

## LEI N.º 11.889/2008: AVANÇO OU RETROCESSO NAS COMPETÊNCIAS DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL?

ACT 11,889/2008: PROGRESS OR RETROGRESSION IN ORAL HEALTH TECHNICIAN SKILLS?

Paulo Frazão<sup>1</sup>

Paulo Capel Narvai<sup>2</sup>

**Resumo** O objetivo deste estudo foi analisar as competências que, desde a aprovação da lei n.º 11.889/08, incumbem ao técnico em saúde bucal (TSB) no Brasil, incluindo os termos definidos para sua supervisão. Foi realizada análise documental, comparando-se as competências definidas no referido instrumento legal com as previstas no parecer n.º 460/75 do Conselho Federal de Educação e na resolução n.º 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia. Foram empregadas técnicas de análise temática considerando-se as habilidades em termos de ações diretas e indiretas distribuídas em quatro áreas de competência: planejamento e administração em saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência individual. Embora as competências aprovadas na lei tenham sido distribuídas em um número menor de itens, comparado aos dois outros documentos, do ponto de vista qualitativo, os resultados da análise permitiram concluir que vários avanços foram obtidos com a regulamentação da profissão, nos termos aprovados, em todas as áreas de competência. Houve impacto positivo para o processo de trabalho em saúde, tanto com relação à cooperação interprofissional quanto à supervisão técnica das atividades, representando uma conquista relevante dos trabalhadores da área e também uma contribuição significativa para avançar na ampliação do acesso aos serviços odontológicos.

**Palavras-chave** competência profissional; legislação e jurisprudência; administração da prática odontológica.

**Abstract** This study aimed to analyze the skills that have been attributed to oral health technicians (TSB) in Brazil since the enactment of Act 11,889/08, including the terms set forth for their supervision. Documentary analysis was performed comparing the skills set out in mentioned instrument with those called for in legal opinion No. 460/75, issued by the Federal Council of Education, and under Federal Council of Dentistry Resolution No. 63/2005. Thematic analysis techniques were employed considering the skills in terms of direct and indirect actions distributed in four ability areas: health planning and administration, health promotion, disease prevention, and individual care. Although the powers approved under the act have been distributed to a smaller amount of items, compared to the two other documents, from the qualitative point of view, the results of the analysis showed that considerable progress was made with the regulation of the profession, under the approved terms, in all areas of competence. There was a positive impact on the health work process, both regarding inter-professional cooperation and insofar as the supervision of technical activities is concerned. This represents an important victory for those who work in the area and a significant contribution to driving the enhancement of access to dental services.

**Keywords** professional skills, legislation and case law, administration of the dental practice.

## Introdução

Após duas décadas de lutas no âmbito do parlamento brasileiro, em 24 de dezembro de 2008, o presidente da República Luis Inácio Lula da Silva, sancionou a lei n.º 11.889, aprovada pelo Congresso Nacional, que regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar de saúde bucal (ASB) no país (Brasil 2008).

Desde a apresentação do primeiro projeto de lei (PL) em 1989, houve importante movimentação de auxiliares e técnicos em diferentes partes do país apoiada principalmente por entidades sindicais (Barbosa, 1991). Ocorreram vários encontros, debates e negociações com outras propostas de projetos de lei até que, em 1993, o Congresso Nacional aprovou lei regulamentadora das profissões de TSB e ASB. Contudo, seguiu-se grande decepção, uma vez que o então presidente da República, Itamar Franco, não sancionou a lei amparando-se no argumento de que a regulamentação “restringe o mercado de trabalho, delimita o campo de ação, desmotiva o aperfeiçoamento profissional e impede a plena liberdade contratual” (Pezzato e Cocco, 2004). Tendo em vista as características do argumento, Narvai (2003) admite que a razão substantiva do veto não veio a público – por razões que ainda precisam ser esclarecidas.

Desde as primeiras experiências com a incorporação da ‘Higienista Dental’ em 1913 nos Estados Unidos (Dunning, 1958) e da ‘Enfermeira Dentária Escolar’ em 1920 na Nova Zelândia (Fulton, 1951), existe ampla documentação abrangendo vários países sobre a relevância de sua participação na equipe de saúde bucal tanto do ponto de vista da cobertura quanto da qualidade dos serviços e da redução dos custos (Johnson, 1992; Frazão *et al.*, 1995). Essa relevância está associada às competências que lhe são conferidas na prestação direta de serviços a pacientes, liberando o cirurgião-dentista (CD) para atividades mais complexas (Leite e Pinto, 1983).

