oferta assistencial bem administrada no SUS. Normativamente, ele deveria ser tratado como constante. A possibilidade de sua ausência deveria ser banida das normas. Ela só deveria ser admitida como condição circunstancial e aprazada, como tempo suficiente para a formação de pessoal para os serviços (no máximo nos dois primeiros anos de implantação de cada ESB) (ZANETTI; GUIMARÃES; LIMA, 2006; ENATESPO, 2010).

Todas essas considerações técnicas sobre os problemas da política ajudam a sustentar a ideia de que a situação atual de ausência de administração da força de trabalho odontológica no SUS é uma conjunção de legados e conjunturas históricas, bem como a de que será muito difícil conseguir as garantias de acesso (universalização), justiça (equidade) e qualidade de oferta (integralidade, inclusive ao alcançar a oferta eletiva) sem mudanças culturais paradigmáticas que alcancem as lógicas do planejamento e da programação dessa força de trabalho e suas atividades

tanto quanto alcancem o esforço de se ter uma força de trabalho com composição profissional e técnica e divisão do trabalho necessária para tanto.

4.3 Avanços e limites da Lei n. 11.889/2008

À sombra das limitações culturais atuais, alguns líderes das corporações odontológicas têm saudado a Lei n. 11.889/2008, que “regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB” (BRASIL, 2008)”, como um grande avanço. Essa impressão precisa ser mais bem analisada.

Em comparação com suas atribuições anteriores, pela nova lei o TSB adquiriu as seguintes competências: participar do treinamento e da capacitação de agentes multiplicadores; realizar isolamento de campo operatório; aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, no manuseio e no descarte de produtos e resíduos odontológicos. Por acumular as competências do ASB, o TSB também adquiriu as de: realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; preparar o paciente para o atendimento; aplicar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção; desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários; executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental e do ambiente de trabalho; registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal. Com exceção da competência para realizar isolamento de campo operatório, os demais acréscimos são tão somente revisões e atualizações de competências anteriores do THD, sem representar novas aquisições.

Ainda comparando, pela nova lei o TSB perdeu as seguintes competências: realizar teste de vitalidade; educar e orientar pacientes ou grupos de pacientes sobre tratamento de doenças bucais; responder pela administração da clínica. Essas perdas são consideráveis. Nesse conjunto das perdas, não está claro se o TSB perdeu ou não as competências históricas de “fechar” restaurações e de remover indutos e tártaro supragengival. Discutiremos isso com mais cuidado um pouco adiante. Porém, não é propriamente a contabilidade de competências que melhor caracteriza os avanços e os retrocessos da lei. Esta em si é o grande avanço, uma vez que o ordenamento jurídico ultrapassou a condição infralegal para ser

expresso na forma de lei. Esse novo *status* jurídico dá às profissões odontológicas auxiliares recursos e garantias maiores, inclusive perante o Poder Judiciário, para eventuais disputas interprofissionais.

Entretanto, em termos de contabilidade, a chave do cálculo dos avanços e dos limites não está na análise isolada das competências profissionais por profissão. Tal análise melhor se coloca quando os profissionais estão uns na presença dos outros. Então, possibilidades interpretativas inovadoras se configuram.

Para esse cálculo é importante considerar que o legislador, para ordenar as relações interprofissionais do campo, compôs a lei utilizando a máxima comum de “quem pode mais... pode menos”, isto é, o cirurgião-dentista pode fazer tudo o que é de sua competência exclusiva, como também pode fazer (isto é, ele não está impedido) tudo o que o TSB, o ASB, o técnico em prótese dentária (TPD), o auxiliar de prótese dentária (APD) e o ACS podem. Portanto, as competências profissionais dos auxiliares não anulam (vetam, cessam, limitam, interditam) as competências profissionais dos CDs, tanto quanto as competências dos ASBs não anulam as competências profissionais dos TSBs, pois nada impede que os CDs desempenhem competências profissionais de auxiliares (TSBs e ASBs). O mesmo vale para os TSBs em relação às competências dos ASBs.

