



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Odontologia

CARLA APARECIDA SANGLARD OLIVEIRA

**ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

Faculdade de Odontologia da UFMG

2011

Carla Aparecida Sanglard Oliveira

ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador:
Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu

Coorientadora
Prof^ª. Simone Dutra Lucas

Belo Horizonte

Faculdade de Odontologia da UFMG

2011

Guia, você está presente em todas as páginas desta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia, pela força incondicional durante esta caminhada e por sua presença constante em minha vida.

A Robert, meu marido querido, pela compreensão, companheirismo e amor.

Aos meus pais, Marlene e Roberto, pelo exemplo de vida e por estarem sempre torcendo por mim. Vocês me forneceram a base para eu chegar até aqui, e não mediram esforços para me contemplarem com uma ótima educação.

À Fê, pelo carinho de irmã, e à Fafa, pela alegria que trouxe a todos nós.

A todos os funcionários da Escola Santa Clara, onde comecei a lecionar no curso de TSB. A experiência, a convivência e o aprendizado me fizeram crescer, e assim eu pude alçar voos mais altos.

Aos meus alunos do curso de TSB e ASB, por quem eu tenho um carinho especial. Sei que ensinei muito a vocês, mas não consigo mensurar o quanto vocês me ensinaram também.

A todos (familiares, colegas, amigos, etc.) que sempre torceram por mim e que me apoiaram em todos os momentos desta caminhada.

Obrigada!

HOMENAGENS

A Mauro, pela brilhante orientação. Sua competência, simplicidade e seriedade são excepcionais a ponto de eu não ter palavras para agradecer o quanto você me ensinou.

À Simone Dutra, pelo apoio, desde o início, para que este projeto acontecesse. Ele aconteceu e alcançou dimensões maiores do que aquelas que projetávamos! Valeu a pena! Obrigado pela ótima orientação!

A Marcos Werneck, pela colaboração através de sua experiência e sabedoria sublimes.

À Raquel, que se tornou muito mais do que uma colega de mestrado. Obrigado pelo companheirismo. Sentirei saudade dos momentos que passamos juntas nesses dois anos de convivência.

A Abdul e FAPEMIG pela importante contribuição para esta pesquisa.

A todos os professores e funcionários da UFMG que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista e que torceram por mim.

Aos funcionários da SES-MG (Daniele, Rafaela, etc.) que me ajudaram no desenvolvimento deste trabalho.

Aos coordenadores de saúde dos municípios mineiros que contribuíram para a realização desta pesquisa e facilitaram-na.

Aos queridos TSBs que participaram desta pesquisa. Obrigado pela confiança!

A todos aqueles que um dia lutaram e que ainda lutam por um maior reconhecimento e valorização dos TSBs.

*“Quanto maiores somos em humildade, tanto
mais próximos estamos da grandeza.”*

Rabindranath Tagore

RESUMO

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) compõe a Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF). Sua inserção dentro dessa estratégia envolve ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação dos indivíduos, tanto no nível individual quanto coletivo. Recursos humanos com perfis semelhantes ao dos TSBs estão presentes em vários países do mundo, como Estados Unidos, Nova Zelândia, Canadá, Portugal e Austrália. Cada um deles possui regulamentação própria para as habilitações e atribuições desses “profissionais”. Foi objetivo deste trabalho relatar como se desencadeou o processo de “profissionalização” dos TSBs no Brasil até a publicação da lei nº 11.988/2008, que legalizou a atuação desses recursos humanos. Baseando-se nessa legislação, pretendeu-se, ainda, analisar as atribuições que os TSBs executam na ESF do Estado de Minas Gerais, Brasil, procurando verificar se há consonância com as atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família. As opções metodológicas escolhidas foram a revisão de literatura, para descrever o percurso dos TSBs no Brasil até a sua legalidade, e um estudo quantitativo descritivo, para relatar as atribuições dos TSBs. Para este último, foi utilizado um *survey* telefônico para contatar os TSBs que trabalhavam na ESF de Minas Gerais, a fim de aplicar um questionário para a coleta dos dados. A amostra, aleatória e representativa, constou de 231 TSBs que compunham a equipe modalidade II da ESF. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, no programa SPSS for Windows, versão 17.0, com cálculo de proporções, medidas de tendência central, variabilidade e respectivos Intervalos de Confiança de 95%. Percebe-se que houve vários interesses corporativos da odontologia influenciando o processo de “profissionalização” do TSB, principalmente em relação à sua atuação clínica, o que pode explicar a demora para aprovação da lei nº 11.889/2008. Quanto

às atribuições clínicas desempenhadas pelo TSB na ESF, observou-se que 71,6% deles realizavam polimento coronário, 63,2% faziam raspagem de cálculo, e apenas 14,7% condensavam e inseriam materiais restauradores. Em relação às ações preventivas coletivas, todos os TSBs participavam de ações educativas, atuando na promoção de saúde e na prevenção das doenças bucais, 99,0% demonstravam técnicas de higiene bucal, 96,6% realizavam a aplicação tópica de flúor, 77,9% realizavam visitas domiciliares, e 96,6% realizavam ações coletivas, principalmente em escolas. As conclusões desta investigação apontam que o perfil do TSB que está se configurando para a ESF apresenta-se com uma menor possibilidade de contribuição do mesmo na assistência clínica individual, principalmente na assistência restauradora, e com uma atuação mais frequente na prevenção de doenças e na promoção de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: auxiliares de odontologia, higienistas dentários, recursos humanos

ABSTRACT

The oral health technician (OHT) composes the oral health team of the Brazilian Family Health Strategy (FHS). The inclusion of this professional involves actions of disease prevention and oral health protection, promotion and recovery on both the individual and collective levels. A number of countries have human resources with a similar profile to that of the OHT, such as the United States, New Zealand, Canada, Portugal and Australia. Each country has its own regulatory procedures regarding the abilities and attributions of these professionals. The aim of the present study was to report how the professionalization process of OHTs came about in Brazil through to the issuance of law 11.988/2008, which legalized the work of OHTs. Based on this legislation, an analysis was carried out of the work these professionals execute in the FHS in the state of Minas Gerais, Brazil, in order to determine whether there is coherence with the activities carried out by the family health teams. The methodological procedures involved a review of the literature in order to describe the journey of OHTs in Brazil until the legalization of the profession and a descriptive quantitative study reporting the attributions of OHTs. For the latter, a telephone survey was used to contact OHTs working within the FHS of Minas Gerais, with the administration of a questionnaire for data acquisition. The randomized representative sample consisted of 231 OHTs who composed FHS modality II. The data were analyzed using descriptive statistics with the aid of the SPSS program for Windows (version 17.0) and the calculation of proportions, central tendency measures and respective 95% confidence intervals. The results revealed that a number of corporative interests in dentistry have influenced the professionalization process of OHTs, especially with regard to the work these professionals execute in the clinic, which may explain the delay in the approval of law 11.889/2008. With regard to the

clinical attributions performed by OHTs in the FHS, 71.6% performed crown polishing, 63.2% performed the scraping of calculus and only 14.7% blended and inserted restorative materials. Regarding collective preventive actions, all OHT participated in educational actions concerning health promotion and the prevention of oral diseases, 99.0% demonstrated oral hygiene techniques, 96.6% administered topical fluoride, 77.9% made visits to homes and 96.6% performed collective actions, especially at schools. The findings of the present investigation indicate that the profile of the OHT within the FHS denotes a lesser possibility of the contribution of these professionals in individual clinical care, especially with regard to restorative procedures, and an increasing contribution to disease prevention and health promotion.

KEY-WORDS: dental auxiliaries, dental hygienists, human resources

SUMÁRIO

LISTA DE QUADRO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
3 REFERÊNCIAS	20
4 ARTIGO 1: Explorando o processo de profissionalização dos Técnicos em Saúde Bucal no Brasil.....	22
5 ARTIGO 2: Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família do Estado de Minas Gerais.....	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7 ANEXOS	79
7.1 Consentimento da Secretaria Estadual de Saúde.....	79
7.2 Aprovação do COEP.....	81
7.3 Normas de publicação do periódico <i>Human Resources for Health</i>	82
7.4 Normas de publicação do periódico <i>Journal of Public Health Dentistry</i>	85
7.5 Comprovante de submissão no periódico <i>Human Resources for Health</i>	88
7.6 Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008.....	89
8 APÊNDICES	93
8.1 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	93
8.2 Questionário.....	94
8.3 Quadro 2: Porcentagem de TSBs em equipes de modalidade II da ESF, sorteadas de acordo com as macrorregiões do Estado de Minas Gerais, 2010.....	97
8.4 Mapa 1: Representação das 13 macrorregiões sanitárias de Minas Gerais e os respectivos números absolutos de TSBs usados para o cálculo da amostra, distribuídos em cada uma delas em maio de 2010....	98
8.5 Esquema amostral do estudo.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Trajetória dos TSBs no Brasil	46
Quadro 2 -	Porcentagem de TSBs em equipes de modalidade II da ESF, sorteadas de acordo com as macrorregiões sanitárias do Estado de Minas Gerais, 2010	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência relativa (%) das instituições de ensino que mais formam os TSBs da ESF de Minas Gerais	59
Tabela 2 -	Distribuição das ações assistenciais executadas pelos TSBs da ESF, em Minas Gerais, 2010	60
Tabela 3 -	Distribuição das ações preventivas/coletivas executadas pelos TSBs da ESF, em Minas Gerais, 2010	61
Tabela 4 -	Distribuição das ações administrativas/organizacionais executadas pelos TSBs da ESF em Minas Gerais, 2010	62
Tabela 5 -	Relação de trabalho entre TSBs e ASBs, Minas Gerais, 2010	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ADA	Associação Dentária Americana
AHD	Auxiliar em Higiene Dentária
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRO-MG	Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAO	Pessoal Auxiliar de Odontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal

1 INTRODUÇÃO

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) é um auxiliar no setor saúde do Brasil, especificamente no âmbito da saúde bucal. Como as demais categorias auxiliares em saúde, os TSBs foram criados com o objetivo de racionalizar o trabalho e aumentar sua produtividade e qualidade, visando ao desenvolvimento científico-tecnológico e às mudanças nas práticas e nos modelos de assistência. Esse processo de mudança de modelo, em que se busca criar e consolidar um novo modelo da prática odontológica, a *Equipe de Saúde Bucal*, exige um profissional capacitado a oferecer serviços de forma ativa, dinâmica e em equipe. Sendo assim, a incorporação dos TSBs permitiu tanto o aumento da cobertura quanto a modificação no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde (CARVALHO, 1999; EDGINGTON *et al.*, 2000; QUELUZ, 2008).

Os TSBs são atores fundamentais para a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, junto ao sistema público ou privado, em nível individual ou coletivo.

Apesar da importância de tais profissionais, eles foram legalizados no país somente no ano de 2008, através da lei nº 11.889/2008 do governo federal brasileiro (BRASIL, 2008). Isso pôs fim a uma longa trajetória de esforços pelo reconhecimento legal do exercício profissional do Técnico em Saúde Bucal, embora ele já fosse legitimado pelos órgãos de formação educacional brasileiros da época de sua criação, consolidado como uma ocupação (BRASIL, 1975).

Em meados da década de 1970, a categoria de Técnico em Higiene Dentária (THD), antiga denominação do TSB, foi estabelecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pelo antigo Conselho Federal de Educação (CFE), através do parecer nº 460/75 (BRASIL, 1975). Foram esses órgãos que, ao definirem o THD, descreveram

suas ocupações, os requisitos essenciais para o exercício de sua função e os currículos do seu curso de formação.

Até o ano de 2008, vários projetos de leis foram sendo elaborados e modificados com vistas à legalização do TSB. Podemos questionar quais foram os motivos para a demora da aprovação da lei. Parece que o grande problema foi uma luta corporativa por competências. Essa questão começa sempre que se permite que outro profissional, que não o cirurgião-dentista, tenha acesso à cavidade bucal dos pacientes. Apesar de uma lei agora existir para regulamentar o exercício profissional do TSB, vários pontos relacionados às suas atribuições ainda são polêmicos, gerando inúmeras discussões.

Profissionais com perfis semelhantes ao dos Técnicos em Saúde Bucal são encontrados em diversos países, tais como os EUA, Canadá, Inglaterra e Nova Zelândia. Nesses países, embora haja uma variação em relação à denominação desses profissionais (higienistas dentais, nos EUA, e terapeutas dentais, na Nova Zelândia) e suas atribuições, essa “profissão” já se encontra consolidada há muito tempo (MCCOMBS, 2007), mas não necessariamente através de lei específica para o seu exercício.

No Brasil, atualmente, os TSBs ganham destaque por compor a Equipe de Saúde da Família, criada a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (CORNWALL *et al.*, 2008). Essas equipes trabalham com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde, como, por exemplo, a integralidade à saúde (STARFIELD *et al.*, 2002), constituindo uma estratégia de organização dos serviços de saúde no país (PUCCA, 2006).

Baseado nesse contexto, o SUS exerceu um papel fundamental no desencadeamento da legitimação profissional dos TSBs. Ele assumiu a prioridade

de desenvolvimento de recursos humanos para a profissionalização do trabalhador da rede de Atenção Primária, no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional.

A partir daí, observou-se uma sensível intensificação da formação e contratação de pessoal auxiliar para o setor público, principalmente a partir da inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Isto trouxe novas perspectivas para uma consolidação profissional ainda mais concreta dos TSBs (BONAN *et al.*, 2009), que podem atuar também no setor privado de saúde bucal.

Foi a Portaria nº 267 de 06/03/2001, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que instituiu as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família como forma de reorganização dessa área no âmbito da atenção de uma equipe. As Equipes de Saúde Bucal inseridas na ESF podem ser formadas pelo Cirurgião-Dentista (CD) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), sendo denominada de equipe modalidade I, ou pelo CD, ASB e TSB, denominada de equipe modalidade II (BRASIL, 2004a). Em abril de 2011, segundo dados do Ministério da Saúde, dentre as 20.640 ESBs implantadas no Brasil, 1.736 eram constituídas por equipes modalidade II, sendo que aproximadamente um terço delas (537) está distribuído pelo Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2011).

A atual Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, propõe um trabalho conjunto entre as ESBs, nas quais o TSB está inserido, e as equipes da saúde da família. Nesse contexto, a inserção do TSB na Equipe de Saúde Bucal dentro da ESF representa um elemento chave para contribuir com as ações assistenciais e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, num cenário de marcada prevalência de cárie dentária e edentulismo, principalmente entre adultos (BRASIL, 2004b).

Diante da legalização dos Técnicos em Saúde Bucal e da comentada importância desses profissionais para a promoção, proteção, reabilitação e recuperação em saúde bucal, principalmente no Sistema Público de Saúde do Brasil, é essencial detectarmos a forma de atuação profissional desses sujeitos no serviço onde atuam. Verificar se eles executam todas as atribuições para os quais estão habilitados legalmente, bem como se estão desenvolvendo ações em consonância com a Equipe de Saúde da Família, é um guia para os futuros rumos dessa nova profissão no Brasil, bem como para as políticas de saúde do nosso país.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Caracterizar a atuação dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no Estado de Minas Gerais.

2.2 Específicos

- Relatar, historicamente, o processo de profissionalização dos Técnicos em Saúde Bucal;
- Conhecer o perfil demográfico e educacional dos TSBs da ESF de Minas Gerais;
- Analisar as funções que os TSBs executam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais, segundo suas atribuições contidas na lei nº 11.899/2008, que regulamentou a profissão.