Competência é um termo polissêmico. Por possuir várias acepções é empregado para designar diferentes objetos cujos sentidos podem ser distintos dependendo da área de conhecimento (ciências jurídicas, psicologia, pedagogia etc.). Mesmo numa área, como por exemplo a educação profissional, podem ser notados diferentes sentidos no uso do termo (Ramos, 2002). Sem entrar nesse debate, pode-se afirmar que competência não se reduz a habilidades, e inclui capacidades, atividades e contextos, resultando da combinação de conhecimentos, destrezas, experiências e qualidades pessoais usadas efetiva e apropriadamente em resposta às várias circunstâncias, familiares ou não, relativas à prática profissional (Brasil, 2004). Do ponto de vista operacional, as competências podem ser definidas levando em consideração três dimensões: os conhecimentos que correspondem ao saber; as habilidades que dizem respeito ao saber-fazer; e as atitudes e valores que

estão associadas ao saber-ser. Neste artigo, adota-se um conceito estrito de competência ligado às habilidades esperadas para a realização de determinadas atividades profissionais com qualidade aceitável de acordo com a relação de descritores das Ciências da Saúde (BVS, 2010).

No Brasil, com a introdução do 'auxiliar de higiene dentária', pelo então Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), atual Fundação Nacional de Saúde, no início dos anos 1950, nos serviços odontológicos das suas unidades básicas de saúde (Loures e Freire, 1964; Pires-Filho, 1974), debates acalorados têm sido realizados acerca das competências na prestação direta de serviços a pacientes (Narvai *et al.*, 1989).

A aprovação do parecer n.º 460/75, pelo Conselho Federal de Educação (CFE), e, nove anos depois, a decisão n.º 26/84 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), disciplinando o exercício das ocupações do atendente de consultório dentário (ACD) e do técnico em higiene dental (THD), mantiveram aceso o debate, principalmente sobre as funções do THD. Nesse processo de discussões acerca de sua profissionalização, a qualificação foi definida como de nível técnico e se propôs que a denominação evoluísse de técnico em higiene dental para técnico em saúde bucal (Narvai, 1991).

A regulamentação da profissão, incluindo a fixação das atividades que competem ao TSB, pela principal casa de debates da República, e sua posterior sanção pela Presidência, no final da primeira década do século XXI, resultou de um amplo processo de negociações envolvendo diferentes atores e interlocutores, representando associações e movimentos de auxiliares e técnicos da área, sindicatos, federações, entidades da profissão odontológica, conselhos de exercício profissional e órgãos dos sistemas de saúde e de educação do país. Em decorrência, entre o que fora proposto no PL original e o que efetivamente se consubstanciou em texto de lei, várias modificações foram introduzidas, por meio de diferentes substitutivos apresentados por parlamentares. Essas modificações, univoculares em certos casos, estão a exigir, no contexto pós-sanção presidencial, um exame detalhado dos interessados no assunto, notadamente especialistas e responsáveis pela gestão de serviços odontológicos.

Essa necessidade tem sido detectada em diversos âmbitos, entre os quais os eventos técnico-científicos promovidos por organizações representativas de auxiliares e técnicos de saúde bucal e também em encontros e reuniões técnicas de coordenadores municipais e estaduais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora seja amplamente reconhecido que a sanção da lei representa um marco regulatório importante no campo da gestão do processo de trabalho em saúde, e que isso pode ter pacificado a questão em nível nacional, as modificações introduzidas têm suscitado dúvidas e inquietações. Dessa forma, parece retornar, em outros termos, o questionamento do campo de atividades do TSB. É isto que justifica a

análise apresentada neste artigo, cujo objetivo é examinar as competências que, desde a aprovação da lei n.º 11.889/08, incumbem ao técnico em saúde bucal no Brasil, incluindo os termos definidos para sua supervisão.

### **Material e método**

Foi realizada análise documental nos termos propostos por Green e Thorogood (2004), para quem documentos dizem respeito a um amplo conjunto de fontes escritas relacionadas ao objeto de interesse, cujo exame, sustentado em procedimentos técnicos justificados e reconhecidos pela comunidade científica, pode permitir a produção de análises para muitas questões de caráter qualitativo.

Três documentos constituíram o material a partir do qual se empreendeu a análise: a lei federal n.º 11.889/2008, o parecer n.º 460/1975, do Conselho Federal de Educação, e a Resolução n.º 63/2005, do Conselho Federal de Odontologia. Os documentos do CFE e do CFO foram selecionados, pois são os principais instrumentos normativos nos âmbitos do sistema de educação e do exercício profissional, respectivamente.