Na relação do CD com os auxiliares (TSB e ASB), a lei define que cabe ao CD: (i) supervisionar e orientar os trabalhos do TSB (indispensável supervisão direta para trabalho clínico e indireta para trabalho extraclínico) e do ASB; (ii) indicar técnica de remoção do biofilme para o TSB; (iii) indicar materiais e instrumentais odontológicos para restauração dentária direta; (iv) delegar supervisão do ASB ao TSB; (v) responder perante os CROs pela extrapolação das funções específicas dos auxiliares. Vê-se que não há na lei qualquer atribuição que permita ao CD reduzir/cercear as competências profissionais dos auxiliares (TSB e ASB). Portanto, o CD não tem poderes para reduzir um TSB à condição de ASB ou para limitar em seus direitos profissionais o TSB, agora afirmados e assegurados em lei.

Também nada obriga o CD a realizar competências de TSB quando na presença desses profissionais. Assim como nada obriga o TSB quando na presença do ASB a realizar competências de ASB. Ideias de fazer tal trabalho em tais condições são contrassensos ao princípio de trabalho em

equipe. Além disso, obrigar um CD a realizar regularmente competências profissionais de auxiliares (TSB e ASB) ou obrigar um TSB a realizar regularmente competências profissionais de ASB passa a configurar “assédio moral” – segundo interpretação da colega Tereza Martins Garcia Cordeiro, TSB do município de Ribeirão Pires (SP), membro efetivo da Câmara Técnica de Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo (CrosP) (CORDEIRO, 2011).

Pela Lei n. 12.250, de 9 de fevereiro de 2006, do Estado de São Paulo, artigo 2º:

Considera-se assédio moral para os fins da presente lei toda ação, gesto ou palavra praticada de forma repetitiva por agente, servidor, empregado ou qualquer pessoa que, abusando da autoridade que lhe confere suas funções, tenha por objetivo ou efeito atingir a autoestima e a autodeterminação do servidor, com danos ao ambiente de trabalho, ao serviço prestado ao público e ao próprio usuário, bem como à evolução, à carreira e à estabilidade funcionais do servidor, especialmente: [...] II - designando para o exercício de funções triviais o exercente de funções técnicas, especializadas, ou aquelas para as quais, de qualquer forma, exijam treinamento e conhecimento específicos (SÃO PAULO, 2006).

Ainda que não nacional porque previsto “apenas” em lei estadual, por aplicação do princípio, afora o contexto de treinamento em serviço, o CD que realizar competências não exclusivas na presença de auxiliares (TSB e ASB) estará cometendo assédio moral, pois mesmo sem verbalizar, apenas seus atos denotarão um comportamento profissional absurdo que rotula acintosamente os auxiliares de incompetentes e dispensáveis. Isso também vale para os TSBs, pois afora o contexto de treinamento em serviço, o TSB que realizar as competências do ASB na presença deste estará cometendo assédio moral pelos mesmos motivos e com as mesmas consequências administrativas.

Caso o comportamento assediado do TSB seja decorrente de mando do CD, este último estará ainda sendo arbitrário e abusivo ao agir ao

arrepio da lei, forçando o TSB a trabalhar como um “ASB de luxo”. Esse tipo de comportamento deve ser reclamado organizacional, política e judicialmente.

No âmbito da administração pública, afora o contexto de treinamento em serviço, o CD que realizar competências não exclusivas na presença de auxiliares estará trabalhando como “TSB ou ASB de luxo”, portanto estará sendo perdulário com os recursos públicos, pois estará dispensando recursos fundamentais, contratados e disponíveis para a produtividade e o bom funcionamento dos serviços. Afinal, é racional e razoável exigir de cada profissional, quando em trabalho em equipe, que realize suas competências específicas para o bom termo dos serviços e das relações interprofissionais. É por isso que esse tipo de mau comportamento deve ser reclamado organizacional e politicamente.

4.4 A principal questão da Lei n. 11.889/2008

Em que pese os avanços reais, a nova lei deve ser compreendida com alguma reserva, porque o legislador, ao fazê-la, foi muito tímido ante os impasses políticos da área. Ele não optou pela objetividade e pela positividade que toda lei deve ter sobre uma questão substantiva e conflitante. No caso particular, essas questões são as disputas interprofissionais de CDs x TSBs, que sempre dependeram de luta e de interpretação social, política e jurídica. Por isso a lei é falha na definição do direito profissional do TSB de realizar procedimentos operatórios restauradores e periodontais básicos intrabucais (fechar restaurações e remover tártaros e indutos).

O texto legal, em seu art. 5, VIII, reza ser competência do TSB, sempre sob supervisão do CD, “inserir e *distribuir* no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não *indicados pelo cirurgião-dentista*” (grifos nossos). A falha do legislador se deu na redação do texto legal ao inserir frases em negativa e ao usar o verbo “distribuir”.