3 REFERÊNCIAS

- 1 CARVALHO, CL. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. *Ação Coletiva*, vol.2 n.1, p. 25-33, 1999.
- 2 CORNWALL A; SHANKLAND A. Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system. *Social Science & Medicine*, v.66, n.10, p.2173-84, 2008.
- 3 BONAN, P.R.F, et al. Perfil de técnicos em higiene dental quanto à prática profissional, à educação permanente e ao trabalho em serviço público. *Odonto Ciência*, v.24, n.2, p.180-185, 2009.
- 4 BRASIL. Parecer nº 460, de 6 de fevereiro de 1975, MEC/CFE. 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, DF, 1975.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 267, DE 06 DE MARÇO DE 2.001. Publicada no Diário Oficial da União de 07 de Março de 2001, Seção 1, página 67.
- 6 BRASIL. Diretrizes da política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a. 86p.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB BRASIL 2003. Relatório Final, 2004b. [www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf]
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Publicado no Diário Oficial da União de 26 de dezembro de 2008.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. 2011. [http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php]. Acesso em 13 de maio de 2011.
- 10 EDGINGTON E, PIMLOTT J. Public attitudes of independent dental hygiene practice. *Journal of Dental Hygiene*, v. 74 n.4, p.261-70, 2000.
- 11 MCCOMBS G. Dental hygienist's contributions to improving the nation's oral health through school-based initiatives from 1970 through 1999: a

- historical review. *Journal of Dental Hygiene*, v.81, n.2, p.52. 2007.
- 12 QUELUZ D. Dental auxiliary: Occupational structure and qualification. *Revista da ABO Nacional*, v.16, n.4; p.222-229, 2008.
- 13 PUCCA J. A política nacional de saúde como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11 n.1, p. 243-246, 2006.
- 14 STARFIELD B, SHI L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, v.60, n.3, 201-18, 2002.

4 ARTIGO 1

EXPLORANDO O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

EXPLORING THE PROFESSIONALIZATION AMONG ORAL HEALTH TECHNICIANS IN BRAZIL.

Artigo redigido de acordo com as normas do periódico *Human Resources for Health*
(ANEXO 3)

Carla Aparecida Sanglard-Oliveira

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

carlinhasanglard@yahoo.com.br

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

mfurquim52@gmail.com

Simone Dutra Lucas

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

sdlucas@uai.com.br

Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

maurohenriqueabreu@ig.com.br

Autor de correspondência

Resumo

As primeiras experiências com a higienista dental datam do princípio do século XX, nos Estados Unidos, e rapidamente estendem-se à Europa e a outros países do mundo. No Brasil, os Técnicos em Saúde Bucal (TSBs), cuja ocupação tem perfil semelhante ao das higienistas dentais, tiveram uma longa trajetória até alcançar sua legalidade. Somente no ano de 2008, foi sancionada a lei nº 11.889, que regularizou essa ocupação no país. Nesse artigo, pretende-se analisar os fatores diversos que impactaram a favor ou contra a “profissionalização” dos TSBs, a fim de circunstanciar os passos evolutivos desse percurso e as decorrências sobre sua atividade prática. Percebe-se que houve vários interesses corporativos da odontologia influenciando o processo de legalidade do TSB, principalmente quando se debate sua atuação dentro da cavidade bucal do paciente. Com o avanço da Atenção Primária no Brasil, retoma-se a importância desses profissionais. Esse fato parece ser um ponto chave para a consolidação dos TSBs no cenário dos recursos humanos para a saúde no Brasil.

Palavras-chave: Pessoal Auxiliar em Odontologia, Técnicos em Saúde Bucal, Profissionalização

Abstract

The profession of dental hygienist emerged in the early 20th century in the United States and quickly spread to Europe and other regions of the world. In Brazil, however, oral health technicians (OHTs), which have a similar profile as that of dental hygienists, had a long journey before the occupation achieved legal status, as Brazilian law 11.889, which regulates this occupation in the country, was only sanctioned in 2008. This paper analyzes the diverse factors that have impacted either for or against the outcome of OHT professionalization in order to circumstantiate the progress of this journey and the consequences for the practice of the activity. A number of different corporative interests in dentistry exerted an influence over the “professionalization” process of the OHT, especially in discussions regarding the actions of these professionals in the oral cavity of patients. With the advancement of Primary Health Care in Brazil, the importance of these professionals was once again taken up. This seems to be a key point for the consolidation of OHTs in the realm of human resources for health in Brazil.

Keywords: Dental Auxiliary Personnel, Oral Health Technicians, Professionalization

INTRODUÇÃO

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) é um “profissional” auxiliar no setor saúde do Brasil, especificamente no âmbito da saúde bucal. Como as demais categorias auxiliares em saúde, os TSBs foram criados com o objetivo de racionalizar o trabalho e aumentar sua produtividade e qualidade, visando ao desenvolvimento científico-tecnológico e às mudanças nas práticas e nos modelos de assistência. A incorporação desses trabalhadores permitiu tanto o aumento da cobertura quanto a modificação no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde [1].

No Brasil, os TSBs ganharam maior destaque por compor a Equipe de Saúde da Família, criada a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) [4]. Essas equipes trabalham com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde, como, por exemplo, a integralidade à saúde [5], constituindo uma estratégia de organização dos serviços de saúde no país [6]. Há um relativo consenso internacional sobre a vantagem dos sistemas públicos baseados na Atenção Primária à Saúde [7].

Apesar da importância desse recurso humano, somente no ano de 2008, a ocupação do TSB foi legalizada no país, através da lei nº 11.889 do governo federal brasileiro [8], o que pôs fim a uma longa trajetória de esforços pelo reconhecimento legal dos Técnicos em Saúde Bucal.

A identidade “profissional” do TSB (anteriormente denominado Técnico em Higiene Dental - THD) permaneceu comprometida durante a longa história de consolidação dessa ocupação no Brasil. Enquanto as atividades de uma determinada profissão não são parametrizadas por dispositivos legais, prevalece-se um espaço aberto e isento de princípios balizadores que estabeleçam o perfil ideal para seu preenchimento. Nesse caso, qualquer cidadão pode ocupar essas funções, pois,

segundo o princípio constitucional brasileiro para o livre exercício do trabalho, ofício ou profissão [9], basta que ele atenda às qualificações profissionais que a lei estabelecer. Se a lei não estabelece os requisitos, não há fundamentação legal para a proteção daqueles que se habilitaram por meio de cursos ou por experiência técnica.

Diante do exposto, objetiva-se realizar uma revisão narrativa de literatura sobre a profissionalização do TSB, buscando destacar os aspectos desencadeadores, limitadores e conflitantes que influenciaram a evolução histórica desse recurso humano no Brasil.

A pesquisa foi realizada em artigos científicos divulgados e indexados no *Pubmed*, *Medline* e *Scielo*, além de dissertações de mestrado, teses de doutorado e bibliografias do tema estudado, como capítulos de livros e legislação oficial. Nesta pesquisa, foram encontradas referências entre os anos de 1949 e 2009. Buscou-se selecionar apenas a produção referente ao Técnico em Saúde Bucal.

REVISÃO DE LITERATURA

Considerações sobre o processo de profissionalização

O processo de profissionalização de um determinado grupo ocupacional constitui-se em temática explorada especialmente pela sociologia do trabalho. Essa área considera as relações sociais, econômicas e políticas presentes, as quais influenciam, entre outros aspectos, o comportamento do mercado de trabalho, o equilíbrio da oferta e demanda de trabalhadores, e a flexibilização dos vínculos empregatícios [10].

O que define o status de uma profissão é o domínio de um grupo sobre um padrão organizacional de trabalho. Além disso, deve haver poder e autonomia na determinação de quem é qualificado para realizar, com exclusividade, um conjunto de tarefas, controlando os critérios para limitar seu próprio trabalho. No entanto, esse poder e autonomia somente existirão quando legitimados pela sociedade e regulamentados por lei [11].

Sendo assim, uma profissão é uma ocupação autorregulada que exerce uma atividade especializada, fundamentada numa capacitação ou formação específica, com forte orientação para o ideal de servir à comunidade, norteadas por princípios éticos e profissionais definidos por ela mesma. Portanto, a noção de profissão está intrinsecamente vinculada à idéia de uma atividade humana que, mediante conhecimento especializado, atua em determinado “fim social”. A autorregulação e a autonomia prevalecem nessa relação e permitem que a profissão tenha a “autonomia” para recriar realidades [12, 13, 65].

Em relação ao Técnico em Saúde Bucal, essas relações de poder e autonomia são ainda mais complexas, devido ao fato de suas atividades serem reguladas por outro profissional - o cirurgião-dentista. Esse tipo de relação interprofissional é considerado como uma dependência profissional por parte dos considerados “básicos” (*outsiders*) em relação à autoridade da profissão estabelecida (*established*), tendendo a manter o aprisionamento dos primeiros, [14].

O fenômeno central na vida de uma profissão é o vínculo existente entre a profissão e o seu trabalho, que se denomina “jurisdição”. A conquista dos direitos exclusivos para atuar sobre uma jurisdição é obtida pela competição em espaços distintos, denominados de “arenas”. Abbott (1988) descreve três arenas principais, nas quais as profissões devem reclamar o domínio sobre a jurisdição: (i) a arena do sistema

legal que, em geral, confere controle formal sobre o trabalho profissional; (ii) a arena da opinião pública, na qual as profissões constroem imagens que influenciam e pressionam o sistema legal a seu favor; (iii) e a arena do espaço do trabalho, na qual o controle do campo de fato se realiza, e onde podem ocorrer distorções sobre os limites oficiais da jurisdição impostos legalmente e publicamente. Em outras palavras, o que foi definido por lei pode, na realidade do local de trabalho, ser contrariado, obedecendo a outras determinações culturais e sociais. Dessa forma, um problema importante para qualquer profissão é a conciliação da sua posição pública com a sua posição no espaço de trabalho. Assim, se ela não tiver crédito suficiente junto à opinião pública, ela dificilmente terá domínio sobre sua jurisdição no espaço de trabalho, mesmo que lhe esteja legalmente assegurado o direito exclusivo sobre a jurisdição [15].

Ao analisarmos o processo de competição existente entre os diversos grupos ocupacionais em torno do campo jurisdicional da odontologia, podemos recorrer particularmente ao modelo de profissionalização do TSB elaborado por Abbott (1988), cuja teoria se baseia na existência de uma permanente disputa pela conquista das jurisdições profissionais, com vistas ao monopólio de um determinado campo de trabalho. As disputas internas no campo da odontologia ocorrem entre grupos ocupacionais distintos, principalmente porque essa jurisdição é geralmente compartilhada com ocupações subordinadas. Nesse contexto, os CDs tendem a delegar aos TSBs funções que lhes trazem menos status, como ações de promoção de saúde, caracterizando o modelo dominante de profissionalismo sustentado pelo monopólio ocupacional, o que garante a proteção de órgãos formais do conhecimento e da profissão de CD [65].

O surgimento de recursos humanos auxiliares na odontologia mundial e no Brasil

No caso da odontologia, existem pelo menos duas razões históricas para o desenvolvimento e expansão do pessoal auxiliar nos serviços de saúde: a primeira é a “liberação” de profissionais, cada vez mais especializados, das funções mais simples (mas não menos importantes) do trabalho odontológico; a segunda está relacionada à necessidade de expansão dos serviços de odontologia a um custo menor, tendo em vista os problemas crescentes de saúde bucal. Mais recentemente, o aumento da utilização de pessoal auxiliar em odontologia está relacionado ao uso crescente e diversificado de medidas preventivas e educativas. Esse processo de mudança de modelo, em que se busca criar e consolidar um novo sujeito da prática odontológica, a *Equipe de Saúde Bucal*, exige um profissional capacitado a oferecer serviços de forma ativa, dinâmica e em equipe. A eficiência de tal equipe (cirurgião-dentista e pessoal auxiliar) depende da habilidade de cada um de seus membros de aplicar as suas qualificações pessoais, subordinando seus interesses pessoais e sua atividade ao rendimento da equipe [16, 17, 18].

Na odontologia, o surgimento de auxiliares pode ser tão antigo como a própria prática profissional, mas a inclusão do auxiliar “profissionalizado” aconteceu em um contexto internacional de expansão do capitalismo, de divisão técnica de trabalho, e de especialização, sob uma perspectiva de otimização utilitária dos meios para o aumento da produção, ainda que também por motivos de desoneração de encargos [1, 19, 20].

Desde a metade do século XIX, nos Estados Unidos, auxiliares já trabalhavam com o cirurgião-dentista [21]. Em 1907, uma lei em Connecticut criou a profissão do higienista dental como um auxiliar do dentista. A legislação da época criou, no país, o primeiro auxiliar no campo odontológico com personalidade jurídica, permitindo que pessoas especialmente treinadas pudessem examinar, raspar e polir os dentes

sob a supervisão dos cirurgiões-dentistas, assim como instruir sobre a higiene bucal [22].

Alfred Fones, “pai da higiene dental”, provou os benefícios do trabalho do auxiliar em odontologia com seus próprios pacientes. Descobrimo que não seria capaz de realizar todos os procedimentos necessários, ele mesmo treinou sua assistente para realizar tais tarefas. A partir daí, estabeleceu-se, no ano de 1910, no *Ohio College of Dental Surgery*, o primeiro programa de treinamento para mulheres jovens, que foram nomeadas de “higienistas dentais” [21, 23].

O perfil de atuação dos auxiliares em odontologia no mundo é extenso, mas sua utilização, embora realizando serviços definidos, nem sempre foi aceita com entusiasmo. Frequentemente, houve polêmica sobre suas competências, as funções que lhes devem ser atribuídas e suas formas de educação [24, 25, 26].

A bem-sucedida experiência americana fez com que a Nova Zelândia, na década de 1920, começasse também a utilizar “profissionais” que melhorassem a saúde bucal naquele país. A enfermeira dental na Nova Zelândia, “profissão” atualmente denominada de terapeuta dental, apareceu no cenário do trabalho como uma auxiliar de saúde bucal. Assim como nos EUA, tais “profissionais” teriam uma atuação sobre populações infantis. Surgiam, dessa maneira, as enfermeiras dentais: mulheres que, após um curso de formação de dois anos, atuavam em programas do governo voltados para escolares. Porém, seu trabalho era bem mais abrangente do que o das higienistas, pois, entre outras ações, elas faziam a restauração de dentes cariados e aplicavam anestesia local. Enquanto as higienistas americanas eram essencialmente cuidadoras, as enfermeiras dentais podiam ser consideradas operadoras, porque faziam restaurações sob supervisão indireta do dentista [27].

Com o apoio da Organização Mundial de Saúde, a proposta da Nova Zelândia se espalhou por vários países da Ásia e África, chegando até a América Latina. No Paraguai, em 1927, vários homens das Forças Armadas, através de um programa de formação de trabalhadores qualificados, foram treinados para fazer preparo cavitário, restaurar e extrair dentes, e aplicar anestesia local, entre outras funções. Eles eram originalmente formados para o atendimento de pessoal militar, sob supervisão do cirurgião-dentista. Nas décadas de 1960 e 1970, a Colômbia, o México e a Venezuela também iniciaram esse programa, porém com nomenclatura e atribuições diferentes. Diversos outros países no Sudoeste Asiático, desde os anos 1950, também lançaram mão desse recurso humano para o enfrentamento de seus problemas com a saúde bucal da população. Nas décadas seguintes, houve uma rápida expansão da utilização de pessoal auxiliar operatório em todo o continente americano, com diferentes características e propostas de utilização, variando de acordo com os países ou regiões, e com contínuas resistências e restrições por parte da corporação odontológica [1, 28].

