

Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática

Douglas Francisco KOVALESKI, Antonio Fernando BOING,

Sérgio Fernando Torres de FREITAS

*Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina, 88010-970 Florianópolis - SC*

Kovaleski DF, Boing AF, Freitas SFT. Auxiliaries human resources in oral health: retaking the thematic. Rev Odontol UNESP. 2005; 34(4): 161-65.

Resumo: O Brasil vive há alguns anos um descaso governamental quanto à formação de recursos humanos em saúde (RHS). Políticas neoliberais estimularam o avanço da iniciativa privada na educação, inclusive na formação de RHS, na qual não há planejamento quantitativo nem controle qualitativo. A temática sobre pessoal auxiliar em saúde bucal - THD e ACD - parece fundamental para a formação da equipe de saúde bucal e sua integração no SUS e inserção na equipe mínima do PSF. **Objetivo:** avaliar quantitativamente a distribuição de recursos humanos auxiliares em saúde bucal e os fatores relacionados. **Método:** foram utilizados dados referentes à quantidade de THD, CD e ACD no Brasil, de acordo com o CFO em maio de 2003. Os dados populacionais foram obtidos no IBGE, no mesmo período, e estratificados segundo faixa etária, gênero, categoria e unidade da federação. **Resultados e discussão:** há carência de ACD e THD, principalmente deste, com uma proporção de 1 THD:36 dentistas no Brasil; as profissões auxiliares estão restritas ao gênero feminino, com mais de 90% do total de registrados no CFO; a concentração nos seis estados com maior número de inscritos é de 77% para as duas categorias. Do ponto de vista quantitativo, há falta de profissionais no mercado, concentração excessiva e hegemonia do gênero feminino. Este resultado é contrastante com a situação dos cirurgiões-dentistas, em que há plethora profissional. Um direcionamento para aumentar a quantidade de pessoal auxiliar será necessário no país, contribuindo para ampliar o acesso e a qualidade do serviço público odontológico.

Palavras-chave: *Pessoal auxiliar em saúde bucal; promoção de saúde bucal; equipe de saúde bucal; recursos humanos em saúde; saúde bucal coletiva.*

Abstract: Brazil has been living, through the past few years, a government indifference regarding the qualification of human resources in the health field. Neoliberal policies have fostered private initiative in education, including the qualification of human resources in health, overlooking both quantitative and qualitative planning. The themes developed by Dental auxiliary personnel and dental office auxiliaries seem to be of fundamental importance in training the Oral health team, integrating them to the National Health System (SUS) and inserting them on the Family Health Program. **Objective:** Quantitatively access the distribution of human resources, Oral health auxiliaries, and related factors. **Method:** Data were used referring to the quantification of hygienists and dental office auxiliaries in Brazil, according to the Federal Board of Odontology in May, 2003. Population data were collected at the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) and stratified according to age, sex, occupational category and State of work. **Results and discussion:** There is a dearth of Dental Office Auxiliaries and Hygienists, mainly the latter, in a proportion of one Hygienist to 36 dentists in Brazil; dental auxiliaries are a restricted profession registered with the Federal Board of Odontology, in which women constitute more than 90%. The concentration on the six States with the greater number of dental auxiliaries is 77% for both occupational categories. From a quantitative point of view, there is a scarcity of professionals in the market, with an hegemony of women and excessive geographic concentration. This result contrasts with the situation of dentists, where a professional plethora exists. A redirectioning to increase the number of auxiliary personnel becomes necessary in the country, in a contribution to increase the access and the quality of dental public services.

Keywords: *Dental auxiliaries; dental staff; oral health team; health manpower; collective oral health.*

Introdução

A Pesquisa sobre Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde realizada pelo IBGE¹ revelou que 29,6 milhões de brasileiros jamais foram ao dentista, o que representa 19,5% da população. Na área rural, o percentual chega a 32%. Os primeiros resultados do Projeto SB-Brasil também indicaram uma preocupante condição de saúde bucal no país: segundo a pesquisa, apenas 10,23% da população brasileira entre 65 e 74 anos apresenta 20 ou mais dentes na boca, não atingindo a meta de 50% proposta pela OMS². Tal quadro demonstra baixo acesso ao tratamento por parte de uma população com alta prevalência de enfermidades bucais. Ainda que esses dados devam ser analisados com cautela, uma vez que na população considerada desassistida estão incluídos grupos populacionais que demandam menor atenção odontológica, a situação colocada demonstra os efeitos de uma prática odontológica ainda pouco resolutiva, excludente, de baixa efetividade e altamente mutiladora.