O parecer n.º 460, aprovado em 6/2/1975, foi escolhido porque, com a sua edição, foi autorizado e foram estabelecidas as exigências para a formação de dois tipos de pessoal auxiliar odontológico no Brasil: o atendente de consultório dentário (ACD) e o técnico em higiene dental (THD). A partir dele, foi desencadeado um amplo processo de formação destinado ao enorme contingente de trabalhadores que vinham exercendo funções auxiliares em serviços públicos odontológicos em todo o país. Com base em um acordo interministerial, e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), nos anos 1980, várias secretarias estaduais de saúde aprovaram planos de curso utilizando a via do então denominado ensino supletivo e explorando as possibilidades de uma de suas modalidades, a qualificação profissional. Com uma proposta pedagógica inovadora e bastante audaciosa, esses planos de curso previam a integração ensino-serviço e teoria-prática, durante a jornada e no próprio local de trabalho. O êxito da proposta, desenvolvida no âmbito de um programa nacional de formação em saúde conhecido como Projeto Larga Escala, teve grande repercussão em todo o país e em muito contribuiu para divulgar a importância e as competências do pessoal auxiliar odontológico na reorganização dos modelos de atenção à saúde bucal (Frazão e Castellanos, 1999; Pezzato, Monteiro e Bagnato, 2007).

Conforme mencionado, o órgão responsável pela fiscalização do exercício profissional da Odontologia, o CFO, disciplina o exercício das ocupações de ACD e THD desde 1984. Várias resoluções (155/84, 157/87, 153/93) do CFO que se seguiram à decisão n.º 26/84 incorporaram e complementaram o

campo de atividades privativas do técnico em higiene dental. A resolução n.º 63, publicada em 19/4/2005 (CFO, 2005), foi selecionada porque ela representa a última versão aprovada pelo CFO antes da sanção da lei n.º 11.889/2008, expressando o acúmulo das discussões sobre a participação do THD na prestação direta de serviços a pacientes reconhecida por esse órgão de fiscalização da atividade odontológica. Cumpre ressaltar que, em 25/6/2009, o texto original do Capítulo IV da resolução n.º 63 que trata das atividades privativas do THD foi 'atualizado', ajustando-se à nova denominação e aos termos aprovados na lei que regulamentou a profissão.

Optou-se por proceder à análise, comparando-se o conteúdo dos três documentos. Para isso tomou-se por referência as habilidades em termos de ações diretas, isto é, aquelas prestadas ao paciente, e ações indiretas, correspondentes às atividades prestadas ao cirurgião-dentista junto à cadeira e/ou de apoio à assistência (Chaves, 1986). As atividades foram distribuídas em quatro áreas de competência: planejamento e administração em saúde; promoção da saúde; prevenção de doenças; e assistência individual.

A análise dos documentos foi efetuada mediante técnicas de análise temática (Bardin, 2002). A partir do exame dos núcleos de sentido presentes nos enunciados relacionados às competências descritas em cada documento foram identificados os temas correspondentes às quatro áreas de competência. Em cada tema, utilizando-se operações de desmembramento do texto, foram selecionadas as unidades que caracterizavam diferenças de sentido para fins de interpretação.

Alguns aspectos foram analisados do ponto de vista da denominada cooperação interprofissional, entendendo-a como um processo em que diferentes profissionais reconhecem sua interdependência e estruturam ações coletivas dirigidas a solucionar necessidades dos pacientes. Normas que regulam essa relação de dependência e colaboração podem operar como um determinante importante para o êxito da cooperação interprofissional (San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005).

## Resultados e discussão

Nos Quadros 1, 2 e 3 são apresentadas as competências descritas nos documentos analisados seguindo a ordem conforme apresentado no material original. O Quadro 1 contém as 20 atividades em números arábicos previstas conforme o parecer CFE n.º 460/75 (CFE, 1975). Elas estão relacionadas no item 2 do parecer sob o título "Descrição da Ocupação", no qual a frase inicial menciona que "Sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, são tarefas do técnico em higiene dental".