Nesse particular crucial, caso a redação tivesse sido na forma afirmativa, ela afirmaria com clareza: compete ao TSB realizar intervenções operatórias dentais diretas nos pacientes, para fins de dentística restauradora, com a inserção do material restaurador até a completa finalização

das restaurações, utilizando procedimentos, técnicas, materiais e instrumentais indicados pelo CD, vetado tudo o que não for indicado pelo CD para cada caso. Mas não é isso que está lá, daí a confusão.

Quanto à invenção do verbo distribuir (não usual nos compêndios das técnicas operatórias de dentística restauradora), este manteve toda a carga de subjetividade que historicamente paira sobre o conflito, isto é, a necessidade de interpretação foi mantida. Comentou-se à época que essa invenção foi o custo político pago para se obter o apoio da APCD-SP à nova lei.

De acordo com as correntes antagônicas que se conformaram há décadas, hoje é possível interpretar a subjetividade da lei sobre esses assuntos operatórios de dentística no mínimo de duas formas básicas: uma restritiva e outra ampla, porque hermenêutica. A interpretação restritiva entende *distribuir* como algo novo e distinto dos verbos e dos entendimentos usuais em dentística, a saber: *inserir, condensar, esculpir, brunir e polir*. Nesses termos, o uso de materiais restauradores pelo TSB fica muito limitado, na melhor das hipóteses, este profissional só poderá “*fechar uma restauração*” com ionômero de vidro, pois a técnica da compressão digital coaduna-se com a ideia de um novo verbo operatório (“*distribuir*”) e não implica ações associadas aos verbos operatórios tradicionais. Mas essa interpretação restritiva é herança de um profissionalismo arcaico de mercado. Ela é danosa à história, ao presente e ao futuro das relações interprofissionais e às necessidades produtivas do SUS, pois limita o avanço do campo das profissões odontológicas.

A interpretação hermenêutica, ao contrário, não isola o verbo distribuir. É uma interpretação sagaz e inteligente apresentada aos autores deste artigo pelo presidente do CRO-DF, o CD Júlio Cesar. Nesse entendimento, *distribuir* é associado ao que se afirma ao final do mesmo parágrafo: “O uso de materiais e instrumentos indicados pelo cirurgião-dentista”. Logo, se a indicação do CD é, por exemplo, resina composta e o instrumental é o kit completo correspondente, fica claro que o conjunto de material e instrumental indicado cobra do TSB a competência para realizar toda e qualquer ação de isolamento, inserção, escultura e polimento com resina composta. Esse mesmo raciocínio vale para todos os demais materiais restauradores indicáveis.

Quanto ao segundo impasse – se o TSB perdeu ou não a competência histórica da remoção de indutos e de tártaro supragengival –, a discussão é sobre o uso da palavra *biofilme* no texto legal. Essa palavra trouxe a questão da disputa interpretativa para o assunto da remoção de cálculos e indutos, isto é, para a operatória em periodontia básica, cujo entendimento e aceitação têm mais de cem anos (desde Rhein, no início do século XX). Na pragmática (uso) da palavra *biofilme* este não é tomado como sinônimo de *cálculo*; ninguém fala “biofilme mineralizado” assim como ninguém chama gelo de “água solidificada”, e olha que gelo e água têm a mesma composição (ambos são inorgânicos), ao passo que cálculo é deposição mineral (incrustação) sobre placa orgânica.

Pelos mesmos motivos associados à ideia de “não fechar restaurações”, a interpretação estritamente clínica de biofilme seria igualmente danosa à oferta odontológica no SUS. Por isso, uma “licença técnica” para uma interpretação mais ampla do conceito de *biofilme* acaba por ser uma postura mais adequada à boa administração dos serviços públicos odontológicos e às suas exigências constitucionais expressas. Mas infelizmente o legislador não definiu com clareza e objetividade as competências do TSB nos procedimentos operatórios restauradores e periodontais básicos intrabucais. Assim, a antiga contenda histórica da dentística continua, e uma nova contenda na periodontia foi aberta. Fica mantida a disputa interpretativa, agora ao alcance do Judiciário e de sua jurisprudência.