Havia, também, um tipo de auxiliar [29] cuja função básica era a de instrumentar o cirurgião-dentista durante o atendimento clínico. Essa profissional, denominada de instrumentadora dental, surgiu nos Estados Unidos, na década de 1940, objetivando o incremento da cobertura assistencial.

Alguns estudos em Woonsocket, R.I., iniciados em 1945, e em Richmond, Indiana, em 1946, abordaram as atividades de auxiliares em programas de saúde bucal para escolares, denominados de sistema incremental. Esses estudos afirmavam que o uso de duas auxiliares, uma fixo ao lado do dentista ("chair side assistant") e outra móvel ("roving assistant"), encarregadas de assegurar o fluxo de pacientes, o trabalho de esterilização e demais operações de rotina, seria uma melhor forma de divisão de trabalho [30, 31].

Considera-se como marco referencial do auxiliar técnico a experiência nos anos 1950, no Estado de Massachusetts, proposta por Dunning (1958). Ele implantou na *Forsyth Dental Infirmary for Children*, em Boston, o treinamento de higienistas dentais para que elas, além de suas funções, atuassem como operadoras, inserindo material restaurador em cavidades preparadas pelos cirurgiões-dentistas. Dunning alegava que se o modelo de Richmond e Woonsocket, com o uso de duas auxiliares (uma fixa ao lado do dentista e outra móvel), já garantia grande produtividade, a introdução de um técnico operador, restaurando cavidades previamente preparadas, aumentaria em 50% ou mais a já aumentada produtividade [23].

Ainda que a experiência estivesse restrita ao âmbito interno de uma instituição, a *American Dental Association* (ADA) atuou fortemente para influenciar a proibição da experiência, o que acabou acontecendo poucos anos depois, a despeito dos incentivos iniciais do governo para estudos de aumento de produtividade e utilização de auxiliares com maiores delegações de funções.

Dunning (1990) discute as razões da resistência dos cirurgiões-dentistas americanos em aceitar delegações para auxiliares assemelhadas à enfermeira dental, mesmo que esta última tenha demonstrado sucesso técnico e aprovação dos cirurgiões-dentistas na Nova Zelândia. Ele afirmou que um grande número de cirurgiões-dentistas americanos estava convencido de que o treinamento abreviado era limitado e proporcionaria um tipo de assistência inferior, apesar de evidências contrárias já descritas em pesquisas. Eles também temiam que a admissão de auxiliares com um treinamento abreviado constituiria uma ameaça à autonomia profissional ou à integridade do cirurgião-dentista, o qual se tornaria responsável pelos erros ou má-prática das auxiliares. Dunning contra-argumentou que para contornar isso, bastava-se que os cirurgiões-dentistas aprendessem a ser “capitães do time” e excelentes supervisores [32].

A higienista dental americana foi, então, a matriz primeira para organização dos modelos básicos de ocupações auxiliares com atuação direta na cavidade bucal: os do tipo higienista dental *stricto sensu* e os do tipo enfermeira dental. A primeira, que se poderia denominar de “cuidadora”, era treinada para educação e prevenção; e a segunda, que se poderia chamar de “operadora”, tinha o foco principal na assistência clínica, ainda que atuasse também na educação e prevenção de saúde. A higienista dental americana também foi a matriz para a organização do modelo que é uma mistura dos dois tipos citados, os chamados “técnicos”.

Foi o surgimento desses auxiliares em odontologia que fizeram com que a “profissão” de Técnico em Saúde Bucal começasse a germinar no Brasil.

A situação sanitária do Brasil, nos anos 1940, era precária. Mais de 80% da população brasileira vivia em centros com menos de 10.000 pessoas, que tinham pouca ou nenhuma acessibilidade aos serviços de saúde e saneamento. A grande maioria da população servia-se de água não tratada. A falta de facilidades para o destino adequado dos esgotos era um fator de risco constante para a saúde. Nas grandes cidades, onde havia melhores condições, as disponibilidades somente se destinavam àqueles que podiam pagar por seus serviços [33]. Doenças e mortes acarretavam grandes perdas humanas, e faltavam profissionais de todos os tipos para a saúde.

É nesse contexto nacional que, no ano de 1942, se estabelece o programa de cooperação em saúde e saneamento entre Brasil e Estados Unidos da América. Durante a Segunda Guerra Mundial, é organizado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP tinha como principal meta, naquele momento, sanear a Amazônia, por conta da escassez de matérias-primas estratégicas no cenário mundial (borracha e minério de ferro) que eram primordiais para o esforço de guerra

americana. Entre 1950 e 1959, houve uma maior expansão territorial do serviço, e o SESP estendeu sua atuação a quase todo o Brasil, adquirindo características de uma fase nacional de seus trabalhos [34].

Os quatro pilares de sustentação do projeto de saúde pública do SESP no Brasil foram: capacitação de pessoal de saúde; educação sanitária; estabelecimento de uma rede horizontal integrada de unidades de saúde sanitária; e expansão dessa rede pelos departamentos estaduais de saúde. De início, pretendia-se que fosse uma agência provisória, responsável por políticas sanitárias pontuais. O órgão, no entanto, existiu por 48 anos. Até 1960, o SESP atuava com autonomia em relação ao Ministério da Saúde (MS), o que gerava grandes polêmicas. Nesse ano, cessou-se o último contrato com os Estados Unidos e o Serviço foi transformado na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) [34, 35].

Desde o início de suas atividades, o SESP ocupou-se com a educação para a saúde, tendo concentrado seus esforços em atividades de propaganda sanitária. Ele utilizou, em larga escala, cartazes, folhetos e filmes obtidos em fontes muito reduzidas [36]. A higiene dentária não ficou de fora das ações de educação em saúde propostas pela instituição.

Na década de 1950, o SESP promoveu uma profunda mudança na assistência odontológica do país e, de certa forma, fez emergir os serviços de saúde bucal no âmbito das políticas públicas. A principal ferramenta utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi o denominado Sistema Incremental. Esse método de trabalho visava o atendimento dental de escolares, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-as sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas. O atendimento assinalava a previsão de uma ação horizontal por meio

de um programa preventivo, o qual controlaria a incidência das doenças bucais (cárie, principalmente), e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornecia apoio a essas ações [37, 38]. Uma de suas proposições, também, foi a formação e utilização de recursos humanos auxiliares.

A primeira experiência brasileira com profissionais auxiliares em odontologia se deu nos anos 1950, quando o SESP propôs que a Auxiliar em Higiene Dentária (AHD) atuasse no controle da cárie, através da aplicação tópica de fluoretos e educação em saúde bucal. Essa categoria profissional era uma legatária da auxiliar americana, com um menor número de delegações, concebida como uma espécie híbrida de instrumentadora e higienista, sem alcançar as atividades operadoras das enfermeiras dentais.

O SESP se inspirou no programa incremental da Nova Zelândia, mas não fez o mesmo com relação às suas auxiliares. Ele preferiu treinar e utilizar a AHD com funções bem mais limitadas, por cautela e medo da reação corporativista odontológica. O assunto foi visto como tabu, e a AHD foi o máximo que se admitiu, de forma a não imputar acusações de que o Serviço Especial treinava dentistas práticos [39, 40]. Nesse momento, a odontologia brasileira já estabelecia sua jurisdição [15], apesar de a mesma ainda não possuir lei específica para o exercício da profissão de cirurgião-dentista no Brasil, o que dificultava ainda mais a atuação profissional de pessoal auxiliar técnico.

A utilização da AHD possibilitaria atender e educar um maior número de pacientes, bem como um aumento proporcional de rendimento do cirurgião-dentista na unidade de tempo, com uma substancial economia para o Serviço. Pela primeira vez no Brasil, utilizou-se nos serviços públicos a chamada técnica de “odontologia a quatro mãos”. Embora utilizada de forma rudimentar, a prática representava um avanço

para a época, pois pouquíssimos serviços se utilizavam dela. Nos serviços odontológicos da área de serviço público e privado, geralmente o cirurgião-dentista trabalhava só, sem utilizar adequadamente o apoio da mão de obra auxiliar [41].

Tendo seu apogeu durante a época mais obscura da ditadura militar (1968-1978), o Sistema Incremental entrou em declínio nos anos 1980. Esse sistema tornou-se ineficaz, na medida em que foi transformado em receita ou padrão a ser reproduzido acriticamente, e devido à falta de recursos e à ausência de enfoque epidemiológico dos programas, em contextos de precariedade gerencial [25].

O TSB no Brasil de 1970 aos dias atuais

A partir do final da década de 1970, surgem novas alternativas em substituição à odontologia sanitária (Sistema Incremental) como, por exemplo, a odontologia simplificada. Esta última segue o movimento da Medicina Comunitária (ou simplificada), com a proposta de aumentar a produtividade e ampliar a cobertura com menor custo, através da simplificação de técnicas, equipamentos e recursos humanos. Ela tem a proposta de incorporar, nos serviços públicos de saúde, medidas preventivas e educativas às curativas, tentando aprimorar o modelo flexneriano. A odontologia simplificada traz importantes rupturas, principalmente na incorporação de práticas alternativas e no trabalho em equipe, como a incorporação de profissionais, principalmente nos serviços públicos, conhecidos na época como Técnicos em Higiene Dental (THD). Nesse momento, houve uma intensificação da formação desse recurso humano no Brasil, incentivada pela Organização Pan-Americana de Saúde [43, 44].

As pressões da população para conseguir acesso aos serviços odontológicos fizeram com que, sobretudo a partir dos anos 1970, o Estado Brasileiro, em

diferentes níveis de governo, ampliasse a oferta de serviços odontológicos públicos [44].

Em 1971, foi efetivada a Reforma do Ensino de 1º e 2º Graus, que instituiu um novo ensino de 2º grau, universal e compulsoriamente profissional, por meio da lei nº. 5.692 [45]. “O Brasil precisa de técnicos” era o lema da política educacional da ditadura. O objetivo era que todos os alunos obtivessem, no 2º grau, uma habilitação como técnico ou auxiliar técnico. Assim, foi atribuída a profissionalização universal e compulsória ao 2º grau, com o objetivo de qualificar mão de obra especializada a fim de conter a demanda de candidatos para o ensino superior. Isso visava encaminhá-los para um mercado de trabalho supostamente desprovido de profissionais habilitados. Dessa forma, o mercado de trabalho os absorveria [46].

A origem do THD (antiga denominação do TSB) no Brasil esteve nas mãos burocrático-autoritárias da ditadura militar. Foi editado o parecer nº 460/75, definido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pelo antigo Conselho Federal de Educação (CFE), que instituiu as definições para a formação do THD. Foram esses órgãos que, ao definirem o THD, descreveram suas atribuições, os requisitos essenciais para o exercício da função e os currículos de seus cursos de formação [47]. O Parecer, importante pela “invenção” do THD, foi uma definição tecnocrática dessa ocupação concebida sob inspirações amalgamadas, norte-americanas e neozelandesas. Nesse momento, apesar da inexistência de uma lei federal, há uma regulamentação para o exercício da ocupação do THD no Brasil.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), na década de 1980, definiu normas para a habilitação ao exercício do THD e para sua inscrição nos Conselhos Regionais de Odontologia [48].

O conteúdo desse documento trouxe diversas considerações para a justificativa de sua edição, argumentando que, após o parecer nº 460/75, não havia ainda regulamentação dos THDs pelo Congresso Nacional através de lei, o que motivava o CFO a continuar propugnando pela efetiva regulamentação das referidas ocupações. Considerou-se, também, a existência de cursos de formação já em funcionamento no país, o lançamento de um número considerável desse pessoal no mercado, a falta de mecanismos de disciplinamento para o exercício profissional, e a grande preocupação reinante, então, na categoria odontológica sobre esse assunto.

É importante dizer que o CFO não tem poder para legislar sobre tal matéria, embora tenha procurado regulamentar a atuação dos THDs, juntamente com os órgãos educacionais brasileiros vigentes na época. Mas somente a União, por meio da lei, “poderia” estabelecer as qualificações e condições para o exercício profissional do TSB, tal como ocorreu posteriormente em 2008, quando foi sancionada a lei nº 11.889 [8, 48].

Na segunda metade da década de 1980, algumas associações se posicionaram, em caráter nacional, contrariamente à regulamentação da “profissão” de THD e pediram a extinção dos cursos existentes. Seus seguidores alegaram que, além de degradarem a odontologia, os técnicos dariam ensejo ao serviço público para diminuir cada vez mais o mercado de trabalho do cirurgião-dentista. Esses seguidores também afirmaram que aquilo era um estímulo à formação de falsos profissionais, o que colidia frontalmente com a dignidade da profissão de cirurgião-dentista [49]. Essa posição gerou, no mesmo ano, um “Manifesto de Repúdio” divulgado pelas entidades que defendiam a inserção dos THDs na equipe odontológica. Isso nos remete à teoria de Abbott (1988) de que na odontologia, há uma permanente disputa pela conquista das jurisdições profissionais, no caso entre

técnicos e cirurgiões-dentistas, com vistas ao “monopólio” de um determinado campo de trabalho.

Um dos fatores desencadeadores da legitimação profissional dos Técnicos em Saúde Bucal no Brasil foi o papel exercido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) [4, 50], criado na Constituição da República de 1988 [9], durante o processo de redemocratização do país, e regulamentado posteriormente através da Lei Orgânica da Saúde [51, 52]. Esse sistema de saúde preconiza o desenvolvimento de recursos humanos para a profissionalização do trabalhador da rede de Atenção Primária, no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional.

No Brasil, como forma de consolidação do SUS, é adotado o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF), operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas da saúde. A ESF segue os atributos fundamentais da Atenção Primária à Saúde, como a acessibilidade, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção [5].

Especificamente em relação à odontologia, observou-se uma sensível intensificação da formação e contratação de pessoal auxiliar para o setor público, principalmente a partir da inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, trazendo uma nova perspectiva para a consolidação legal da “profissão” [53]. A ESF, que envolve uma equipe multiprofissional, assume a responsabilidade por uma área geográfica definida, onde desenvolve ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.

A inclusão do Técnico em Saúde Bucal é um fator facilitador para a ESF, no sentido de obter maiores ganhos de saúde para a população, melhorar as condições de saúde bucal dos brasileiros e orientar as práticas de atenção à saúde bucal,

consoante ao preconizado pelo SUS. Essa inclusão também facilita o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas ESFs às ações de promoção e de prevenção, bem como àquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal [54].

Para a normatização da Atenção Primária como modelo assistencial no Brasil, foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, que reuniu em um único documento todos os aparatos necessários à organização dos serviços de saúde. Nesse, manteve-se a estrutura anterior de Equipes de Saúde Bucal, permanecendo a inclusão do THD. É importante destacar que essa política fornece um incentivo financeiro para os municípios brasileiros incorporarem o TSB em sua Equipe de Saúde Bucal [55].

Em relação à odontologia, a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, foi apresentada em 2004. Ela reúne uma série de ações em saúde bucal voltadas para cidadãos de todas as idades, e objetiva englobar tanto as ações preventivo-promocionais quanto as ações de assistência clínica, pensando na saúde bucal como um modelo de atenção composto por diversos níveis [6, 56].