Paradoxalmente, o Brasil possui cerca de 174.000 cirurgiões-dentistas - CDs - registrados, resultando numa relação aproximada de 1 CD:1.020 habitantes. O conjunto de dentistas apresenta um considerável excedente numérico no território nacional, com perspectivas preocupantes em razão do grande número de novos cursos de odontologia e do pouco controle na qualidade da formação desses profissionais.

Esses problemas vêm sendo apontados de maneira recorrente na literatura. Segundo Paim³, “*Os dentistas continuam a ser formados em profusão, contribuindo para o paradoxo de um país que tem um expressivo número de profissionais e ao mesmo tempo uma enorme quantidade de dentes perdidos*”. Para Valença⁴, “*Não é difícil identificar o conflito existente entre o atual modelo de prática odontológica e as reais necessidades da população*”.

À luz dessas questões, o trabalho fará uma discussão sobre Recursos Humanos em Odontologia, uma vez que a força de trabalho é o componente de maior peso tanto no aspecto econômico quanto na qualidade dos serviços de saúde³. O recorte estudado é do pessoal auxiliar envolvido com atenção clínica - ACD (auxiliar de consultório dentário) e THD (técnico em higiene dental), participações que trazem à tona uma questão essencial ao planejador em saúde: a adequação de recursos em relação à condição socioeconômica, ao perfil epidemiológico e aos diferentes modelos de práticas na atenção odontológica.

A temática de pessoal auxiliar em odontologia, em especial os ACD, é historicamente levantada como bandeira de luta pelos movimentos que discutem a prática odontológica:

- Proposta da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)⁵: “*Formação urgente de pessoal auxiliar (ACD e THD) como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade*”;

- Proposta da 2ª CNSB⁶: “*O poder público deverá patrocinar e estimular a formação desse pessoal, em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas, reformulando a legislação que regulamenta o exercício do THD, de modo a facilitar sua formação*”;
- O X Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público e Odontológico (ENATESPO)⁷ afirmou a necessidade de: “*... estimular a formação de pessoal técnico (ACD, THD, TPD e técnicos em manutenção de equipamentos), regulamentando as duas primeiras com vistas à formação da equipe de saúde bucal, integrada às diretrizes do SUS*”; e
- A XI Conferência Nacional de Saúde⁸ reafirmou a necessidade de órgãos do governo incentivarem a formação de ACD e THD com vistas à composição da equipe de saúde para uma prática produtiva, eficaz e eficiente e de priorizarem a qualidade dos serviços e a amplificação do acesso da população ao atendimento odontológico.

A citação de alguns momentos do movimento odontológico permite constatar que esta não é uma discussão nova, em que pese ser atual e necessária.

O uso de pessoal auxiliar apresenta uma série de vantagens como o aumento da eficácia e da eficiência da atenção odontológica. Ayub et al.⁹, em estudo realizado no estado de São Paulo, numa comparação entre as diferentes possibilidades de utilização de pessoal auxiliar considerando apenas a produtividade, estabeleceram a seguinte relação:

1CD produz 3 unidades de trabalho por hora (UT/h)

1CD + 1ACD = 5UT/h

1CD + 2ACD + 1THD = 8UT/h

1CD + 2THD + 3ACD = 12UT/h

Vale lembrar que esse cálculo é para aplicação e planejamento no setor público, visando aumentar o acesso da população, uma vez que ocorre um aumento de produtividade aliado a uma diminuição do custo do ato odontológico. Outra vantagem é a redução do desgaste físico do CD pela otimização do processo de trabalho proporcionada pela implementação da equipe de saúde bucal.

Destacam-se ainda as práticas do dentista, que não mais realizaria atividades que não lhe são exclusivas, seja na prevenção ou na atenção curativa. Assim, aumentaria a delegação de atividades, reservando ao mesmo aquelas de maior complexidade, uma vez que este profissional é um recurso humano caro e torna-se muito oneroso para o setor público contratá-lo para realizar aplicações de flúor,

orientar técnicas de higiene, organizar o consultório, entre outras atividades.

Por último, mas não menos importante, é preciso reconhecer que o Brasil é um país com um perfil mais reduzido e conservador em termos de opções de recursos humanos em odontologia. Outros países têm estruturas muito mais flexíveis de RH em saúde bucal. Como exemplo, Canadá, EUA, Jamaica, Cuba, Nova Zelândia, Austrália e Inglaterra utilizam o Terapeuta Dental, com formação de dois anos, capacitado para executar um vasto elenco de procedimentos¹⁷. Isso demonstra que o emprego de pessoal auxiliar não deve ser identificado como sinônimo de uma odontologia barata e de baixa qualidade, apropriada apenas para as pessoas pobres de países pobres.