Considerando que o Brasil é um país de transição epidemiológica bucal incompleta, o problema interpretativo sobre a participação dos TSBs nos procedimentos operatórios restauradores intrabucais coloca novas dificuldades para a tarefa pública de saldar uma dívida assistencial secular. Então, este é um problema presente vinculado a um passado que ainda não se realizou (para consideráveis parcelas da população brasileira que, residualmente, ainda não completaram sua transição epidemiológica bucal). Por sua vez, o problema da participação dos TSBs nos procedimentos periodontais básicos intrabucais aponta uma dificuldade administrativa para a eficiência clínica adequada à demanda futura predominante: a demanda de parcelas crescentes da população brasileira que, incluídas, já completaram sua transição epidemiológica bucal e sua transição demográ-

fica. Portanto, essa questão é um problema jurídico-institucional presente vinculado ao futuro da divisão do trabalho clínico-odontológico no SUS.

Vale observar que a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, atualizada em 10 de maio de 2011 e aprovada pela Resolução CFO-63/2005, traz um erro crasso e danoso que salta aos olhos já no sumário do documento: a expressão “atividades privativas” para todos os profissionais: atividades privativas do CD (cap. II); atividades privativas do TSB (cap. IV); atividades privativas do ASB (cap. V), etc. O erro está no uso da palavra “privativo” (CFO, 2011).

Na Lei n. 11.889/2008 não há a ideia de exclusividade para técnicos e auxiliares. Lá são usados substantivos como *competências* e *funções* e o adjetivo *específico*, que não encerra a ideia de *exclusivo*, tal como *privativo*, que é o adjetivo usado erroneamente pelo CFO. Pela lei, só quem tem atividade privativa é o CD, todos os demais profissionais auxiliares têm competências e funções específicas.

No universo das competências odontológicas, o conjunto das competências específicas do ASB é subconjunto das competências específicas do TSB, que, por sua vez, é subconjunto das competências do CD. Portanto, rigorosamente definido, compete ao ASB apenas seu próprio conjunto de competências específicas. Ao TSB compete: (i) na presença do ASB – “apenas” o conjunto complementar das competências específicas do ASB em relação ao TSB, que é o conjunto das competências específicas do TSB que não pertencem ao ASB; (ii) na ausência do ASB – compete o conjunto das competências específicas do ASB e o conjunto das competências específicas do TSB, que é complementar das competências específicas do ASB em relação ao TSB.

Por sua vez, ao CD compete: (i) na presença do ASB e do TSB – “apenas” o conjunto complementar das competências do TSB em relação ao CD, que é o conjunto das competências exclusivas do CD que não pertencem ao TSB nem ao ASB; (ii) na ausência do ASB e na presença do TSB – idem à situação anterior; (iii) na presença do ASB e na ausência do TSB – compete ao CD o conjunto de suas competências exclusivas e o conjunto das competências específicas do TSB, isto é, o conjunto complementar das competências do TSB em relação ao CD em união com o conjunto complementar das competências do ASB em relação ao TSB; (iii)

na ausência do ASB e do TSB – compete ao CD o universo das competências odontológicas, que é o conjunto das competências específicas do ASB e o conjunto complementar das competências do TSB em relação ao CD, isto é, a reunião do conjunto das competências específicas do ASB, o conjunto das competências específicas do TSB e o conjunto das competências exclusivas do CD.

Portanto, competências exclusivas são apenas as competências do CD que são conjunto complementar das competências do TSB em relação ao CD. A lógica de complementaridade matemática descreve perfeitamente o universo das relações interprofissionais definidas juridicamente.

Com esses nós, a resolução do CFO (incapaz de gerar direitos e tampouco impor obrigações) deve ser desconsiderada em sua definição de relação interprofissional, porque entra em desacordo com a lei, que lhe é superior (a única capaz de gerar direitos e impor obrigações).

Por fim, vale observar ainda que no âmbito do SUS a falta de uma clara orientação administrativa das coordenações municipais, estaduais e nacional de saúde bucal a favor da interpretação hermenêutica da lei tem contribuído muito para a multiplicação, país afora, da interpretação restrita e prejudicial à maior organização assistencial e ao aperfeiçoamento da oferta de qualidade no SUS.