O Brasil Sorridente propõe um trabalho conjunto entre as ESBs, nas quais o TSB está inserido, e as Equipes de Saúde da Família. O Brasil Sorridente ainda objetiva viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas nos municípios, entre outras ações coletivas de saúde.

Nesse contexto, a inserção do TSB, um tipo de auxiliar odontológico de nível médio, na Equipe de Saúde Bucal dentro da ESF representa um elemento chave para contribuir com as ações assistenciais e com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, num cenário de marcada prevalência de cárie dentária e edentulismo, principalmente entre adultos [56].

A lei nº 11.889: que “profissionalização”?

Não podemos deixar de citar a importância de se definir um referencial do dia-a-dia para os trabalhadores em saúde bucal. Isso exige o esforço da construção de uma identidade por meio de uma ação reguladora institucional. As novas tecnologias, o aumento da complexidade organizacional e o crescimento das demandas sociais reforçam a necessidade do desenvolvimento profissional através da regulamentação dos campos de atuação específicos dentro do local de trabalho [47].

Baseando-se nessa afirmação, discutem-se, a seguir, os motivos que levaram à demora da aprovação da lei dos TSBs no Brasil e seus principais pontos de discussão na atualidade.

No ano de 1989, o primeiro projeto de lei proposto ocasionou importantes movimentações apoiadas por entidades sindicais. Outras propostas foram sendo elaboradas até que, em 1993, um novo projeto de lei foi apresentado e aprovado pelo Congresso Nacional. Entretanto, ele foi vetado pelo Presidente da República. Argumentações contrárias ao projeto alegaram que a regulamentação de tais profissões restringiria o mercado de trabalho, delimitaria o campo de ação, desmotivaria o aperfeiçoamento profissional e impediria a plena liberdade contratual. O veto se baseou no fato de que o projeto incorria na excessiva regulamentação de uma atividade que não implica conhecimentos avançados. Sua aplicação determinaria a desnecessária criação de mais um conselho de categoria, com formação nova e restritiva reserva de mercado [57]. Entretanto, admite-se que a razão substantiva do veto não veio a público por razões que ainda precisariam ser esclarecidas [42].

O veto deveu-se, provavelmente, à decisão do Conselho Federal de Odontologia que, no mesmo ano de 1993, restringiu teoricamente as atribuições do então

denominado THD, principalmente "para evitar a superposição de atividades entre este e o cirurgião-dentista". Tal medida foi reforçada pela postura corporativista e mercantilista dos dirigentes da categoria daquele momento [58].

Até o ano de 2008, outros projetos de leis foram sendo elaborados e modificados com vistas à legalização dos TSBs. Entretanto, esta só veio mesmo em 2008 [8], mais de 30 anos após a criação das funções e a regulamentação educacional através do parecer nº 460/75. Podemos questionar quais foram os motivos para isso. O grande problema parece ser uma luta corporativa por competências. A questão começa sempre que se permite que outro profissional, que não o cirurgião-dentista, tenha acesso à cavidade bucal dos pacientes. Nos EUA, quando as higienistas surgiram, elas não foram facilmente aceitas. Tampouco foi fácil para as enfermeiras dentais da Nova Zelândia. No Brasil, as corporações também atuaram, desde os anos 1940, para restringir as atividades desses trabalhadores.

A partir da experiência de Dunning (1958), confirmada em dezenas de outras experiências posteriores ao longo das décadas que se seguiram, considerou-se como tipo ideal o técnico que está habilitado para os procedimentos de inserção de materiais em cavidades dentais previamente preparadas por cirurgiões-dentistas, condensação, escultura, acabamento e polimento das restaurações [23].

A ausência de qualquer etapa do procedimento restaurador citado implicaria em debilitação técnica, o que retiraria do TSB brasileiro representatividade para comparação com os experimentos consagrados internacionalmente. De acordo com a lei nº 11.889 [8], o TSB pode fazer apenas a inserção e condensação de materiais restauradores em cavidades preparadas pelo cirurgião-dentista, ou seja, há uma fragmentação do trabalho e uma interrupção de sua direcionalidade técnica, caracterizando um menor contato do TSB com a cavidade bucal do paciente,

defendendo, assim, interesses corporativistas. Essa é a única atividade operatória delegada ao TSB que se assemelha às atividades das enfermeiras dentais da Nova Zelândia. A habilitação, como redigida, pode resultar em tempo perdido, posto que não libera o cirurgião-dentista para se ocupar de outra atividade.

Também no campo dos procedimentos preventivos individuais, a atribuição “fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista”, sentença uma substancial discussão da lei nº 11.889. Biofilme consiste de depósitos dentários formados por microorganismos e polímeros extracelulares; a lei, como redigida, não especifica a consistência desses depósitos, os quais podem ser mineralizados ou não [59], gerando discussão acerca da legalidade sobre a remoção de cálculos pelos TSBs, o que cria outra fragilização da lei.

Para os procedimentos coletivos, a lei deixa explícita uma ampla utilização do técnico. Sob a frase “participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais”, a lei cria condições de atuação do TSB como multiplicador e até mesmo supervisor, uma vez que não se impõe vedações específicas. Entretanto, nas atividades em que os TSBs atuam diretamente na cavidade bucal, a supervisão direta do cirurgião-dentista é indispensável.

Esta última questão nos remete sobre a real profissionalização dos TSB. A autonomia apresenta-se como um importante atributo de uma profissão. Isso significa dizer que o profissional exercerá a autoridade em seu campo de trabalho, podendo agir sem interferências de outros. Além disso, é dada a uma profissão o direito de controlar o próprio trabalho, de se autorregular [13]. Autonomia e autorregulação não acontecem no caso dos TSBs no Brasil, que exercem seu trabalho dependente da supervisão direta e da ação do cirurgião-dentista em várias

situações. Isso, portanto, não lhes dá meios para serem considerados profissionais livres.

Poder e autonomia somente existirão por parte de uma “profissão” quando esta estiver legitimada pela sociedade e regulamentada por lei [11]. No caso do TSBs, nem mesmo esse tipo de regulamentação parece ter possibilitado essa existência.

Nos EUA, em alguns estados, existe “permissão” para que as higienistas dentais executem procedimentos clínicos sem a supervisão do cirurgião-dentista. Elas podem até montar seus próprios consultórios, onde se tornam prestadoras, exclusivamente, de serviços de higiene bucal. Na lei nº 11.889, é vetado ao TSB exercer a atividade de forma autônoma.

A existência da legislação pode ser vista como um avanço, uma vez que impede a remoção de funções dos TSBs. Por outro lado, a complexidade que envolve a modificação de uma legislação pode dificultar que, com avanços do conhecimento científico, novas funções possam ser estabelecidas para essa ocupação.

É importante destacar também que os TSBs, embora regulamentados, não têm direito de voto no Conselho no qual estão inscritos, e nem mesmo possuem um sindicato próprio, fato que reflete, mais uma vez, o monopólio dos cirurgiões-dentistas no campo da odontologia no Brasil. Nos EUA, por exemplo, as higienistas dentais estão organizadas em associações por todos os estados e, desde 1923, possuem uma associação nacional que luta pelos seus direitos. Elas possuem ainda jornais e publicações próprias e participam de congressos e seminários, recebendo total apoio dos dentistas através da Associação Dentária Americana (ADA). Na Inglaterra, Canadá e Austrália, essa situação não é diferente [1, 2, 22, 60]. Entretanto, todas essas características não fazem, necessariamente, dessa

categoria uma “profissão”, só demonstram sua maior “liberdade” em relação aos TSBs.

Saúde Pública: um importante campo de inserção para os TSBs

Do final dos anos 1970 até o início dos anos 1990, frente às consequências da crise da previdência no Brasil, sob marcadas influências da Carta de Alma Ata e do paradigma da Promoção da Saúde e sob as influências do movimento da Reforma Sanitária e da conseqüente criação do SUS, o movimento de consolidação profissional dos TSBs significou uma importante mudança na organização do trabalho em saúde bucal. A respeito desse período, há pouca produção bibliográfica sobre a profissionalização do TSB.

No entanto, naquele momento histórico, o novo perfil proposto e o processo de incorporação dos TSBs nos serviços públicos de saúde podem ser traduzidos como um esforço tanto de construção de um novo fazer odontológico no campo da saúde pública, quanto de sua inserção no modelo de atenção proposto pelo SUS [61]. Esse processo significou a possibilidade de se ampliar a oferta de serviços de natureza clínica, além de ter sido, com a estruturação do trabalho em equipe, um marco importante na reorganização do processo de trabalho em saúde bucal. [62].

O processo de profissionalização dos TSBs foi marcado por conflitos ideológicos internos na categoria odontológica que questionaram a competência desses profissionais para o exercício de intervenções técnicas na cavidade oral [42]. Ao mesmo tempo, sua incorporação na Equipe de Saúde Bucal inicialmente resultou em um modelo produtivista, com o predomínio das ações clínicas como foco principal da prática [61, 63]. Entretanto, com o avanço do processo de descentralização do SUS, com a reorientação do modelo de atenção na Atenção Primária, com a adoção da Estratégia de Saúde da Família, e com a edição da Portaria nº 648 em 2006,

reforçando os princípios da Atenção Primária e redefinindo funções para os diversos profissionais das equipes de saúde, um novo horizonte se descortinou para todos os setores que compõem o SUS [55, 64]. A partir de então, a importância desses “profissionais” no âmbito da Saúde Pública, realizando ações ampliadas de saúde, passou a ser considerada um ponto chave para a consolidação dos mesmos no cenário das profissões brasileiras.

Atualmente, o grande impulsionador da formação de Técnicos em Saúde Bucal no Brasil é a Política Nacional de Saúde Bucal. Os TSBs inseridos nas Equipes de Saúde Bucal buscam consolidar a prática em saúde voltada para a humanização da atenção, tendo o cuidado e o vínculo como eixo de suas ações. Assim, muito além de atuações clínicas, os TSBs têm as funções de: participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de Saúde da Família; identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal; estimular e executar medidas de promoção da saúde e atividades educativas e preventivas em saúde bucal; organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do SUS; sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas; e desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal [55].

Através de sua inserção no SUS, os TSBs têm mudado cada vez mais seu perfil de atuação. As ações dos TSBs como multiplicadores, voltadas para a promoção de saúde, trabalhando junto com uma equipe multiprofissional, ganham destaque. Isso tende a promover, junto à opinião pública, uma maior confiança nos TSBs, prestígio

social e credibilidade. Esses fatores são essenciais para a consolidação de uma profissão, segundo Abbott [15].

A seguir, encontra-se um quadro com a trajetória dos TSBs no Brasil.

Quadro 1: Trajetória dos TSBs no Brasil

Década	Tipo de auxiliar odontológico	Ações	Ideário de saúde bucal vigente
Anos 1950-60	AHD	Preventivas/Educativas Individuais	Sistema Incremental
Anos 1970-1990	THD	Preventivas/Educativas Individuais e coletivas Assistenciais restauradoras	Odontologia Simplificada
Anos 2000 até atualidade	TSB	Promoção de saúde com tendência à redução da assistência restauradora	Brasil Sorridente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A origem do TSB no Brasil não é recente, embora a regulamentação de seu exercício seja.

Desde a década de 1950, o Brasil já trabalhava com auxiliares em odontologia com perfil semelhante aos TSBs. A AHD proposta pelo SESP era um tipo de auxiliar voltado para a prevenção individual e para uma rudimentar instrumentação clínica em escolares.

A partir da década de 1970, a demanda por assistência, a simplificação de técnicas e as novas orientações ocorridas no âmbito da educação, com a implantação nos níveis médio do ensino profissionalizante, foram as principais motivações para a

emergência do parecer nº 460/75, que criou a ocupação de THD. O THD habilitou-se para funções ampliadas, com características dos três tipos básicos, uma mistura de instrumentador, higienista e enfermeira dental.

Em 1988, com a institucionalização do SUS, passou-se a exigir novas formas de planejamento, gestão e assistência à saúde. No século XXI, com a saúde bucal passando a ser incluída na Estratégia Saúde da Família, os TSBs se tornaram atores fundamentais nas ações de promoção e prevenção à saúde.

Apesar disso, a lei nº 11.889 foi aprovada somente em 2008. O que estava em jogo, desde o início do surgimento desse tipo de auxiliar no Brasil, eram os limites técnicos e corporativos de atuação do profissional de nível médio e do cirurgião-dentista. Nesse impasse, as associações e federações se dividiram. Em relação à atuação clínica, ainda há discussões sobre a remoção do biofilme e a inserção e condensação de material restaurador.

Além disso, podemos questionar se os TSBs estão realmente profissionalizados, já que só podem exercer suas atividades com a supervisão do cirurgião-dentista, seja de forma direta ou indireta. Em muitos países, essa supervisão não é necessária e os Técnicos podem ser até pessoas jurídicas, organizando seu próprio consultório e realizando as atividades específicas para as quais são delegados.

A falta de crédito suficiente junto à opinião pública também é um desafio para essa nova “profissão” de Técnico em Saúde Bucal. A população não conhece o TSB como deveria, e esse é um dos pontos fundamentais para o desenvolvimento de uma profissão. É bem provável que com a inserção cada vez mais acentuada desses profissionais no SUS, esse reconhecimento esteja mais próximo.

Não desconsiderando sua importância na ESF, diante da revisão feita, seria mais pertinente considerar que o TSB é uma ocupação regulamentada e subordinada à profissão de cirurgião-dentista.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuições dos autores

CASO desenvolveu a revisão da literatura, participou da concepção e do desenho desta revisão. MAFW participou da concepção e desenho desta revisão. SDL e MHNGA conceberam o estudo, participaram do seu desenho e coordenaram o trabalho. Todos os autores colaboraram na redação do trabalho, leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho CL: **Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia.** *Ação Colet* 1999, **2**:25-33.
2. Baltutis L, Gussy M, Morgan M: **The role of the dental hygienist in the public health sector: an Australian perspective.** *Int Dent J* 2000, **50**:29-35.
3. Cheng Y-A, Huang S-T, Hsieh S-T: **A predictive study on the role and function of the dental hygienist in Taiwan.** *Int J Dent Hygien* 2007, **5**:103-108.
4. Cornwall A, Shankland A: **Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system.** *Soc Sci Med* 2008, **66**:2173-2184.
5. Starfield B, Shi L: **Policy relevant determinants of health: an international perspective.** *Health Policy* 2002, **60**:201-218.

6. Pucca J. **A política nacional de saúde como demanda social**: *Cienc Saude Colet* 2006, **11**:243-246.
7. Pan American Health Organization – PAHO. *Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO*. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Publicado no Diário Oficial da União de 26 de dezembro de 2008. [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm]
9. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 1988. [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm]
10. Dubar C: **Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos**. *Educ Soc* 1998, **19**:13-30.
11. Freidson E: *Professionalism: the third logic on the practice of knowledge*. The University of Chicago Press; 2001.
12. Larson M: *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press; 1977.
13. Starr P: *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica; 1991.
14. Elias N, Scotson J: *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000: 165-87.
15. Abbott A: *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press; 1988.
16. Abramowitz J: **Expanded functions for dental assistants: a preliminary study**. *J Am Dent Assoc* 1966, **72**:386-391.
17. Edgington E, Pimlott J: **Public attitudes of independent dental hygiene practice**. *J Dent Hyg* 2000, **74**:261-270.
18. Queluz D: **Dental auxiliary: Occupational structure and qualification**. *Rev ABO* 2008, **16**:222-229 [Portuguese].
19. Hillam C (ed.): *The Roots of Dentistry*. The Lindsay Society. London: Br Dent J. 1990: 35-6.
20. Gelbier S: **125 years of developments in dentistry, 1880–2005. Part 2: Law and the dental profession**. *Br Dent J* 2005, **199**:470-473.
21. Haden N, Morr K, Valachovic R: **Trends in allied dental education: an analysis of the past and a look to the future**. *J Dent Educ* 2001, **65**:480-495.