O olhar dos THD e ACD

Ao discutir-se a composição da equipe de saúde bucal, com especial enfoque nos THD e ACD, é evidente a necessidade de analisar a realidade atual e as perspectivas futuras sob a ótica desses trabalhadores em saúde que historicamente buscam seu espaço e tentam consolidar-se como profissão.

Suas posições foram mais recentemente expressas na III Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia¹⁰. No documento final, os grupos de discussão de THD e ACD mostraram-se dispostos a ter suas reivindicações e proposições discutidas e encaminhadas dentro e pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO. Reconheceram-no como instrumento para a conquista de avanços para a categoria.

Quanto à formação e à capacitação profissional de THD e ACD, colocaram-nas como preferencialmente realizadas pelo Sistema Único de Saúde, mas defenderam a responsabilidade de instituições privadas nessa tarefa, com a ressalva de estarem adequadas aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Demonstraram, ainda, preocupação com esses cursos e propuseram a criação, dentro do CFO, de uma comissão de avaliação dos mesmos. Outra comissão deveria ser criada, também dentro do CFO, para “*rever a resolução que regulamenta as profissões de THD e ACD, adequando-a à Lei de Diretrizes e Bases para educação*”. Por fim desejam que o CFO suspenda a inscrição de ACD por declaração, exceto em estados onde não haja instituição formadora.

Para o futuro das profissões de THD e ACD, esses profissionais apontaram ser de grande importância a regulamentação do exercício de suas profissões. E, ao mesmo tempo em que vêm no CFO importante órgão na luta pelos seus direitos, os THD e ACD pedem a sua democratização. Reivindicam “*que os THDs e ACDs, através de sua entidade nacional, participem de todas as Comissões e reuniões do CFO que forem discutir ou deliberar sobre as categorias*”. Propõem ainda alteração na legislação que cria e rege os Conselhos de Odontologia, introduzindo modificações que

lhes permitam votarem e serem votados nos plenários do CFO e dos CROs.

O presente trabalho tem como objetivo descrever a distribuição quantitativa de cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dental no Brasil segundo o gênero e as unidades federativas do país, buscando, dessa maneira, contribuir na retomada do debate sobre o tema.

Método

Os dados referentes ao número de CDs, ACD e THD em nível nacional e estratificados por estado foram obtidos no CFO - versão eletrônica - em abril de 2003 <<http://www.cfo.org.br>>¹¹. Os dados populacionais foram coletados na página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE <<http://www.ibge.gov.br>>¹² no mesmo ano e mês.

Para a tabulação e a construção dos mapas, foi utilizado o programa TabWin32 v.2.2.

A relação CD/hab. utilizada como parâmetro foi a indicada pela OMS¹³ - 1CD/1500 hab -, enquanto a relação ACD/CD e THD/CD empregada foi extraída do estudo de Ayub et al.⁹, com o intuito de aumentar a produtividade do atendimento odontológico, especialmente no setor público (2THD/CD e 3ACD/CD).

A discussão prioriza um modelo que visa um aumento da produtividade, com uma superação em qualidade se comparado ao atendimento individual do dentista sem um profissional de nível técnico devidamente treinado auxiliando-o e desempenhando atividades às quais ele é habilitado.

Além da ênfase que será dada à prática em equipe, será analisada também a utilização desse pessoal em uma equipe mínima, composta por 1CD + 1ACD, entendendo ser esta a composição mais próxima da prática odontológica no serviço público de muitos municípios brasileiros, apesar da menor produtividade desse modelo.

Resultado

Uma relação inferior a 1CD/1.500 hab. é encontrada em 11 estados e no Distrito Federal, com este apresentando 1 dentista para cada 526 pessoas. Rio de Janeiro e São Paulo também apresentam alta relação CD/hab.: 703 e 643 respectivamente. A média nacional aponta 1/1.019, ou seja, uma pletora nacional, mas com desigualdade na distribuição regional. No Maranhão, por exemplo, a relação chega a 1/4.662. Há grande concentração nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e maior ausência no Norte e Nordeste (Figura 1).