5 CONCLUSÃO

À guisa de tudo que o foi apresentado, muitas conclusões podem ser enunciadas. Entretanto, interessa-nos destacar as mais políticas, colocando em evidência o fato de que nas últimas três décadas muito pouco daquilo que foi proposto como divisão do trabalho pelos administradores políticos teve tradução ampla no país. Houve um congelamento histórico, quiçá uma involução dessas questões ao longo das conjunturas políticas da Nova República. Assim, o balanço político dessa história contemporânea particular serviu para demonstrar que:

As opiniões e as disputas atuais não estão sendo suficientemente informadas. Numa economia de custos de informação, o debate acabou limitado ao discurso ideológico, pois não tem existido suficiente incur-

são nos saberes da sociologia, da economia, da política, da história e da antropologia das profissões para explorar a odontologia brasileira como fenômeno profissional e objeto teórico em pesquisas científicas de saúde bucal coletiva.

Os dois fundamentos ideológicos na formulação crítica (anticapitalismo e racionalização) daqueles que hoje se encontram em postos de poder poderiam ser dissociados.

O curso da aposta racional-legal poderia almejar inclusão e justiça social por outras vias de mudanças, sem implicar necessariamente a racionalização da divisão técnica do trabalho. Viu-se que a ampliação da oferta de serviços próprios de saúde bucal seria mais tangível com esforços políticos capazes de incluir saúde bucal na agenda das políticas públicas de ampliação da atenção no SUS, mesmo que com serviços não racionalizados, ineficazes e ineficientes.

A lógica de planejamento/programação e a antiga questão da divisão técnica do trabalho em saúde bucal, da eficiência da produção, poderiam ser deslocadas para um momento futuro qualquer... ainda hoje postergado.

Em outras palavras, na prática, quando em regime burocrático-autoritário, quando havia poucas possibilidades reais de se ampliar a oferta dos serviços públicos, a ideia da racionalização administrativa do trabalho odontológico com ênfase no trabalho do técnico avançou apenas como ideia-força, como bandeira política. Depois, quando em regime burocrático-eleitoral (democrático), quando as possibilidades de mudanças efetivas foram descortinadas pelo acontecimento de políticas públicas universalistas no interior do SUS, outras bandeiras políticas foram vislumbradas, fazendo com que os projetos ancestrais da racionalização e da expansão dos auxiliares de nível técnico se tornassem óbices políticos à sustentação e à ampliação do arco de alianças que dá governabilidade ao subsetor. Com tudo isso, ainda não se cumpriu a antiga promessa militante da racionalização organizacional do trabalho odontológico no SUS em bases tecnicamente justificáveis.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. **SESP/FSESP: 1942 – Evolução histórica – 1991**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996. 524 p.

BRASIL. Biblioteca da Presidência da República. **Discurso do presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, durante o IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Brasília: 2009. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/2o-mandato/2009/2o-semester/03-11-2009-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-durante-o-ix-congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/view>>.

———. Ministério da Educação e Cultura/Conselho Federal de Educação. Parecer n. 460, de 6 de fevereiro de 1975. Dispõe sobre a habilitação em nível de 2º grau de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 6 de fevereiro de 1975. Documenta, v. 171, p. 20-26.

———. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, v. 138, n. 250, p. 85, 29 de dezembro de 2000, Seção 1.

———. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**: nota técnica. Disponível em: <http://189.28.128.99/dab/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 01/2011.

———. Lei n. 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 251, p. 2, 26 de dezembro de 2008, Seção 1.

CARVALHO, Cristiane Leite. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, Área Curricular IV, Texto n. 5, 1998.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. Cooperação Internacional e a Enfermagem de Saúde Pública no Rio de Janeiro e São Paulo. **Revista Horizontes**, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 123-150, jul.-dez. 2004.

CHAVES, Mário M. **Odontologia social**. Washington: PAHO, 1962.

COELHO, Edmundo Campos. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórica comparada. In: MACHADO, M. E. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal Médico 2011**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em: 09/07/2011.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia**. Atualizada em 10 de maio de 2011. Disponível em: <<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>>. Acesso em: 15/05/2011.

———. **Dados estatísticos**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>>. Acesso em: 09/07/2011.

———. Resolução CFO n. 63, de 8 de abril de 2005. Aprova a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. **Diário Oficial da União**, Seção I, 19 de abril de 2005, p. 104.

CORDEIRO, Tereza Martins Garcia. **Profissão TSB** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por zanetti@unb.br em 14 jan. 2011.

CORRÊA, Maria das Dores Pinheiro. **Utilização de pessoal auxiliar em odontologia: delegações de funções**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade do Estado de São Paulo, 1982.