22. Walls R: **Use of Auxiliary Personnel in Dental Care Programs.** *Am J Public Health Nations Health* 1949, 39:517-524.
23. Motley W: **American Dental Hygienists' Association: 50 years of growth.** *J Am Dent Assoc* 1973, **87**:1125-1131.
24. Dunning J: **Extending the field for dental auxiliary personnel in the United States.** *Am J Public Health* 1958, **48**:1059-1064.
25. Leslie G: **More about dental auxiliaries.** *Aust Dent J* 1971, **16**:201-209.
26. Narvai P: **Saúde bucal coletiva: um conceito.** *Odontol Soc.* 2001, **3**:47-52 [Portuguese].
27. Logan RK: **Dental care delivery in New Zealand.** In: Ingle JI, Blair P. International dental care delivery systems. Cambridge: Ballinger; 1978. (Chapter 5).
28. Finkbeiner B: **Four-handed dentistry revisited.** *J Contemp Dent Pract* 2000, **1**:74-86.
29. Soricelli D: **Implementation of the delivery of dental services by auxiliaries-the Philadelphia experience.** *Am J Public Health* 1972, **62**:1077-1087.
30. Law F, Johnson C, Knutson J: **Studies on Dental Care Services for School Children-First and Second Treatment Series at Woonsocket, Rhode Island.** *Public Health Rep* 1953, **68**:1192-1198.
31. Waterman G, Knutson J: **Studies on Dental Care Services for School Children-First and Second Treatment Series at Richmond, Indiana.** *Public Health Rep* 1953, **68**:583-589.
32. Dunning J: **The Future of the Dental Hygienist.** *J Public Health Dent* 1990, **50**:3-4.
33. Merhy E, Queiroz M: **Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro.** *Cad Saude Publica* 1993, **9**:177-184 [Portuguese].
34. Campos A: **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública.** *Cad Saude Publica* 2006, **23**:1237-1238 [Portuguese].
35. Peçanha A: **Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional.** *Rev FSESP* 1976, **1**:63-115 [Portuguese].
36. Bastos B: SESP-FSESP. 1942 - Evolução Histórica - 1991, 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1996. 524p.
37. Freire P: **Planning and conducting an incremental dental program.** *J Am Dent Assoc* 1964, **68**:199-205.

38. Waterman G: **The Richmon-Woonsocket studies on dental care services for school children.** *J Am Dent Assoc* 1956, **52**:676-684.
39. Chaves M: *Odontologia Social*. 3.^a edição. Ed. Artes Médicas Ltda, 1986.
40. Viegas AR, Medeiros EPG: **Formação profissionalizante a nível de 2º grau de pessoal auxiliar em odontologia.** *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1977, **31**:370-374 [Portuguese].
41. Freire A: **O real significado da fluoretação da água.** In: *Emmerich A, Freire A. Flúor e saúde coletiva: 50 anos de fluoretação da água no Brasil* 2003; 81-95.
42. Narvai P: **Recursos Humanos para a Promoção da Saúde Bucal: um olhar no início do Século XXI.** In: *ABOPREV: Promoção da Saúde Bucal*. KRIGER, L. (Coord.). 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003: 475-94.
43. Narvai P: **Da odontologia sanitária à bucalidade.** *Rev Saude Publica* 2006, **40**:141-147 [Portuguese].
44. Nickel D, Lima G, Silva B: **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil.** *Cad Saude Publica* 2008, **24**:241-246 [Portuguese].
45. Brasil. Lei nº 5.692/71 de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5692.htm].
46. Cunha L: **Ensino médio e ensino técnico na América Latina: Brasil, Argentina e Chile.** *Cad Pesquisa* 2000, **111**:47-77.
47. Brasil. Parecer nº 460, de 6 de fevereiro de 1975, MEC/CFE. 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, DF, 1975.
48. Liñan M, Bruno L: **Trabalho e formação profissional do Atendente de Consultório Dentário e do Técnico em Higiene Dental.** *Trabalho, Educação e Saúde* 2007, **5**:297-316.
49. Narvai P: **Contra o técnico em higiene dental.** *Saúde em Debate* 1990, **28**: 59-65.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/LivretoTHDfinal.pdf>]
51. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990. [<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>].

52. Brasil. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990. [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm].
53. Brasil. Portaria GM/MS nº 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. 2000. [<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>].
54. Brasil. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Define as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2001. [http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/port267.01_diretrizes.pdf].
55. Brasil. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2006. [<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>].
56. Brasil. Diretrizes da política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. [http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf].
57. Pezzato L, Monteiro M, Bagnato M: **Processos de formação do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário, no Brasil: algumas memórias.** *Odontol Soc* 2007, **9**:39-49.
58. Pimenta A. **Dentista X THD.** *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1994, **48**:1512-1522.
59. Lindhe J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral.* 4^oed Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2005.
60. McCombs G: **Dental hygienist´s contributions to improving the nation-s oral health through school-based initiatives from 1970 through 1999: a historical review.** *J Dent Hyg* 2007, **81**:52.
61. Oliveira J: **O Técnico de Higiene Bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal.** Rio de Janeiro: Programa da Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Dissertação de mestrado. 2007, 151p.
62. Sartori J: **A contribuição do curso de formação profissional de auxiliar em saúde bucal na prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos.** Rio de Janeiro: Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da FIOCRUZ, 2009. 86 p.

63. Werneck MAF: **Saúde Bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niterói: Universidade Federal Fluminense. Tese de Doutorado. 1994, 83p.

64. Brasil. Norma Operacional Básica do SUS, n.º 01 de 1996. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>]

65. Nancarrow SA, Borthwick AM. **Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce**. *Sociology of Health & Illness* 2005, 27: 897-919.

5 ARTIGO 2

ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL.

Artigo redigido de acordo com as normas do periódico *Journal of Public Health Dentistry* (ANEXO 4)

Autores: Carla Aparecida Sanglard-Oliveira, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Simone Dutra Lucas, Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu

Resumo

Objetivo: Analisar as funções executadas pelos Técnicos em Saúde Bucal (TSBs) na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Minas Gerais, segundo suas atribuições diante da lei nº 11.899/2008, que regulamentou o exercício “profissional” desse recurso humano no Brasil. Metodologia: O delineamento do estudo foi transversal e descritivo. A amostra representativa constou de 231 TSBs das Equipes Modalidade II da ESF, em maio de 2010. Foi realizado um *survey* telefônico para a aplicação de um questionário a fim de coletar os dados. A análise descritiva foi realizada no programa SPSS for Windows, versão 17.0. Resultados: Quanto às atribuições clínicas, observou-se que 71,6% dos TSBs realizavam polimento coronário, 63,2% faziam raspagem de cálculo e apenas 14,7% condensavam e inseriam materiais restauradores. Em relação às ações preventivas/educativas, todos os TSBs participavam de ações educativas, atuando na promoção de saúde e na prevenção das doenças bucais, 99% demonstravam técnicas de higiene bucal, 96,6% realizavam a aplicação tópica de flúor, 77,9% realizavam visitas domiciliares, e 96,6% realizavam ações coletivas, principalmente em escolas. Conclusão: Os TSBs da ESF têm despendido seu tempo mais em atividades preventivas e educativas do que em atividades clínicas assistenciais.

Palavras-chave: auxiliares de odontologia, higienistas dentais, funções

INTRODUÇÃO

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) é uma das ocupações auxiliares do Brasil no âmbito da saúde bucal. Como as demais categorias auxiliares, essa ocupação foi criada com o objetivo de racionalizar o trabalho e aumentar sua produtividade e qualidade, visando ao desenvolvimento científico-tecnológico e às mudanças nas práticas e nos modelos de assistência. A incorporação desses trabalhadores permitiu tanto o aumento da cobertura quanto a modificação no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde (1). Eles são atores fundamentais para a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, junto ao sistema público ou privado, em nível individual ou coletivo (2,3,4).

No Brasil, embora já legitimados como uma ocupação desde o ano de 1975, através do parecer nº 460/1975 (5), somente no ano de 2008, os TSB foram legalizados através da lei nº 11.889/2008 (6). Essa Lei descreve as atribuições e restrições dos TSBs no âmbito da saúde bucal.

Atualmente, os TSBs ganham destaque por compor as Equipes de Saúde Bucal que estão inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF), criada a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (7, 31). O trabalho dessas equipes se baseia nos princípios da Atenção Primária à Saúde, como, por exemplo, a integralidade à saúde (8), constituindo uma estratégia de organização dos serviços de saúde no país (9, 31).

O perfil de atuação dos auxiliares em odontologia no mundo é extenso, mas sua utilização, embora eles realizem serviços definidos, nem sempre foi aceita com entusiasmo. Frequentemente, houve polêmica sobre suas competências, as funções que lhe devem ser atribuídas e suas formas de educação (10, 11).

Diante da legalização dos TSBs no Brasil e da importância de tal profissional para a racionalidade da organização do processo de trabalho, principalmente no Sistema de Único de Saúde do Brasil, é essencial detectarmos o perfil desses profissionais e sua forma de atuação nos locais onde trabalham. Isso possibilitará verificar se eles executam as atribuições para as quais estão habilitados legalmente, bem como se estão desenvolvendo ações em consonância com a Equipe de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Foi realizada uma entrevista com os TSBs da ESF do Estado de Minas Gerais, através de um *survey* telefônico (12). Os nomes dos TSBs e os locais de trabalho dos mesmos foram localizados no *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES), onde se obteve, também, o número de equipes odontológicas com TSBs que estavam registradas na ESF do Estado de Minas Gerais, para posteriormente ser calculado o tamanho da amostra.

Questionário

Foi construído um questionário com base em um instrumento publicado por Queluz (2005) ao analisar o perfil das ocupações auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. O questionário foi adaptado segundo o objetivo desta pesquisa e de acordo com a nova legislação (6, 13).

Para a avaliação da confiabilidade do instrumento proposto, foi realizado o teste-reteste do mesmo por meio de telefone, com seleção, de forma aleatória, de 20 TSBs da ESF. Após 15 dias da aplicação do questionário, ele foi reaplicado nesse mesmo grupo para a avaliação da confiabilidade do instrumento. A concordância foi

estimada pela estatística kappa (variáveis categóricas) e pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse - ICC (variáveis quantitativas), usando o programa SPSS for Windows, versão 17.0. Valores de coeficiente kappa superiores a 0,60 foram considerados adequados (14). Em apenas 5% das questões, o kappa foi inferior a 0,6. Questões que obtiveram uma confiabilidade baixa (kappa menor do que 0,6) foram reformuladas e testadas novamente com 12 novos TSBs. Feito isso, os dados foram analisados novamente, e obteve-se um kappa maior do que 0,6 em todas as questões analisadas. As três variáveis quantitativas alcançaram valores de ICC entre 0,99 e 1, não sendo necessária, portanto, a realização de nova medição. Sendo assim, o processo de avaliação do questionário foi adequado para as características investigadas.

A aplicação dos questionários foi realizada por esta entrevistadora, por telefone, a cada TSB, na própria unidade de saúde em que o mesmo trabalhava ou no local que o participante considerasse mais conveniente, obedecendo ao dia e o horário mais favorável. No início das entrevistas, os sujeitos foram esclarecidos sobre o objetivo do trabalho, e foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido pela entrevistadora

Plano Amostral

O universo da pesquisa (N = 545) foi igual ao número de equipes odontológicas com TSBs na ESF de Minas Gerais, fornecido pelo CNES em maio de 2010. Desse total, foram excluídos os TSBs com nomes repetidos e aqueles selecionados para a realização do estudo piloto. Dessa forma, o universo finito de TSBs foi igual a 484.

O cálculo amostral foi realizado considerando uma frequência esperada de 50%, intervalo de confiança igual a 95%, precisão de 5% e o universo finito de TSBs igual a 484. A amostra sorteada seria constituída de 214 TSBs. Considerando-se as

possibilidades de perdas, foram adicionados mais 17 TSBs à amostra final, totalizando 231 TSBs. O sorteio da amostra foi realizado de forma aleatória simples.

Dos 231 TSBs que constituíam a amostra inicial, 27 foram perdidos. Os motivos das perdas foram: o TSB que não trabalhava mais na ESF (n = 12), recusa em participar da pesquisa (n = 4) e impossibilidade de contato (n = 11). Dessa forma, a amostra final foi constituída por 204 TSBs. A precisão foi recalculada e foi igual a 5,21%.

Análise dos resultados

Os resultados da pesquisa foram armazenados pelo programa SPSS for Windows, versão 17.0, e posteriormente analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de proporções, medidas de tendência central, variabilidade, e respectivos Intervalos de Confiança de 95%.

Questões éticas

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer nº ETIC 027/10.

RESULTADOS

Características demográficas

A maioria dos TSB é do gênero feminino, representando 97,1% do total (IC95% 93,4% – 98,8%).

A idade média foi de 37,14 anos ($\pm 8,54$), com o IC95% variando entre 36,3 e 38,0 anos.

Quanto à escolaridade, podemos observar que 78,4% dos TSBs apresentavam o ensino médio completo (IC95% 72,0% - 83,7%), 7,4% o ensino superior incompleto

(IC95% 4,3% - 12,0%), e 12,7% (IC95% 8,6% – 18,3%) já haviam finalizado o curso superior.

Características Educacionais

No tocante à conclusão de curso específico de formação para TSB, 97,1% (IC95% 93,4% – 98,8%) relataram que o fizeram. As instituições de ensino que mais formaram os TSBs que trabalham na ESF – MG estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência relativa (%) das instituições de ensino que mais formaram os TSBs da ESF de Minas Gerais

Nome da escola	Frequência relativa (%)	IC 95%
Escola de Saúde Pública – ESP-MG	40,5	33,7 – 47,6
Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES	11,0	7,1 – 16, 3
Serviço Social da Indústria - SESI-MG	8,0	4,8 – 12,9
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG	6,5	3,6 – 11,1
Faculdades Integradas de Caratinga – FIC	6,0	3,2 – 10,5
Outras	28,0	22,0 – 34,8

O ano de formação dos TSBs variou entre 1985 e 2009, sendo que 48,0% (IC95% 41,0% – 55,1%) dos respondentes formaram-se entre os anos de 2004 e 2007.

Dos TSB entrevistados, 67,6% (IC95% 60,7% – 73,9%) relataram que fizeram curso de atualização profissional na área odontológica enquanto trabalhavam como TSB

na ESF, sendo o curso ofertado, em mais de 99,0% dos casos, por instituições públicas e/ou pelo Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais.

Características Profissionais

Os TSBs foram admitidos na ESF entre os anos de 2001 e 2010, sendo que um grande percentual – 73,0% (IC95% 66,1%-79,0%) – começou a trabalhar no serviço entre os anos de 2004 e 2009.