**Quadro 1**


---

 Competências do técnico em higiene dental previstas no parecer CFE n.º 460/1975
 

---

1. participar do treinamento de auxiliares e atendentes de consultório dentário
  2. colaborar nos programas educativos de saúde bucal
  3. realizar teste de vitalidade pulpar
  4. fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais
  5. realizar a remoção de indutos, placas e tártaro supragengival
  6. executar a aplicação tópica de substâncias para a prevenção da cárie dental
  7. fazer a demonstração de técnicas de escovagem
  8. inserir e condensar substâncias restauradoras
  9. polir restaurações
  10. remover suturas
  11. educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre higiene, prevenção e tratamento das doenças bucais
  12. responder pela administração de clínica
  13. colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador
  14. supervisionar, sob delegação, o trabalho dos auxiliares de higiene dental e dos atendentes odontológicos
  15. preparar substâncias restauradoras e de moldagem
  16. preparar moldeiras
  17. confeccionar modelos
  18. proceder conservação e manutenção do equipamento odontológico
  19. instrumentar o CD junto a cadeira operatória (odontologia a quatro mãos)
  20. proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos
- 

Fonte: CFE, 1975.

No Quadro 2 estão descritas as competências indicadas no artigo 12 da resolução CFO n.º 63/2005, cujo enunciado expressa que “Compete ao técnico em higiene dental, sempre sob supervisão com a presença física do cirurgião-dentista, na proporção máxima de um CD para cinco THDs, além das de auxiliar de consultório dentário, as seguintes atividades”. Ao todo são 17 atividades numa sequência de itens identificados pela letra ‘a’ até a letra ‘r’, de acordo com a notação no original.

**Quadro 2**


---

 Competências do técnico em higiene dental previstas na resolução CFO n.º 63/2005
 

---

- a) participar do treinamento de auxiliar de consultórios dentários
  - b) colaborar nos programas educativos de saúde bucal
  - c) colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador
  - d) educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais
- 

continua &gt;

### Continuação - Quadro 2

---

Competências do técnico em higiene dental previstas na resolução CFO n.º 63/2005

---

- e) fazer a demonstração de técnicas de escovação
- f) responder pela administração de clínica
- g) supervisionar, sob delegação, o trabalho dos auxiliares de consultório dentário
- h) fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais
- i) realizar teste de vitalidade pulpar
- j) realizar a remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais
- l) executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental
- m) inserir e condensar substâncias restauradoras
- n) polir restaurações, vedando-se a escultura
- o) proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos
- p) remover suturas
- q) confeccionar modelos
- r) preparar moldeiras

---

Fonte: CFO, 2005

As 13 atividades aprovadas pela lei n.º 11.889 são mostradas no Quadro 3, identificadas por números romanos, também conforme documento original. Elas complementam o artigo 5º, cujo enunciado é “Competem ao técnico em saúde bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal”. Em relação à supervisão, em parágrafo único, a lei define que “A supervisão direta será obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta”.

### Quadro 3

---

Competências do técnico em saúde bucal previstas na lei n.º 11.889/2008

---

- I. participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde
- II. participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais
- III. participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador
- IV. ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista
- V. fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista
- VI. supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal
- VII. realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas

---

continua >

**Continuação - Quadro 3**


---

 Competências do técnico em saúde bucal previstas na lei n.º 11.889/2008
 

---

VIII. inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista

IX. proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares

X. remover suturas

XI. aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos

XII. realizar isolamento do campo operatório

XIII. exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares

---

Fonte: Brasil, 2008.

Os resultados foram organizados conforme o tipo de ação. Primeiramente são apresentados e discutidos os resultados relativos às competências que correspondem às ações indiretas e em seguida são analisadas as diferenças, nos termos da lei, referentes às competências ligadas às ações diretas. A seção é concluída com o exame dos termos aprovados relativos à supervisão das atividades do técnico em saúde bucal.

**Ações indiretas**

No que concerne às ações indiretas, foram identificados enunciados que se relacionam a duas áreas de competência: planejamento e administração em saúde, e assistência individual. Na primeira área, a lei apresenta três incisos abordando competências que se referem ao treinamento, capacitação e supervisão de pessoal, e à participação em levantamentos e estudos epidemiológicos. A competência 'responder pela administração de clínica', presente no parecer n.º 460 e na resolução n.º 63 foi suprimida. No caso dos estudos epidemiológicos, o termo 'colaborar' previsto nas situações 'como coordenador, monitor e anotador' foi substituído por 'participar', excetuando-se 'como examinador'.