Os ACDs apresentam acentuado déficit numérico. Estados como Maranhão e Rondônia apresentam uma relação de 1ACD/6 CDs e 1ACD/8 CDs, ou de 1ACD/27.000 hab. e 1ACD/20.000 hab., respectivamente. Rio de Janeiro e Minas Gerais possuem melhor relação (1ACD/5CDs ou

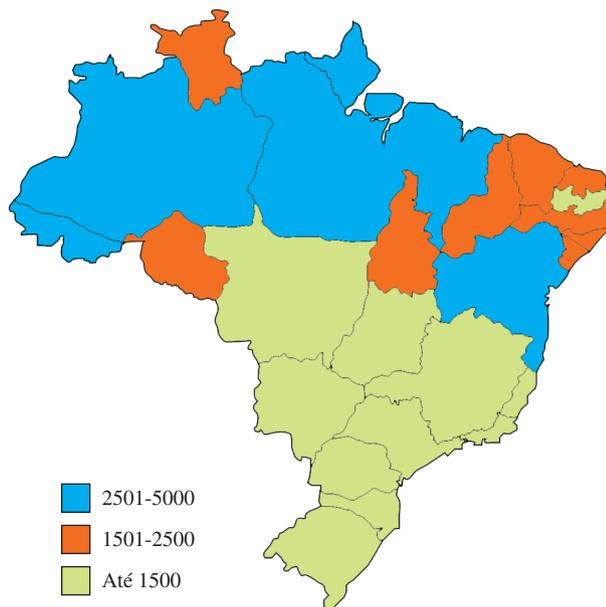


Figura 1. Relação Cd/Hab. Segundo os Estados do Brasil, 2003.

1ACD/3.500 hab e 1ACD/3CDs ou 1ACD/2.700 hab respectivamente). A falta de ACD é tão acentuada que, mesmo considerando a relação de 1ACD/1CD, mantém-se um déficit acentuado desse profissional, sem qualquer estado atingindo essa relação.

O mesmo acontece com os THDs. Sendo o parâmetro 2THD/1CD, portanto 1 THD/750 hab., constata-se, mais uma vez, que nenhum estado brasileiro aproxima-se desse valor. O Distrito Federal possui a melhor relação THD/hab. (1/6.000). Vêm-se extremos como Tocantins (1/1.230.000) e Maranhão (1/325.000). Já na relação THD/CD, enquanto o Acre apresenta relação de 1/6, o Tocantins mostra relação de 1/640, repetindo as variações regionais existentes para dentistas e ACDs. A média nacional, de 1THD/36CD, é muito mais desequilibrada que a dos ACDs.

A estratificação por gêneros, em ACDs e THDs, mostra que há maioria absoluta de mulheres nessas categorias. Já quanto aos CDs, a proporção relativa ao gênero é equilibrada, como pode ser visto na Figura 2.

Discussão

O número total de ACD e THD é pequeno e sua relação inadequada em comparação à quantidade total de dentistas no Brasil. Dois fatores são essenciais para a análise e o entendimento dessa situação. Um é econômico: a formação de dentistas envolve grande movimentação financeira; um cálculo aproximado estima que, para cada ano de estudo na graduação em Odontologia, haja um gasto aproximado de US\$ 6.000. Com o número atual de graduandos em Odontologia, estima-se um gasto de US\$ 264 milhões/ano apenas

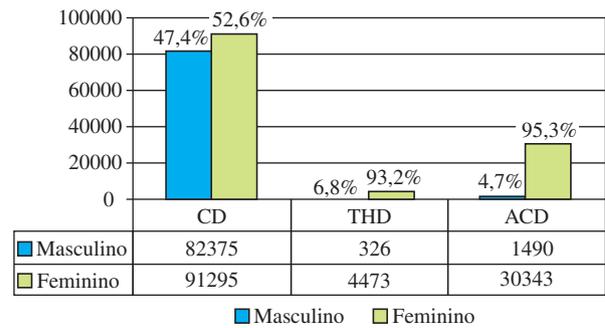


Figura 2. Distribuição de CDs, ACD e THD segundo o gênero, 2003.

com a formação de dentistas¹⁴. Este setor ainda envolve a montagem de consultórios e o consumo regular de materiais que a prática odontológica proporciona, com importância significativa para a economia nacional. Não se pode dizer o mesmo da formação de pessoal auxiliar: em sua maior parte tem sido formado pelo e para o setor público; seus custos de formação e seus salários são muito menores, o que ajuda a explicar a grande diferença absoluta no número de dentistas em relação a ACD e THD. O outro fator é social: diz respeito à visibilidade social de ACD e THD. Segundo os critérios de Freidson¹⁶, que estabelece uma caracterização sociológica para as profissões, ACD e THD são ocupações que ainda não estão estabelecidas como profissões; por isso, têm baixa visibilidade social e pouco interesse despertam na população para essas ocupações.