Todos os profissionais entrevistados estão registrados no CRO-MG como TSB. A maioria deles – 77,5% (IC95% 70,9% - 82,8%) – recebia entre R\$ 510,00 (US\$300,00) e R\$1020,00 (US\$600,00) por mês. Pouco menos de 5% dos TSBs recebiam até R\$ 510,00 (US\$ 300,00) por mês, e 17,6% deles (IC95% 12,8% – 23,7%) têm seus rendimentos mensais acima de R\$1020,00 (US\$ 600,00).

A descrição das funções executadas pelos TSBs inseridos na ESF de Minas Gerais foi agrupada em três categorias: ações assistenciais (Tabela 2); ações preventivas/coletivas (Tabela 3); ações administrativas/organizacionais (Tabela 4).

Tabela 2: Distribuição das ações assistenciais executadas pelos TSBs da ESF, em Minas Gerais, 2010.

Atribuições clínicas	Frequência absoluta (%)	IC 95%
1- Faz polimento coronário	71,6	64,4 – 77,5
2- Faz raspagem de tártaro	63,2	56,1 – 69,7
3- Tira radiografias intraorais	13,7	9,4 – 19,3
4- Revela radiografias intraorais	17,1	12,8 – 23,7
5- Cartona radiografias intraorais	18,1	13,2 – 24,2
6- Insere e condensa substâncias restauradoras	14,7	10,3 – 20,4

7- Faz limpeza e antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos	56,4	49,2 – 63,2
8- Remove sutura	80,4	74,1 – 85,4
9- Promove isolamento do campo operatório	8,3	5,0 – 13,2
10- Prepara o paciente para o atendimento	83,8	77,8 – 88,4
11- Auxilia e instrumenta os profissionais no atendimento clínico	45,1	38,1 – 52,1
12- Manipula materiais de uso odontológico	46,6	39,6 – 53,6
13- Seleciona moldeiras	7,8	4,6 – 12,6
14- Confecciona modelos de gesso	7,4	4,3 – 12,0

Tabela 3: Distribuição das ações preventivas/coletivas executadas pelos TSBs da ESF, em Minas Gerais, 2010

Atribuições preventivas/ coletivas	Frequência absoluta (%)	IC 95%
1- Participa na realização de levantamento epidemiológico	89,2	83,9 – 92,9
2- Participa de ações educativas, atuando na promoção de saúde e na prevenção das doenças bucais	100,0	97,6 – 100,0
3- Faz demonstração de técnicas de higiene bucal (escovação, etc.)	99,0	96,1 – 99,8
4- Faz aplicação tópica de flúor	96,6	92,7 – 98,4
5- Realiza visitas domiciliares junto com a ESF	77,9	71,5 – 83,3

6- Realiza atividades preventivas/educativas nas visitas domiciliares	77,5	70,9 – 82,8
7- Realiza atividades clínicas nas visitas domiciliares	15,2	10,7 – 21,0
8- Realiza levantamento epidemiológico nas visitas	32,4	26,0 – 39,3
9- Realiza ações coletivas em creches	70,6	63,7 – 76,6
10- Realiza ações coletivas em escolas	96,6	92,7 – 98,4
11- Realiza ações coletivas em outros locais	72,5	65,8 – 78,4
12- Participa de reuniões e planejamento juntamente com a equipe da ESF	75,5	68,8 – 81,1

Tabela 4: Distribuição das ações administrativas/organizacionais executadas pelos TSBs da ESF em Minas Gerais, 2010.

Atribuições administrativas/organizacionais	Frequência absoluta (%)	IC 95%
1- Marca consulta	82,4	76,2 – 87,1
2- Lava os instrumentais	52,5	46,3 – 59,4
3- Esteriliza os instrumentais	44,6	37,7 – 51,7
4- Faz conservação e manutenção de equipamentos odontológicos	87,3	81,7 – 91,3
5- Aplica medidas de biossegurança quando armazena, manuseia e descarta os produtos e resíduos odontológicos	98,5	95,4 – 99,6
6- Faz limpeza do consultório	14,7	10,3 – 20,4

(passar pano, etc.)

7- Realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal	93,1	88,5 – 96,0
--	------	-------------

Quando questionados sobre a participação no treinamento dos ASBs ou outros profissionais de saúde, 60,3% (IC95% 53,2% - 67,0%) dos TSBs disseram que o fazem.

Quanto à relação de trabalho existente entre os TSBs e os ASBs, percebe-se que praticamente 60% dos TSBs mantinham uma relação de trabalho em equipe com os ASBs (Tabela 5).

Tabela 5: Relação de trabalho entre TSBs e ASBs, Minas Gerais, 2010

Relação de trabalho segundo relato dos TSBs	Frequência absoluta (%)	IC 95%
Supervisão	35,3	28,8 – 42,3
Trabalho em Equipe	59,8	52,7 – 66,5
Supervisão + Trabalho em Equipe	4,4	2,1 – 8,4
Nenhuma	0,5	0,0 – 3,1

Para 69,6% (IC95% 62,7% - 75,7%) dos TSBs, a lei nº 11.889/2008, que regulamentou a profissão, foi um avanço, mas para 14,7% (IC95% 7,7% - 20,4%), essa lei foi um retrocesso. Destaca-se ainda que 15,7% (IC95% 11,1% - 21,5%) dos TSBs não opinaram, por desconhecerem a lei.

É importante relatar que houve mudança da prática odontológica após a lei nº 11.889/2008 apenas para 24,4% (IC95% 18,6 - 31,0) dos TSBs entrevistados. Da amostra pesquisada, 74,1% (IC 67,3% - 79,9%) dos TSBs responderam que

continuaram executando as mesmas funções que exerciam antes da legislação de 2008, e ainda 1,5% (IC95% 0,3% - 4,7%) não souberam responder à questão.

DISCUSSÃO

A pesquisa de campo mostrou que a grande maioria dos TSBs entrevistados é do gênero feminino (97,1%), seguindo a mesma tendência de um estudo realizado no Estado de Victoria, Austrália, em que se constatou que 95,5% dos higienistas entrevistados eram mulheres (4). Historicamente, essa ocupação sempre foi feminina, como demonstram os trabalhos que relatam as experiências das higienistas dentais de Fones no início do século XX, as enfermeiras dentais da Nova Zelândia no início da década de 1920, e também as primeiras auxiliares no campo odontológico (Auxiliar em Higiene Dentária) no Brasil (15, 16, 17). Em outras profissões técnicas no âmbito da saúde, também pode ser percebida essa presença marcante do sexo feminino, como na enfermagem, devido às questões históricas e culturais de que as mulheres eram mais presentes nos cuidados aos enfermos e se identificavam mais com as práticas e rotinas destinadas aos serviços de saúde (18).

A média de idade para o grupo estudado demonstra uma categoria de trabalhadores adulto-jovens. A maioria (98,5%) dos TSBs apresentou pelo menos o ensino médio completo, escolaridade mínima exigida na regulamentação desses profissionais desde a época do parecer nº 460/75, editado pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo antigo Conselho Federal de Educação (5). Desses, 20,1% concluíram o curso superior ou iniciaram-no, revelando um nível de escolaridade maior do que o exigido para o exercício da profissão. Esse mesmo fenômeno foi percebido em um estudo realizado em 2009 (19) e pode significar uma busca de mudança profissional por parte desses trabalhadores.

A maioria dos TSBs (97,1%) entrevistados possui curso específico de formação para TSB e o restante, provavelmente, formou-se em serviço. Isso reflete bem a realidade em relação ao nível de qualificação dos profissionais inseridos na ESF do estado, sugerindo que há incentivo para a formação e qualificação dos TSBs, conforme preconiza a política de recursos humanos do Sistema Único de Saúde brasileiro (7, 31). Isso pode ser evidenciado também através da descrição das escolas que formaram os TSBs que trabalham na ESF de Minas Gerais. Mais da metade desses “profissionais” (51,5%) concluiu o curso de TSB em escolas públicas, tendo como destaque a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP-MG (40,5%) nessa formação (Tab.1). A ESP-MG, órgão autônomo, tem por finalidade planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à educação, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (20).

Este estudo revelou que quase metade dos TSBs (48%) formou-se entre os anos de 2004 e 2007, e grande parte deles (73%) passou a integrar as Equipes de Saúde Bucal (ESBs) da ESF entre os anos de 2004 e 2009. Um fator que pode ter alavancado esses processos é a Política Nacional de Saúde Bucal, lançada no ano de 2004. Em 2001, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 267, instituiu as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, como forma de reorganização dessa área no âmbito da atenção de uma equipe. Essa equipe pode ser formada pelo Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), denominada de equipe modalidade I, ou pelo CD, ASB e TSB, denominada de equipe modalidade II (21). Entre dezembro de 2002 e setembro de 2004, o número de ESBs no ESF cresceu 106,8% em todo o país. Em 2004, eram apenas 65 equipes modalidade II no estado (22), mas em maio de 2010 já havia 545 equipes cadastradas no CNES, conforme dados obtidos no presente estudo. Até o

lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, a atuação do Governo Federal na saúde bucal se resumia ao repasse de recursos para cada equipe de profissionais montada pelo município. A partir da criação dessa política, houve um aumento nos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal inseridas na ESF (9). Essa política propõe um trabalho conjunto entre as Equipes de Saúde Bucal e as Equipes de Saúde da Família, e nesse contexto, os TSBs representam um elemento chave para contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, através da execução de ações preventivas e promocionais, assim como de ações de assistência clínica (23).

A educação continuada de profissionais constitui uma das políticas do SUS (Brasil, 1990). A partir dos resultados deste estudo, nota-se que muitos dos TSBs (67,6%) participam frequentemente de cursos de atualização profissional na área odontológica, trabalhando como TSB na ESF, o que demonstra que não é o conhecimento técnico da área que os impede de serem “profissionais” mais reconhecidos, pois, além de fazerem parte de um grupo hegemônico formado em uma escola (97,1% formaram-se em curso específico de TSB), a maioria mantém-se atualizada. Na Nova Zelândia, observaram-se resultados semelhantes (24). No presente estudo, em mais de 99,0% dos casos, esses cursos são ofertados por instituições públicas e/ou pelo Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CRO-MG). Parece haver, nesse caso, uma dualidade na ação do CRO-MG. Essa autarquia, por um lado, registra os profissionais e mantém uma política educativa para o pessoal auxiliar em odontologia, e por outro, não os dá o direito de voto.

Quando se compara a remuneração do TSB do presente estudo com o do de Lourenço et al. (2009), observa-se que não houve melhorias salariais nesse grupo, mesmo após incentivos do governo federal e da legislação.

Para melhor compreensão e discussão das atribuições desempenhadas pelos TSBs, neste estudo, dividiu-se as funções especificadas na lei nº 11.889/2008 (6) e que compuseram o questionário aplicado aos TSBs em: ações assistenciais, ações preventivas/coletivas e ações administrativas/organizacionais, modo semelhante a como Queluz (2005) relatou as funções desempenhadas por THDs, ao analisar o perfil dos profissionais auxiliares de odontologia (13). Outro trabalho também divide as competências dos TSBs de forma semelhante a este estudo (25).

No que concerne às atividades clínicas desempenhadas pelos TSBs, é importante destacar que a maioria realizava o polimento coronário e a raspagem de tártaro supragengival. Em um estudo realizado por Queluz (2005), antes mesmo da legislação de 2008, apenas 25,5% dos técnicos realizavam a remoção de restos alimentares, placas e cálculos supragengivais, o que se distancia da frequência obtida neste estudo. A lei estabelece que os TSBs tenham a atribuição de “remover o biofilme”, não especificando, entretanto, a consistência deste na cavidade bucal, mineralizado ou não. Além disso, conforme a relação de Descritores das Ciências de Saúde (26), o tártaro é um tipo de depósito dentário incluído entre os tipos de biofilme, o que deixa uma “lacuna” para a execução desses procedimentos. A lei nº 11.889/2008, como redigida, deixa o cirurgião-dentista a cargo dessa decisão. Não há na lei qualquer disposição que coíba a realização da raspagem de tártaro pelo TSB no contexto do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde Bucal. A interpretação de que, com a Lei, o TSB não poderia mais remover tártaro é equivocada, pois não condiz com o sentido geral do processo de negociação que envolveu todas as entidades nacionais da profissão odontológica, as lideranças de THD e o Ministério da Saúde (25), sendo que tal atribuição já era bem consolidada nas regulamentações dos TSBs há anos. Assim, não se sustenta impedir que um TSB realize tal procedimento sob a alegação de que a lei não o permite.

A partir da experiência de Dunning (1958), confirmada em dezenas de outras experiências posteriores ao longo das décadas que se seguiram, considerou-se como tipo ideal o técnico que está habilitado para os procedimentos de inserção de materiais em cavidades dentais previamente preparadas por cirurgiões-dentistas, condensação, escultura, acabamento e polimento das restaurações (10). A ausência de qualquer etapa do procedimento restaurador citado implica em debilitação técnica, o que retiraria do TSB brasileiro representatividade para comparação com os estudos consagrados internacionalmente. De acordo com a lei nº 11.889, o TSB pode fazer apenas a inserção e condensação de materiais restauradores em cavidades preparadas pelo cirurgião-dentista. Assim, há uma fragmentação do trabalho e uma interrupção de sua direcionalidade técnica, caracterizando um menor contato do TSB com a cavidade bucal do paciente. Nesse último caso, parece haver uma vitória de interesses corporativistas da classe dos cirurgiões-dentistas de décadas atrás. Isso pode ser visto, neste trabalho, através da baixa porcentagem de TSBs que relataram fazer a inserção e condensação de substâncias restauradoras (14,7%).

Essa é a única atividade delegada ao TSB que se assemelha às atividades operatórias das terapeutas dentais da Nova Zelândia (24), o que confirma que, ao aprovar a lei nº 11.889, delegou-se aos TSBs funções bem mais limitadas, talvez por cautela e medo da reação corporativista odontológica. Por isso também, a lei nº 11.889/2008 especifica que os TSBs podem atuar somente com a supervisão do cirurgião-dentista e não podem trabalhar de forma autônoma como na Suécia, Dinamarca e no Estado do Colorado (EUA) (4).

A baixa porcentagem de TSBs que realizavam tomadas radiográficas (13,7%), que faziam isolamento do campo operatório (8,3%) e que confeccionavam modelos de gesso (7,4%) pode ser um reflexo, também, da ausência desses recursos nos

serviços de saúde bucal públicos brasileiros (13).

Os TSBs também são os profissionais melhor orientados para a implementação do projeto da Organização Mundial de Saúde “*Global Oral Health Programme*”, programa de saúde pública que visa atingir os objetivos mundiais para a saúde bucal em 2020, com especial enfoque na modificação dos comportamentos de risco, através da prevenção das doenças bucais e da promoção dos conhecimentos e práticas de saúde (27). Vários trabalhos internacionais relatam a importância dos higienistas dentais, cuja ocupação tem perfil semelhante ao dos TSBs, para a promoção e educação em saúde (2, 4, 24, 25, 27).

A lei nº 11.889 deixa explícitas, para os procedimentos coletivos, amplas funções para o técnico. Sob a frase “participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais”, são criadas condições de atuação do TSB como multiplicador e até mesmo como supervisor. Nesse caso, não se impõem vedações específicas, apesar de se expor uma supervisão indireta dos TSBs por parte do cirurgião-dentista. Essa atuação do TSB na promoção de saúde, com a identificação de riscos comuns tanto à saúde bucal quanto à saúde geral, constitui um grande ganho da lei nº 11.889/2008, o que não se percebia nas normatizações anteriores (25).