Na área de competência relacionada à assistência individual, o parecer n.º 460 apresentava quatro itens. A resolução n.º 63 mantinha um item e a lei trouxe dois incisos (XI e XIII). Dos quatro itens do parecer, três foram incluídos como atribuições privativas do assim chamado auxiliar de consultório dentário, enunciado no artigo 20 da resolução n.º 63. Na lei, todos os quatro enunciados foram incluídos como atividades do ASB. Além disso, foi incluída a competência para "aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos" e para



exercê-las no âmbito hospitalar, reiterando-se a atribuição de instrumentação do CD em ambientes clínicos e hospitalares, uma atividade inserida nas competências do ASB (art. 9º, IV).

Assim, considerando as ações indiretas, nenhuma atribuição que vinha sendo exercida pelo até então denominado THD foi suprimida. Embora a competência 'responder pela administração de clínica' tenha sido retirada, reconhece-se que não há informação documentada de que ela tenha sido exercida, posto que a responsabilidade técnica de qualquer estabelecimento de prestação de serviços odontológicos é privativa do CD. Assim, sua exclusão não representa qualquer prejuízo e, ao contrário, deve ser vista como aperfeiçoamento normativo. A exclusão das quatro atribuições mencionadas do conjunto de atividades do TSB e sua inscrição no conjunto de atividades do auxiliar é decorrente apenas de uma opção formal dos legisladores, dado que todas as competências do ASB são também do TSB. A substituição do termo 'colaborar' por 'participar' fortalece a importância do TSB nos estudos epidemiológicos onde se espera que possa atuar, não como 'coordenador', atividade sem registro de que tenha sido exercida, mas como anotador, monitor e, principalmente, entrevistador. A interdição do emprego do TSB como examinador decorre das exigências impostas pelo uso da maioria das ferramentas epidemiológicas que requerem elevada consistência e experiência clínica. Com a simplificação dos critérios de observação usados como indicadores, sobretudo em inquéritos populacionais, é possível que, no futuro, o TSB participe também como examinador. Alguns estudos relataram experiências nessa direção em alguns países desenvolvidos (Kwan e Prendergast, 1998; Hawley *et al.*, 1999). Além desses aspectos que contribuem para corrigir impropriedades das normas anteriores e fortalecer a cooperação interprofissional, um avanço importante foi a explicitação da atuação do TSB tanto no âmbito hospitalar quanto na aplicação de medidas de biossegurança relacionadas aos produtos e resíduos odontológicos.

### **Ações diretas**

No que diz respeito às ações diretas, foram identificados enunciados que se relacionam a três áreas de competência: promoção da saúde, prevenção das doenças e assistência individual. Nas duas primeiras, a lei apresenta (art. 5º), dois incisos (II e IV) relacionados à participação do TSB nas ações educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais em comparação aos três itens presentes tanto no parecer quanto na resolução. A expressão 'técnicas de escovagem' e 'técnicas de escovação' e o termo 'colaborar' foram substituídos, respectivamente, por 'técnicas de higiene bucal' e 'participar'. Tendo em vista que quem educa, orienta, essa redundância, expressa

no item 11 e na letra 'd', respectivamente, do parecer e da resolução, foi eliminada. Foi suprimida a atribuição de orientar pacientes ou grupos de pacientes sobre tratamento das doenças bucais. Em relação à prevenção das doenças bucais, o enunciado "executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental", contido tanto no parecer quanto na resolução, foi substituído por "realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista", que aparece no inciso IV.

Vários avanços podem ser notados nas áreas de competência relacionadas à promoção da saúde e à prevenção das doenças. O maior ganho, sem dúvida, diz respeito à explicitação da atuação do TSB na promoção da saúde, uma importante atribuição ausente das normas anteriores. Com a identificação de fatores de risco comuns tanto à saúde bucal quanto à saúde em geral, representados dentre outros pelo tabagismo, alcoolismo, dieta rica em açúcar, sal, gorduras, abre-se um campo enorme para a atuação dos TSB nos programas de promoção da saúde. Recusar-lhe tal competência seria um equívoco, incorporá-la, explicitamente, corresponde a um grande avanço. Outro aspecto que representa melhoria na qualidade da norma refere-se ao uso da expressão 'técnicas de higiene bucal', nas quais estão contempladas não apenas técnicas de escovação, mas o domínio sobre um amplo conjunto de métodos e produtos voltados à higiene bucal, como, por exemplo, enxaguatórios e escovas de dente especiais, entre outros.