DENTAL PROFESSION AND SERVICES. An Encyclopaedia of New Zealand, 1966. Disponível em: <<http://www.TeAra.govt.nz/en/1966/medical-services/1>>. Acesso em: 15/03/2011.

DENTAL THERAPIST: tasks and specializations. Career Services Rapuara, 2008. New Zealand. Disponível em: <<http://www.careers.govt.nz/default.aspx?id0=10103&id1=J35152>>. Acesso em: 15/03/2011.

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

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

ENATESPO 2010. **Carta do Enatespo-2010**. XX Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público. Vitória, 29 a 31 de julho de 2010. Disponível em: <<http://www.enatespo.org.br/>>. Acesso em: 16/03/2011.

ESCOLA DE ENFERMEIRAS DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil**

(1832-1930). Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/escenfan.htm>>. Acesso em: 12/07/2011.

FARIA, Lina Rodrigues de. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 27, p. 173-212, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332006000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/03/2009.

FDI WORLD DENTAL FEDERATION. **Oral health atlas**. Disponível em: <<http://www.fdiworlddental.org/oral-health-atlas>>. Acesso em: 10/03/2011.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. Tradução de: C. M. Paciornik. São Paulo: Edusp, 1988 (Coleção Clássicos, n. 12).

FULTON, John T. Experiment in Dental Care: Results of New Zealand's Use of School Dental Nurses. **Bull World Health Organ**, v. 4, n. 1, p. 1-73, 1951.

HAMMONS, Paul E.; JAMISON, Homer C. New duties for dental auxiliaries: the Alabama experience. **Am J. Public Health Nations Health**, v. 58, n. 5, p. 882-886, 1968.

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

HOSKIN, Sorrel. **Open wide**: dental nursing history. New Plymouth: Puke Ariki, 2005a (Taranaki Stories). Disponível em: <<http://www.pukeariki.com/Research/TaranakiStories/TaranakiStory/id/602/title/open-wide-dental-nursing-history.aspx>>. Acesso em: 15/03/2011.

———. **A career to get your teeth into**: Betty Hammonds, dental nurse. New Plymouth: Puke Ariki. 2005b (Taranaki Stories). Disponível em: <<http://www.pukeariki.com/Research/TaranakiStories/TaranakiStory/id/600/title/a-career-to-get-your-teeth-into-betty-hammonds-dental-nurse.aspx>>. Acesso em: 15/03/2011.

IBGE. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária, 2009. 167 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>>. Acesso em: 09/07/2011.

KENNEDY, D. P. El programa de odontologia auxiliar de Nueva Zelândia. **Crônicas de la OMS**, Geneve, v. 25, n. 2, p. 60-65, 1971.

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

LAW, Frank E.; JOHNSON, Carl E.; KNUTSON, John W. Studies on dental care services for school children-first and second treatment series at Woonsocket, Rhode Island. **Public Health Reports**, Rockville, v. 68, n. 12, p. 1192-1198, 1953.

———. Studies on dental care services for school children-third and fourth treatment series at Woonsocket, Rhode Island. **Public Health Reports**, Rockville, v. 70, n. 4, p. 402-409, 1955.

LESLIE, G. H. More about dental auxiliaries. **Australian Dental Journal**, v. 16, n. 4, p. 201-209, 1971.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/Finep, 1985.

MILLER, Willoughby Dayton. **Microorganisms of the human mouth: the local and general diseases which are caused by them**. Philadelphia: S.S. White Dental Manufacture Company, 1890.

MOTLEY, Wilma E. **History of American Dental Hygienists' Association: 1923-1982**. Chicago: American Dental Hygienists' Association, 1983.

———. Founding the Dental Hygiene Profession. American Dental Hygienists' Association. **75th Anniversary Scrapbook**. Chicago: American Dental Hygienists' Association. Disponível em: < <http://www.adha.org/downloads/history/part1.pdf>>. Acesso em: 11/03/2009.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. **(IM)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, José Antônio Abreu de. **O técnico de higiene bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal**. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2008.

PINTO, Vítor Gomes. **Características do subsistema público federal de prestação dos serviços em odontologia**. Dissertação (Mestrado) – Brasília, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1977.

POINCARÉ, Henri. **Science and hypothesis**. London: Walter Scott Publishing, 1905. Disponível em < http://abu.cnam.fr/cgi-bin/donner_html?scihyp2 >. Acesso em: 20/06/2011.