A partir dos resultados deste estudo, podemos perceber que os TSBs têm se direcionado cada vez mais para a execução de tarefas baseadas na concepção da promoção de saúde, que é fundamental na Atenção Primária à Saúde (8) que rege o modelo de atenção da ESF adotado no Brasil (9, 31). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados nos programas de saúde pública dos Estados Unidos e do Brasil (28, 29). Todos os TSBs da presente pesquisa relataram que participavam de ações educativas, atuando na promoção de saúde e na

prevenção de doenças bucais, e quase todos faziam a demonstração de técnicas de higiene bucal. Os espaços coletivos onde eram realizadas essas atividades envolviam, principalmente, escolas (96,6%), conforme descreve também o estudo realizado por Frazão (1998) sobre a participação de pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde (29). Outros locais em que as ações coletivas são desenvolvidas pelos TSBs demonstram que, em muitos centros de saúde, existe uma interação entre as ESBs e as Equipes de Saúde da Família, o que é preconizado pela atual Política Nacional de Saúde Bucal. A sua participação nas reuniões junto com a equipe da ESF (75,5%) indica também essa interação, apesar de haver um estudo no próprio Estado de Minas Gerais que revelou que esse vínculo deveria ser mais forte (22). Esse distanciamento ainda existente em algumas equipes talvez possa ser explicado por alguns fatores, como a inserção tardia das ESBs na ESF e a formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal, o que dificulta a abordagem do indivíduo como um todo.

Neste estudo, constatou-se que muitos TSBs (60,3%) participam do treinamento dos Auxiliares em Saúde Bucal (ASBs) ou de outros profissionais de saúde. Essa ação deveria ser mais estimulada, garantindo uma melhor interação entre os profissionais de saúde (22). Quase 60% dos TSBs responderam que mantêm um trabalho em equipe com os ASBs, e apenas 4,4% trabalham em equipe e fazem a supervisão simultaneamente. Esse resultado pode nos indicar algum receio que os TSBs possam ter de supervisionar os ASBs ou o fato de acharem que não são capacitados para isso, apesar da legislação vigente. Por outro lado, os TSBs que trabalham fazendo só a supervisão (35,3%) não seguem um dos pilares de ação da ESF, o trabalho em equipe (22). Essa situação traz à tona o desafio de se trabalhar em equipe. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma Unidade Básica de

Saúde, esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada.

Segundo a lei nº 11.889/2008, todas as funções delegadas aos ASBs são também atribuídas aos TSBs. Assim, algumas funções administrativas/organizacionais, como a marcação de consulta (82,4%), conservação e manutenção de equipamentos odontológicos (87,3%) e o acolhimento do paciente (93,1%), são realizadas pela maior parte dos TSBs entrevistados. Essa última conduta citada, “acolher o paciente”, constitui um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (8). Outras funções administrativas/organizacionais são realizadas pelos TSBs em menor frequência, como a lavagem (52,5%) e esterilização (44,6%) dos instrumentais, porém em quantidades superiores às encontradas no trabalho de Queluz (2005). A instrumentalização do cirurgião-dentista é realizada por 45,1% dos TSBs deste estudo, corroborando os resultados encontrados em outro estudo (13). Essas atribuições, que deveriam ser desempenhadas mais pelos ASBs, deixando os TSBs mais livres para a realização de atividades preventivas e promocionais, muitas vezes são executadas também pelos técnicos, o que acarreta uma subutilização dos mesmos, principalmente para os serviços públicos de saúde.

Quando se discute a lei nº 11.889/2008, que legalizou os TSBs no Brasil, é importante salientar os limites presentes nesse tipo de regulamentação. Ao sancionar uma lei, esta se torna “praticamente imutável” e muitas vezes seu conteúdo não acompanha o desenvolvimento tecnológico e político que os serviços de saúde impõem. Para 69,6% dos TSBs entrevistados, a Lei de 2008 foi um avanço, embora a mesma não tenha gerado muito impacto em termos de mudança de funções após sua sanção, pois somente 24,4% dos TSBs entrevistados relataram algum tipo de mudança. Alguns TSBs consideraram a lei um retrocesso (14,7%), o que se deve ao fato de ela ter gerado certas controvérsias, principalmente logo após

ela ter sido sancionada, pois em algumas cidades do Estado de Minas Gerais, os TSBs foram vetados de realizarem atividades clínicas que estavam legitimadas desde 1975, como a raspagem de tártaro supragengival (5). A capacidade de se autorregular e de ter autonomia são fatores fundamentais para afirmar que um determinado grupo de profissionais se constitui numa profissão. Assim, poder e autonomia somente existirão por parte de uma profissão quando ela estiver legitimada pela sociedade e regulamentada por lei (30). No caso do TSB, nem mesmo a lei nº 11.889/2008 parece ter possibilitado isto. Por isso, o TSB brasileiro é mais bem classificado como uma ocupação subordinada a uma profissão, que é a do cirurgião-dentista. Muitos TSBs ainda desconhecem a lei (15,7%), o que demonstra que ela não é o que “profissionaliza” esses trabalhadores.

Por outro lado, é importante discutir que essa maior valorização dada às ações promocionais nos espaços clínicos e coletivos poderia, também, ser delegada a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e multiplicadores devidamente qualificados, profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família.

A partir da reorganização das práticas de saúde bucal na Atenção Primária, o técnico representa um potente e valorizado componente de uma Equipe de Saúde Bucal atuando na comunidade. Esse perfil ampliado de suas atribuições, descritas na lei nº 11.889/2008, que cita pela primeira vez a atuação do TSB na promoção de saúde, delineia com nitidez que o TSB é mais um agente multiplicador e educador de saúde, com intervenção direta extraclínica, participando e colaborando na programação das visitas nos domicílios e em ações coletivas de saúde.

Então, sob o ponto de vista da universalização do acesso e utilização dos serviços de saúde e integralidade, o papel fundamental do TSB seria fora da clínica, desenvolvendo ações de promoção de saúde. Dentro da clínica, ele deveria cumprir

também seu papel de operador, seja realizando os procedimentos restauradores, seja executando os procedimentos básicos preventivos de periodontia.

Sob essa visão, as habilitações do TSB propostas pela lei nº 11.889/2008 são um rol de atributos que o inserem como agente importante de saúde na equipe, capacitado para introduzir resultados técnicos impactantes no SUS.

Os TSBs inseridos na ESF do Estado de Minas Gerais executavam as atribuições clínicas, preventivas coletivas e administrativas/organizacionais descritas na Lei nº 11.889/2008. Nesse contexto, destacam-se as funções preventivas coletivas, por serem realizadas sempre em maior frequência do que as demais, o que demonstra que há uma tendência dos TSBs, pelo menos no serviço público, de atuarem mais nas ações de promoção de saúde, sendo a redução das atividades clínicas individuais uma realidade. Isso é importante, porque o modelo de saúde pública proposto no Brasil, que é o da ESF, enfoca substancialmente essas ações de promoção de saúde para uma melhora da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS:

- 1- Carvalho CL. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. *Ação Colet.* 1999; 2(1): 25-33.
- 2- House DR. The efficient use of hygienist: how is the public best served. *J Public Health Dent.* 1987; 47(3): 153-4.
- 3- Baltutis L, Gussy M, Morgan M. The role of the dental hygienist in the public health sector: an Australian perspective. *Int Dent J.* 2000; 50(1): 29-35.
- 4- Hopcraft M, McNally C, Ng C, Pek L, Pham T, Phoon W, et al. Attitudes of the Victorian oral health workforce to the employment and scope of practice of dental hygienists. *Aust Dent J.* 2008; 53(1): 67–73.
- 5- Brasil. Parecer nº 460, de 6 de fevereiro de 1975, MEC/CFE. 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, DF, 1975.

- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Publicado no Diário Oficial da União de 26 de dezembro de 2008.
- 7- Cornwall A, Shankland A. Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system. *Soc Sci Med*. 2008; 66(10): 2173-84.
- 8- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60: 201-18.
- 9- Pucca J. A política nacional de saúde como demanda social. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 243-6. Brazil.
- 10- Dunning J. Extending the field for dental auxiliary personnel in the United States. *Am J Public Health* 1958; 48(8): 1059-64.
- 11- Luciak-Donsberger, C. Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *International J Dent Hygien*. 2003; 1:29-42.
- 12- Waldman EA, Novaes, HMD, Alburquerque MFM. Inquéritos Populacionais; aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11: 168-179.
- 13- Queluz DP. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. *Rev Odont Ciênc*. 2005; 20(49): 270-80
- 14- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio Social: Confiabilidade teste-reteste na escala do Estudo Pró Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 19(2): 625-34.
- 15- Freire P. Planning and conducting an incremental dental program. *J Am Dent Assoc*. 1964; 68: 199-205.
- 16- Soricelli D. Implementation of the delivery of dental services by auxiliaries-the Philadelphia experience. *Am J Public Health*. 1972; 62(8): 1077–87.
- 17- Logan RK. Dental care delivery in New Zealand. In: Ingle JI, Blair P. *International dental care delivery systems*. Cambridge: Ballinger; 1978. (Chapter 5).
- 18- Progianti JM. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. *Rev. bras. Enferm*. 2004; 57(3): 303-5.
- 19- Bonan PRF, Almeida LY, Carvalho, FMC, Júnior MB, Silva MS, Martelli DRB. Perfil de técnicos em higiene dental quanto à prática profissional, à educação permanente e ao trabalho e serviço público. *Rev Odont Ciênc*. 2009; 24(2): 180-5.
- 20- Brasil. Decreto 44932 MINAS GERAIS DIÁRIO DO EXECUTIVO - 31/10/2008 PÁG. 1. Dispõe sobre a organização da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP-MG.
- 21- Brasil. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Define as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2001. [http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/port267.01_diretrizes.pdf].

- 22- Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC A inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1367-1377, 2009.
- 23- Brasil. Diretrizes da política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. [http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf]
- 24- Ayers K, Meldrum AM, Thomson WM, Newton, JT. The working practices and job satisfaction of dental hygienists in New Zealand. J Public Health Dent 2006; 66:186-191.
- 25- Frazão P, Narvai CP. Lei 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? Trab Educ Saúde. 2011; 9(1): 109-23.
- 26- BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: Biblioteca regional de Medicina/Organização Pan- Americana da Saúde. 2011. Disponível em [HTTP://decs.bvs.br](http://decs.bvs.br). Acesso em 13 de maio de 2011.
- 27- Monajem S. Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. Int J Dent Hyg. 2006; 4: 47-51.
- 28- Deal. TS. The role of dental hygienists on state public health programs. J Dent Hyg. 1990; 64(6): 286-89.
- 29- Frazão, P. The role of dental auxiliary personnel in oral health promotion. Rev Odontol Univ São Paulo. 1998; 12(4): 329-36.
- 30- Freidson E. Professionalism: the third logic on the practice of knowledge. The University of Chicago Press. 2001.
- 31- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. 2011; 377(9779): 1778-1797

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática sobre as atribuições dos TSBs torna-se fundamental para a formação da equipe odontológica, sua integração ao SUS e sua inserção na ESF. É baseada nessa afirmação que a existência do TSB se consolida hoje, e a partir dela, deve-se iniciar a construção de uma maior valorização desses profissionais nas práticas de saúde.

A aprovação da lei nº 11.889/2008, embora constitua um tipo de regulamentação “estática”, faz parte também dessa construção. A descrição das atribuições dos TSBs inserida na mesma implica em novos esforços de criatividade dos programadores para que os TSBs possam continuar atuando tanto na assistência clínica quanto na promoção de saúde. Embora a defesa por esta seja mais forte do que por aquela, o ideal seria que ambas as competências pudessem ser desenvolvidas de forma conjunta para garantir maior acesso e utilização dos serviços odontológicos para toda a população brasileira, garantindo, assim, a universalização e integralidade das ações de saúde bucal. Uma baixa utilização dos TSBs na assistência clínica individual, por exemplo, pode torná-los subutilizados na ESF.

Outra questão que deve ser mencionada é que, nos últimos anos, vem se acenando a possibilidade de se incorporar rotineiramente as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) aos programas de saúde bucal dentro da ESF. Nesse caso, os ACSs passarão a ser uma nova força auxiliar, capaz de inserir o paradigma da promoção de saúde nas atividades coletivas da saúde bucal. É uma tendência que vai se consolidando ainda como proposição. Entretanto, se os TSBs estão atuando

cada vez mais na promoção de saúde bucal dentro do SUS, será que se justificaria a inserção de mais um agente multiplicador na equipe odontológica? Ou será que os ACSs poderiam liberar mais os TSBs para a atuação em procedimentos clínicos assistenciais? Esses são questionamentos que merecem mais avaliações. Nesse contexto, os TSBs poderiam atuar também na capacitação de ACSs e ASBs para as ações coletivas e promocionais de saúde, o que reforçaria a atuação desses profissionais na ESF.

Nesse sentido, ainda podemos questionar a ausência dos TSBs em todas as Equipes de Saúde Bucal da ESF. Somente as equipes modalidade II contam com a colaboração de um técnico. O trabalho integrado dos três profissionais de saúde bucal – CD, ASB e TSB – agilizaria o processo de trabalho e forneceria mais cobertura à população, contribuindo, assim, para a efetivação dos princípios do SUS.

Este estudo, sobre as atribuições dos TSBs na ESF, foi o primeiro representativo do Estado de Minas Gerais. Sendo este estado composto pelo maior número de Equipes Modalidade II do Brasil, podemos refletir se esses profissionais estão, de fato, atendendo aos objetivos da Política Nacional de Atenção Primária. É importante considerar, entretanto que o presente estudo avaliou auto-relato de prática de TSB. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos de caráter qualitativo visando entrevistar os atores sociais que fizeram ou fazem parte da história profissional dos TSBs, o que nos auxiliaria também no entendimento, por completo, acerca do processo de profissionalização dos TSBs que decorre da discussão de vários autores citados na dissertação e discutido no primeiro artigo. Analisando a concepção de profissão descrita por Abbott, Larson, Freidson e Nancarrow,

consideramos que o TSB é uma ocupação subordinada pela profissão de CD e, por este motivo, justifica-se o uso de aspas na palavra profissão no primeiro artigo.

O “monopólio ocupacional” dos cirurgiões-dentistas em torno da sua profissão preza pelo domínio de procedimentos que lhes garantam mais status. Assim, funções menos valorizadas pela profissão de cirurgião-dentista, como aquelas relacionadas à promoção de saúde são delegadas aos TSBs com maior aceitação e, por isso são atribuições desempenhadas com mais frequência por esses recursos humanos na ESF do Estado de Minas Gerais.

Não obstante todas as discussões acerca das atribuições dos TSBs e dos rumos desses profissionais dentro da ESF, é essencial consideramos sua importância para as práticas de saúde que visam uma maior qualidade de vida da população por meio de atividades intervencionistas ou promocionais.

7 ANEXOS

ANEXO 1: Consentimento da Secretaria Estadual de Saúde

Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2009

À Coordenadora Estadual de Saúde Bucal de Minas Gerais
Danielle Lopes Leal

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa, junto ao curso de Mestrado em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva – Faculdade de Odontologia da UFMG, com objetivo de caracterizar a atuação profissional dos Técnicos em Saúde Bucal do setor público do Estado de Minas Gerais, de acordo com a lei 11.889 que regulamentou a profissão. Primeiramente obtivemos o número de TSB modalidade II no Estado de Minas Gerais através do site da CNES. Destes, serão sorteados 195, aos quais aplicaremos um questionário por meio de um contato telefônico.