A orientação sobre o tratamento das doenças bucais, obviamente depende de cada caso, e por essa razão, deve ser efetuada pelo cirurgião-dentista. Desse modo, a supressão dessa atribuição constitui também elemento de aprimoramento do texto por melhor definir os núcleos de competência e assim facilitar a cooperação interprofissional. A modificação do trecho "aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental" para o enunciado "realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista", além de ampliar o escopo para as doenças bucais, ao invés de se limitar à cárie dentária, também contribui para uma melhor interação da equipe de saúde bucal, pois define o método para a realização da prevenção sem se restringir a um tipo de substância ou de produto, podendo, conforme a indicação do CD, ser na forma de solução, gel, verniz ou ionômero.

No que se refere à área de competência relacionada à assistência individual, uma nova atividade foi definida pela lei (art. 5, XII) com o enunciado "realizar isolamento do campo operatório". As atribuições 'realizar teste de vitalidade pulpar', 'preparar moldeiras' e 'polir restaurações' foram suprimidas. As expressões 'indutos, placas e cálculos supragengivais' e 'condensar substâncias restauradoras' foram substituídas, respectivamente, por 'biofilme' e 'distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração

dentária direta'. Foi adicionada a realização de fotografias e o enunciado as "tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios e clínicas odontológicas" foi inserido em substituição à expressão 'tomada e revelação de radiografias intra-orais'.

De modo análogo ao observado para as demais áreas, também se verificaram avanços importantes quanto à participação do TSB na assistência aos indivíduos. No passado, a preparação de moldeiras era uma atividade mais comum efetuada no consultório por meio de técnicas diretas, ou seja, na boca do paciente. Atualmente, essa atividade é realizada nos laboratórios de prótese, empregando-se modelos de gesso, razão pela qual é uma atribuição do auxiliar de prótese dentária, conforme o artigo 27 da resolução n.º 63. O teste de vitalidade pulpar é um tipo de procedimento complementar cuja finalidade é essencialmente diagnóstica, razão porque os THD raramente se ocuparam desse tipo de teste. No cotidiano das atividades clínicas, seja no âmbito do SUS, seja em consultórios particulares, sua realização pelo THD se mostrou inviável e inoportuna na prática, pois no momento em que um CD, auxiliado por um ACD, efetuava o exame dos tecidos bucais em um determinado paciente, geralmente, o THD estava atuando, numa segunda unidade de assistência, em outro paciente, realizando procedimentos indicados pelo CD.

Além do acréscimo da competência para a realização de fotografia, representa ainda um avanço para o perfil profissional a inclusão da expressão 'tomadas de uso odontológico'. Ao mesmo tempo em que ampara as tomadas radiográficas intra-orais previstas nas normas anteriores, amplia para as tomadas extraorais desde que realizadas exclusivamente em consultórios e clínicas odontológicas, harmonizando-se com as competências previstas para o técnico em radiologia.

A inclusão da expressão 'biofilme' representa também uma atualização relevante na competência do TSB. Conforme a relação de descritores das Ciências da Saúde (BVS, 2010), uma ferramenta conceitual universalmente empregada pelos especialistas e pesquisadores da saúde, biofilme diz respeito às incrustações, formadas por micróbios (bactérias, algas, fungos, plâncton ou protozoários) mergulhados em polímeros extracelulares, que aderem a superfícies como dentes (depósitos dentários), próteses, implantes e cateteres. O inciso V da lei n.º 11.889 dá sustentação à prática de "fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista". Isso significa que cabe ao CD avaliar cada caso e indicar a técnica mais adequada compatível com a formação e a experiência do TSB. A interpretação de que, com a lei, o TSB não poderia mais remover cálculo dentário e nem poderia mais realizar polimento dental é equivocada, pois não reflete os conhecimentos científicos correntes e não condiz com o sentido geral do processo de negociação que envolveu todas as entidades

nacionais da profissão odontológica, as lideranças de auxiliares e técnicos em higiene dental e o Ministério da Saúde.

Conforme a relação de descritores, o cálculo é um tipo de depósito dentário incluído entre os tipos de biofilme. Além disso, cabe assinalar que não há, na lei n.º 11.889/08, qualquer disposição que coíba a realização da remoção de cálculo dentário pelo TSB, no contexto do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde Bucal. Ao contrário, depreende-se do texto legal que se impõe realizar essa ação, quando da remoção do biofilme dental, tendo em vista a evidência científica de que cálculos dentários fazem parte de biofilmes. Em consequência, não realizar a remoção do cálculo, no contexto clínico da remoção do biofilme dental, seria uma ação desprovida de base científica, incorrendo tanto o CD quanto o TSB nas infrações éticas de imprudência e negligência no cuidado ao paciente. Assim, impedir que um TSB realize tal procedimento sob a alegação de que a lei não permite não se sustenta. Como foi mencionado, cabe ao CD avaliar cada caso e indicar a técnica mais adequada compatível com a formação e a experiência do TSB.