A partir dos dados apresentados, é importante atentar para outro aspecto: a distribuição regional muito desigual dos profissionais das três categorias analisadas, possivelmente originada na falta de uma política nacional de formação de RHS. Dessa forma, as ações de formação deram-se por iniciativas localizadas de alguns gestores municipais ou estaduais, geralmente de forma esporádica, ou por interesses diversos envolvidos na formação de RH, também responsáveis pela produção desses recursos, como cursos particulares de ensino, por exemplo.

A sociedade brasileira é caracterizada por uma forte diferenciação de gênero com conseqüências na estrutura produtiva: profissões auxiliares - que possuem uma menor média de remuneração e são consideradas como de "status" social inferior - são predominantemente ocupadas por mulheres¹⁵. Tal análise, associada ao fato de as secretárias dos consultórios odontológicos terem em grande parte se tornado as ACD de hoje, justifica a enorme proporção desse gênero na composição dos trabalhadores auxiliares em odontologia. Outra característica que vem se consolidando nas últimas décadas é a feminilização da carreira de cirurgião-dentista. As mulheres que já foram minoria absoluta ascendem em número e hoje já são maioria.

Importante ressaltar as inúmeras atividades coletivas que atualmente são desenvolvidas pelo dentista, mas que poderiam ser encaminhadas por técnicos, que são capacitados para isso, mas não são utilizados. Poder-se-ia alcançar uma maior eficiência inclusive nas atividades de saúde bucal coletiva, trazendo duas vantagens: o custo dessas atividades baixaria em virtude da utilização de força de trabalho adequada e os dentistas não estariam mais se subempregando e executando atividades pouco complexas para uma formação extensa e cara.

Os motivos desse completo descaso com o pessoal auxiliar passam por questões localizadas, como o reacionarismo dos setores odontológicos mais conservadores, alimentando idéias de que os THD tomariam o mercado de trabalho dos CDs ou que se tornariam práticos, questões historicamente superadas.

Uma análise da situação da saúde bucal brasileira à luz das políticas públicas implementadas por uma série de governos que permitiram o controle do mercado sobre setores estratégicos nos permite negar a tese da auto-regulação eficiente do mercado e sua suposta harmonia natural com as políticas de Estado.

As conseqüências desses desajustes são marcantes nas políticas de recursos humanos em saúde bucal, acarretando problemas na promoção de políticas públicas voltadas à superação desse modelo, que se apresenta inadequado para a atenção pública e até para a clínica privada, com baixa produtividade e pouco compromisso social. Tanto é que se mantêm atuais as afirmações colocadas nas Conferências Nacionais de Saúde a partir de 1980 sobre essa inadequação e suas conseqüências.

As políticas públicas até o momento não conseguiram dar resposta a essa demanda. Apesar de o Programa de Saúde da Família (PSF) reapresentar o tema, demonstrando um déficit imediato de pessoal auxiliar, em especial dos THD, ainda há questões jurídicas e práticas a serem resolvidas. Em 13 anos de Lei Orgânica da Saúde, o Estado brasileiro nunca se prestou, de fato, a ordenar os RHS para utilização no sistema público de saúde.

Conclusão

- Há déficit de ACD e THD no país, observado em todos os estados brasileiros;
- as desigualdades regionais observadas acompanham o padrão de concentração dos cirurgiões-dentistas;
- há uma grande concentração de gênero entre ACD e THD, caracterizando essas profissões como eminentemente femininas;
- análises mais sensíveis, principalmente de cunho qualitativo, devem ser feitas para aprofundar questões subjacentes a este trabalho, como a ausência de políticas públicas para um ordenamento de recursos

humanos em odontologia; a institucionalização das profissões de ACD e THD e a regulação e incentivo de maior incorporação desses profissionais no setor público.

Referências

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília; 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde; 2004. SB 2003: condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.
4. Valença AMG. A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista: a necessidade da prática participativa. Niterói: EDUFF; 1997.
5. Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 1986.
6. Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 1992.
7. X Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público e Odontológico (ENATESPO). Documento final. Balneário Camboriú; 1995.
8. Brasil. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília; 2000.
9. Ayub SG, Padiá CT, Muçouçah JC. CD + THD + THD = Soma que está dando resultados positivos. Divulgação em Saúde para Debate. 1995 (6): 86-9.
10. III Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia (CONPA). Documento Final dos Grupos III e IV. Brasília; 2002.
11. Conselho Federal de Odontologia. Números do CFO [citado em 2003 Abr]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População [citado em 2003 Abr 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
13. World Health Organization. Health manpower planning: principles, methods, issues. Geneve; 1978.
14. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Ed. Santos; 2002.
15. Gómez EG. Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002; 11 (5/6): 435-8.
16. Machado MH. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
17. Pinto VG. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1990.