PROGRESSIVISM IN THE UNITED STATES. Wikipedia. San Francisco: Wikipedia Foundation, 2011. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Progressivism_in_the_United_States>. Acesso em: 15/03/2009.

PUDER, Eva E. The New Zealand dental nurse. **American Journal of Public Health and the Nation's Health**, New York, v. 60, n. 7, p. 1259-1263, jul. 1970.

SANTOS, Pedro Miguel dos. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 97-117.

SÃO PAULO. Poder Legislativo. Lei Estadual n. 12.250, de 9 de fevereiro de 2006. Veda o assédio moral no âmbito da administração pública estadual direta, indireta e fundações públicas. **Diário Oficial do Estado**, 10 de fevereiro de 2006, p. 6.

SATUR, J. **The development of the dental therapy profession**. Modbury North: The Australian dental and oral health therapists, 2005. Disponível em: <http://adohta.net.au/doc.php%3Fdoc_id%3D48%26op%3DDownload%26file_id%3Dfile1&sa=U&ei=oaURT_-0Forvggf75aSFBA&ved=0CBcQFjAB&usg=AFQjCNEjAtL6AHSDPXPvOcx13LyZjt71A>. Acesso em: 10/03/2009.

SILVA, Luiz Inácio Lula da. **Discurso proferido aos participantes do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Olinda-PE, 3 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.info.planalto.gov.br/download/discursos/pr1538-2@.doc>>. Acesso em: 09/07/2011.

SORICELLI, David A. Implementation of the delivery of dental services by auxiliaries-the Philadelphia experience. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 62, n. 8, p. 1077-1087, 1972.

STATISTICS NEW ZEALAND. **Population**. New Zealand. Disponível em: <<http://www.stats.govt.nz/products-and-services/new-zealand-in-profile-2009/population.htm>>. Acesso em: 10/03/2009.

THOMSON, W. M. **2006 Workforce Analysis**. Wellington: Dental Council of New Zealand, 2007. Disponível em: <<http://www.dentalcouncil.org.nz/Documents/Reports/WorkforceAnalysis2006.pdf>>. Acesso em: 10/03/2009.

TOCQUEVILLE, Alexis de. **Da democracia na América**. Várias edições, 1835.

VASCONCELLOS, Maria do Carmo Costa. O assistente odontológico na equipe de prestação de serviços odontológicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, n.1, 1980. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101980000100010>. Acesso em: 15/03/2011.

VIANA, Maria Isabel Pereira. **Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74**. Dissertação (Mestrado) – Salvador, UFBA, 1988.

WATERMAN, George E. Effective use of dental assistants. **Public Health Reports**, Rockville, v. 67, n. 4, p. 390-393, 1952.

WATERMAN, George E.; KNUTSON, John W. Studies on dental care services for school children- first and second treatment series at Richmond, Indiana. **Public Health Reports**, Rockville, v. 68, n. 6, p. 583-589, 1953.

———. Studies on dental care services for school children-third and fourth treatment series at Richmond, Indiana. **Public Health Reports**, Rockville, v. 69, n. 3, p. 247-254, 1954.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **As marcas do mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio**: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 1993. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/politicas/1reforma_estado.htm#dissertacao>.

———. **Saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF)**: proposição e programação. 2000. 28 p. Disponível em: <ftp://164.41.147.200/oficina/estado/coletivo_amplo/proposta_geral_SBF.doc>.

———. **Opinião**: a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. 2001. 10 p. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/1coletivo_amplo.htm#opinio_ms>.

———. **A utilidade como função para universalidade e equidade**: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no Saúde da Família. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/politicas/Premio_MS_menc_2006.html>.

———. **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/ObservaRH, 2010. 148 p.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti; GUIMARÃES, Palmira; LIMA, Marina A. Umbelina de. **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/ObservaRH, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp/sistema/banco/20070815085933_thd_oferta_assist.pdf>.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti; OLIVEIRA, José Antônio Abreu de; LIMA, Marina A. Umbelina de. **Para dividir o trabalho odontológico**: a hermenêutica da administração e profissão na divisão do trabalho das atividades não exclusivas (não privativas) do CD entre TSB, ASB e ACS nas equipes de Saúde da Família com saúde bucal modalidade II. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH, 2009.

Projeto em andamento. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/pesquisa/arearestrita/projeto.pdf>>.