A supressão do termo ‘condensar’ também foi acertada. Esse termo é muito mais restritivo do que a noção de ‘distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta’. Condensar é um termo associado ao uso do amálgama de prata, um material que poderá ser abandonado no futuro. O conceito não é compatível com os diferentes tipos de materiais empregados nos dias de hoje. A inclusão da expressão restauração dentária direta também ajuda a remover dúvidas e dificuldades suscitadas pelas normas anteriores e explicita uma ação direta numa atividade de extrema necessidade. Neste ponto também é nítido o avanço representado pela aprovação da lei. O complemento “de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista” reforça a necessidade do trabalho colaborativo e indica importante valorização da Equipe de Saúde Bucal no contexto do trabalho em saúde.

A lei inovou também ao tratar do tema da supervisão. Na primeira norma editada pelo CFE, afirma-se que as atividades devem ser realizadas “sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista” (CFE, 1975). Na última versão, objeto de deliberação do CFO, antes da homologação da lei, constava a exigência de as atividades serem realizadas “sempre sob supervisão com a presença física do cirurgião-dentista, na proporção máxima de 1 (um) CD para 5 (cinco) THDs” (CFO, 2005). A lei n.º 11.889/08 promoveu ajuste no texto que passou a afirmar que “a supervisão direta será obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta”. Do ponto de vista da dinâmica administrativa, impõe reconhecer que os legisladores implementaram relevante aprimoramento ao categorizar o tipo de supervisão e explicitar a supervisão indireta para as atividades extraclínicas, isto é, aquelas voltadas à promoção da saúde e prevenção das

doenças em âmbito coletivo, nas quais, usualmente, a supervisão direta é menos frequente e predomina a supervisão indireta.

Embora alguns profissionais da saúde possam ver na luta desses trabalhadores pelo reconhecimento da profissão uma ‘conspiração’, a regulamentação profissional em nenhum aspecto se apresenta como ameaça aos dentistas (Linan e Bruno, 2007). Ao definir as competências específicas e complementares nos campos de atuação, após duas décadas de debates, é nítida sua contribuição para o exercício das funções do TSB e para o processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

### **Considerações finais**

A aprovação da lei n.º 11.889/2008 representa a definição de um marco regulatório muito importante, e há muitos anos esperado, no campo da gestão do trabalho em saúde. Além disso, abre perspectivas promissoras relacionadas com a organização sindical de auxiliares e técnicos em saúde bucal, aspecto não abordado neste artigo, dirigido especificamente à análise das competências definidas nos termos da lei.

De modo distinto dos 20 itens contidos no parecer CFE n.º 460/75 e das 17 atividades descritas na resolução CFO n.º 63/2005, com a aprovação da lei, as competências do TSB foram distribuídas em apenas 13 itens. Essa redução, do ponto de vista quantitativo, pode ensejar uma falsa noção de que a aprovação da lei implicou perda de atribuições, ou de competências, para o técnico, atual TSB. Embora o número de itens seja menor, conforme procuramos demonstrar neste artigo, observam-se vários e importantes avanços obtidos com a regulamentação da profissão. Cabe assinalar, também, que uma parte dessa redução quantitativa se relaciona com a supressão de competências do antigo THD, agora atribuídas, no texto legal, ao ASB.

Outra parte refere-se a atividades que na prática do trabalho em equipe não se mostraram viáveis nem factíveis, sendo indesejável sua permanência no elenco de competências do técnico. Contudo, pelo tipo de competência a que se referiam (‘responder pela administração de clínica’ e ‘realizar teste de vitalidade pulpar’), sua exclusão não caracteriza retrocesso. Por outro lado, a competência ‘realizar isolamento do campo operatório’, ao ser incorporada entre as habilidades esperadas, representou um ganho importante para as ações diretas na área da assistência individual.

Conclui-se que tanto a fixação de competências quanto a adequação terminológica, estabelecidas pela lei n.º 11.889/08, representam, no que diz respeito ao processo de trabalho em saúde, uma conquista relevante dos trabalhadores da área e, também, uma contribuição significativa para avançar na ampliação do acesso aos serviços odontológicos.

## Notas

<sup>1</sup> Professor associado do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), São Paulo, Brasil. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. <pafracao@usp.br>  
Correspondência: Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Prática de Saúde Pública, Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP.

<sup>2</sup> Professor titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), São Paulo, Brasil. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. <pcnarvai@usp.br>

## Referências

- BARBOSA, Swedenberger. Pessoal auxiliar em odontologia: regulamentação das profissões de THD e ACD. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 6, p. 37-9, out. 1991.
- BARDIN, Lawrence. *Análise de conteúdo*. Lisboa, São Paulo: Edições 70; Martins Fontes, 2002.
- BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: Biblioteca Regional de Medicina/Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 22 mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Perfil de competências profissionais do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- \_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei n.º 11.889, de 24/12/2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, n. 251, p. 2-3, 26 dez. 2008.
- CFE. Conselho Federal de Educação. Câmara de Ensino de Primeiro e Segundo Graus. Parecer n.º 460, de 6/02/1975. Dispõe sobre a habilitação de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 3.937, 7 abr. 1975.
- CFO. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n.º 63, de 18/04/2005. Aprova a consolidação das normas para procedimentos em conselhos de odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 104, 19 abr. 2005.
- CHAVES, Mario Magalhães. Recursos humanos. In: \_\_\_\_\_. *Odontologia social*. 3. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986. p. 149-190.
- DUNNING, James M. Extending the field for dental auxiliary personnel in the United States. *American Journal of Public Health*, New York, v. 48, n. 8, p. 1.059-64, 1958.
- FRAZÃO, Paulo; CASTELLANOS, Roberto Augusto. La participación del personal auxiliar de odontología en los sistemas locales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 5, n. 2, p. 106-15, 1999.
- FRAZÃO, Paulo; GONZALES, Cesar C.; ROSA, Antonio Galvão F. Ambientes de trabalho

- odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 10, p. 21-28, 1995.
- GREEN, Judith; THOROGOOD, Nicki. *Qualitative methods for health research*. London: Sage, 2004.
- HAWLEY, Gillian M. *et al.* An investigation into the use of a dental hygienist in school screening. *Community Dental Health*, v. 16, n. 4, p. 232-5, 1999
- JOHNSON, Patricia M. Dental hygiene practice: international profile and future directions. *International Dental Journal*, v. 42, p. 451-9, 1992.
- LEITE, Ilza do Nascimento, PINTO, Vitor Gomes. Odontologia: um mercado cativo? *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 41-46, 1983.
- LINAN, Márcia Boen Garcia; BRUNO, Lúcia Emília Nuevo Barreto. Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5 n. 2, p. 297-316, 2007.
- FULTON, John T. *Experiment in dental care: results of New Zealand's use of school dental nurses*. Geneva: World Health Organization, 1951. 87 p.
- KWAN, Stella Y. L., PRENDERGAST, Michael J. The use of clinical dental auxiliaries as examiners in caries prevalence surveys in the United Kingdom: A feasibility study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 26, p. 194-200, 1998.
- LOURES, Olen Fernandes, FREIRE, Paulo da Silva. *Utilização efetiva de pessoal auxiliar de odontologia sanitária*. Rio de Janeiro: FSESP; 1964.
- NARVAI, Paulo Capel *et al.* Contra o técnico em higiene dental. *Saúde em Debate*, 28, p. 59-65, 1989.
- NARVAI, Paulo Capel. Em defesa do técnico em saúde bucal. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 6, p. 27-34, out. 1991.
- \_\_\_\_\_. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, Leo (Coord.). *Promoção da saúde bucal*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; Aboprev, 2003, p. 475-94,
- PEZZATO, Luciane Maria; COCCO, Maria Inês Monteiro. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 28, n. 68, p. 206-11, 2004.
- PEZZATO, Luciane Maria; MONTEIRO, Maria Inês; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Processos de formação do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário no Brasil: algumas memórias. *Odontologia e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 39-49, 2007.
- PIRES-FILHO, Fernando Molinos. O emprego de pessoal auxiliar com funções mais amplas em odontologia. In: ENCONTRO DE SAÚDE PÚBLICA EM ODONTOLOGIA, 3., 1974, Porto Alegre, *Anais*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social, Divisão de Saúde Pública, Setor de Odontologia Sanitária, 1974.
- RAMOS, Marise Nogueira. A Educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 80, p. 401-422, 2002.
- SAN MARTIN-RODRIGUEZ, Leticia *et al.* The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, supl. 1, p. 132-147, 2005.
- \_\_\_\_\_.  
Recebido em 24/05/2010  
Aprovado em 25/09/2010