Gostaríamos de obter a sua concordância para a realização da mesma

Colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu – orientador

Profa. Dra. Simone Dutra Lucas – co-orientadora

Carla Aparecida Sanglard Oliveira – mestranda



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE BUCAL

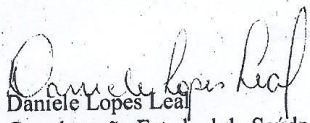
MEMO SAS/GAPS/CSB nº 006/2010

Belo Horizonte, 12 de janeiro de 2010.

Prezados,

Tendo em vista a carta que me foi apresentada pelos pesquisadores, que se encontra em anexo, esclareço que concordo com a realização da pesquisa, mas ressalto que não tive acesso ao questionário que será aplicado aos Técnicos em saúde Bucal.

Atenciosamente,


Daniele Lopes Leal
Coordenação Estadual de Saúde Bucal

Daniele Lopes Leal
Coordenação Estadual de Saúde Bucal
CSB/GAPS/SAS/SES/SEU/MSG
MASP: 12047480

SI :

ANEXO 2: Aprovação do COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0027.0.203.000-10

Interessado(a): Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 31 de março de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "**Análise do perfil dos Técnicos de Saúde Bucal que atuam na Estratégia Saúde da Família no Estado de Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amara
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO 3: Normas de publicação do periódico *Human Resources for Health*

O *Human Resources for Health* irá receber manuscritos sobre todos os aspectos relativos à informação, planejamento, produção, gestão e recursos humanos para a saúde – particularmente aqueles de importância internacional.

O *Human Resources for Health* publica os seguintes tipos de artigo:

- Pesquisa
- Estudo de Caso
- Comentário
- Hipótese
- Metodologia
- Revisão

Artigos de Revisão

Pré-submissão

É necessário enviar uma carta ao editor, pelo email hrjournal@who.int, sobre o tema a ser publicado. Artigos de revisão só podem ser submetidos dessa forma ou quando o editor convidar algum leitor. O editor, assim que possível, enviará uma resposta sobre o interesse em aceitar o tema da revisão proposto.

Critérios

Artigos de revisão são os resumos mais recentes em áreas específicas de investigação no âmbito do *Human Resources for Health*. As finalidades essenciais das revisões dão cobertura sistemática e substancial aos artigos publicados, às avaliações de progresso em áreas especificadas e/ou às avaliações críticas de tecnologias.

Processo de submissão

Para facilitar a rápida publicação e minimizar os custos administrativos, o *Human Resources for Health* prefere a submissão on-line através do site: www.human-resources-health.com/author/manuscript/checklist/view?cm=y.

Os arquivos podem ser apresentados como um grupo ou um por um. O processo de submissão pode ser interrompido a qualquer momento, e quando os usuários retornarem ao site, eles podem continuar de onde pararam.

Esquema estrutural do trabalho

O artigo deve ter aproximadamente 3.000 palavras.

Apresentação:

1. **Página de rosto:** deve indicar o título do artigo, os nomes completos, endereços institucionais e endereços de e-mail de todos os autores.

2. **Resumo:** deve ser curto, estruturado em parágrafo único, e não deve conter mais do que 350 palavras. Deve abordar os principais pontos em destaque no artigo.
3. **Palavra chave:** Três a dez palavras-chave que representam o conteúdo principal do artigo devem ser apresentadas.
4. **Revisão:** é o corpo do artigo, e também pode ser dividida em subseções curtas e cabeçalhos informativos.
5. **Conclusões:** devem indicar claramente as principais conclusões da revisão e dar uma explicação clara sobre sua importância e relevância.
6. **Lista de abreviaturas:** se abreviações são utilizadas no texto, elas devem explicitadas em primeira utilização, e uma lista de abreviaturas pode ser fornecida.
7. **Conflito de interesses:** Os autores são obrigados a preencher uma declaração de interesses concorrentes. Todos os interesses conflitantes que são declarados serão listados no final dos artigos publicados. Sempre que um autor declara que não há interesses concorrentes, será anunciado: "O autor declara que não tem interesses conflitantes".
8. **Referências:** devem ser numeradas consecutivamente, entre colchetes, na ordem em que são citadas no texto. Cada referência deve ter um número. Deve-se evitar excesso de referência. Se sistemas automáticos de numeração são usados, eles devem ser excluídos e a bibliografia deve ser totalmente formatada antes da apresentação.

Exemplos:

Artigo de revista

Koonin EV, SF Altschul, Bork P: BRCA1 produtos proteicos: motivos funcionais. Nat Genet 1996, 13:266-267.

Artigo de suplemento da revista

Orengo CA, JE Bray, T Hubbard, Loconte L, Sillitoe I: Análise e avaliação de predição ab initio tridimensional, estrutura secundária, e previsão de contatos. Proteínas de 1999, 43 (Suppl 3) :149-170.

Artigo de imprensa

Kharitonov SA, Barnes PJ: Aspectos clínicos do óxido nítrico exalado. Eur Respir J, na imprensa.

Resumo Publicado

Zvaifler NJ, Burger JA, Marinova Mutafchieva-L, Taylor P, Maini RN: As células mesenquimais, estromais derivadas fator-1 e artrite reumatóide [resumo]. Arthritis Rheum 1999, 42: S250.

Artigo no âmbito dos procedimentos de conferência

Jones X: As zeólitas sintéticas e mecanismos. Em Anais da Primeira Conferência Nacional sobre Peneiras Poroso: 27-30 junho de 1996; Baltimore. Editado por Stoneham Y. Smith: Butterworth-Heinemann, 1996:16-27.

Capítulo de livro ou artigo de um livro

Schnepf E: De presas através endosimbionte de plastídios: estudos comparativos em dinoflagelados. Em Origens de plastídios. Volume 2. 2ª edição. Editado por RA Lewin. New York: Chapman e Hall; 1993:53-76.

Edição inteira da revista

Pondere B, Johnston S, Chodosh L (Eds): oncologia Inovadoras. Em Breast Cancer Res 1998, 10:1-72.

Anais de conferência

Smith Y (Ed.): Anais da Primeira Conferência Nacional sobre Peneiras Poroso: 27-30 junho de 1996; Baltimore. Stoneham: Butterworth-Heinemann, 1996.

Livro completo

Margulis L: Origem das células eucarióticas. New Haven: Yale University Press, 1970.

Monografia ou livro de uma série

Hunninghake GW, Gadek JE: Os macrófagos alveolares. Em culturas de células e tecidos humanos. Editado por TJR Harris. New York: Academic Press, 1995:54-56.[G Stoner (Editor da Série). Métodos e Perspectivas em Biologia Celular, vol 1]

Livro com autor institucional

Comitê Consultivo para a modificação genética: Relatório Anual. Londres, 1999. tese de doutorado

Kohavi R: Wrappers para melhorar o desempenho e gráficos decisão alheia. Tese de doutoramento. Stanford University, Departamento de Ciência da Computação, 1995.

Link / URL

O Mouse Biologia Tumoral Database
[<http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>]

Link / URL com o autor

Neylon C: Aberta investigação Computação: uma revista com objetivos comuns extraordinários.[http://blogs.openaccesscentral.com/blogs/bmcblog/entry/open_search_computation_an_ordinary]

9. **Ilustrações e figuras:** as ilustrações devem ser fornecidas como arquivos separados, não incorporadas no arquivo de texto. Cada figura deve incluir uma ilustração simples e deve caber em uma única página no formato retrato. Não há nenhum custo para o uso de figuras coloridas.
10. **Preparando arquivos adicionais:** apesar de o *Human Resources for Health* não restringir o comprimento e a quantidade de dados incluídos em um artigo, ainda pode haver ocasiões em que um autor deseja fornecer conjuntos de dados, tabelas, arquivos de filmes, ou outras informações como arquivos adicionais. Resultados que seriam indicados como "dados não apresentados" podem e devem ser incluídos como arquivos adicionais.
11. **Estilo e linguagem:** o *Human Resources for Health* só pode aceitar manuscritos escritos em Inglês. A ortografia deve ser a do Inglês americano ou a do britânico, mas não uma mistura de ambos. Não há limite explícito sobre o tamanho dos artigos submetidos, mas os autores são aconselhados a serem concisos. Também não há restrição quanto ao número de figuras, tabelas ou arquivos adicionais que podem ser incluídos em cada artigo online.
12. **Tipografia:** utilizar o espaço de linha dupla, digitar o texto não justificado, numerar todas as páginas.

ANEXO 4: Normas de publicação do periódico *Journal of Public Health Dentistry*

O *Journal of Public Health Dentistry* (JPHD) é dedicada ao avanço da odontologia em saúde pública, através da publicação de pesquisas relacionadas, prática e evolução política. Publicam-se, após avaliação editorial, artigos originais de pesquisa, relatos breves, revisões sistemáticas, artigos sobre novos métodos de investigação, relatórios de ação comunitária, edições especiais, editoriais e comentários de autores, cartas ao editor e resenhas de livros.

Submissão

Deve ser em Inglês e em conformidade com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos. O documento completo será encontrado em Ann Intern Med. 1997; 126 (1):36-47, ou on-line em <http://www.acponline.org/journals/resource/unifregr.htm>.

Carta para submissão: deve ser assinada por todos os autores e enviada pelo correio ou por fax (217-529-9120) para ser recebida ao mesmo tempo que o manuscrito. Uma cópia digitalizada da carta assinada e enviada eletronicamente em formato PDF também é aceitável.

Deve incluir: (1) informação sobre publicação prévia ou duplicada, ou apresentação em outro lugar de qualquer parte do trabalho, tal como definido nos Requisitos Uniformes; (2) uma declaração sobre relacionamentos financeiros ou outros que possam levar a um conflito de interesses; (3) uma declaração de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, que os requisitos para autoria foram cumpridos, e que cada autor acredita que o manuscrito representa trabalho honesto; e (4) o nome, endereço e número de telefone do autor correspondente, que é responsável pela comunicação com os outros autores sobre revisões e aprovação final das provas. Uma cópia digitalizada da carta assinada pode ser enviada por via eletrônica ou correio para o administrador da revista no endereço cgordon@associationcentral.org.

Esquema estrutural do artigo:

Os artigos devem ter entre 2.500 e 3.500 palavras, com no máximo seis tabelas ou figuras, e menos que 30 referências.

Estima-se um total de 21 ou menos páginas com espaço duplo.

Os trabalhos devem ser enviados através do site Manuscritos ScholarOne em: <http://mc.manuscriptcentral.com/jphd>. Deve-se seguir as orientações para a apresentação no local. Os autores serão cadastrados durante o processo de submissão no site.

Deve-se usar espaço duplo em todo o artigo, que se estrutura em: páginas de título, resumo, texto, agradecimentos, e referências.

Deve-se começar cada uma das seguintes seções em folhas separadas: página de rosto, resumo e palavras-chave, texto, agradecimentos, referências, tabelas individuais, e figuras. Deve-se numerar as páginas consecutivamente, no canto superior direito de cada página, começando com a página título.

Apresentação do manuscrito

1. **Página de rosto:** escrever apenas o título do manuscrito e não identificar a autoria. Os nomes dos autores não devem aparecer em qualquer página do manuscrito.
2. **Resumo:** no máximo 250 palavras, composto de quatro parágrafos: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Essas seções devem descrever o problema a ser abordado no estudo, como foi realizado o estudo, os resultados mais salientes (sem testes estatísticos) e o que os autores concluem com os resultados.
3. **Palavras-Chave:** abaixo do resumo, devem constar de três a dez palavras-chave ou frases curtas que auxiliarão na indexação do artigo. Elas representam o conteúdo principal do artigo
4. **Texto:** dividir o texto de artigos científicos em seções rotuladas: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Todas as siglas devem ser especificadas em sua primeira aparição no texto.
5. **Introdução:** Descreve claramente o propósito do artigo e resume os fundamentos para o estudo. Citar apenas referências estritamente pertinentes e não repetir o assunto exaustivamente.
6. **Métodos:** Descreve os métodos de forma clara e com detalhes suficientes para permitir que outros reproduzam os resultados. Citar as referências de métodos estabelecidos, inclusive de métodos estatísticos; oferecer referências e descrições breves para métodos que têm sido publicados, mas não são bem conhecidos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados; dar as razões para usá-los e avaliar suas limitações. Quando as investigações envolverem seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana.
7. **Resultados:** Apresentar os resultados em sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir todos os dados em tabelas ou figuras, mas sim enfatizar ou resumir somente as observações importantes.
8. **Discussão:** Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões dele decorrentes, principalmente as que se relacionem com a saúde pública. Não repetir, em detalhes, dados apresentados na seção Resultados. Incluir na discussão as implicações dos achados e suas limitações, e relacionar as observações com outros estudos relevantes. Evitar afirmações não qualificadas e conclusões que não são bem suportadas pelos seus dados. Estabelecer novas hipóteses quando tal se justifica.
9. **Referências:** Referências para manuscritos de artigo original são limitadas a um máximo de 30. O autor deve verificar as referências citadas com os documentos originais. O JPHD usa o estilo "Vancouver", e suas informações, bem como alguns exemplos, podem ser encontradas na página de requisitos em (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Identifique as referências no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre parênteses, consecutivamente na ordem em que são mencionadas no texto. Evite usar resumos como referências.

- 10. Tabelas:** Cada tabela deve ser apresentada em uma página separada. Fornecer o número de tabelas com um algarismo arábico, consecutivamente, e um breve título para cada uma.
- 11. Página extras:** taxas de páginas extras são cobradas: \$150,00 para cada página em excesso, ou seja, mais do que 7 páginas do jornal impresso (aproximadamente 21 páginas em espaço duplo, datilografado, inclusive de figuras, tabelas e referências). Encargos serão faturados e o pagamento é exigido antes da publicação.

ANEXO 5: Comprovante de submissão no periódico *Human Resources for Health*

The screenshot shows a web browser window displaying the 'My manuscripts' page for the journal 'Human Resources for Health'. The browser's address bar shows the URL 'http://www.human-resources-health.com/my/manuscripts'. The page features a navigation menu with 'Home', 'Articles', 'Authors', 'Reviewers', 'About this journal', and 'My HRH'. A search bar is present with a 'Go' button. The main content area is titled 'My manuscripts' and includes a sidebar with 'My details', 'My preferences', and 'My manuscripts' links. A text box in the sidebar explains that email preferences and manuscript information for other BioMed Central journals can be viewed on the BioMed Central site. The main content area is divided into 'As an author' and 'Submitted manuscripts' sections. Under 'Submitted manuscripts', a manuscript titled 'Is there a complete process of professionalization among oral health technicians in Brazil?' is listed. The manuscript details are: Journal: Human Resources for Health, Manuscript ID: 1639103782540681, Submitted: 14 April 2011, and Peer review status: Under review. A 'Revise' button is visible next to the manuscript title. The page also includes an advertisement for 'GLOBALIZATION AND HEALTH' at the top and another advertisement at the bottom.

HRH | My manuscripts - Windows Internet Explorer
http://www.human-resources-health.com/my/manuscripts

GLOBALIZATION AND HEALTH
Research on the positive and negative effects of globalization on health

Welcome Mauro Henrique Abreu | Log off

BioMed Central Journals Gateways

HUMAN RESOURCES FOR HEALTH
UNOFFICIAL IMPACT FACTOR 1.29

Search this journal for Go

Advanced Search

Home Articles Authors Reviewers About this journal My HRH

My details
My preferences
My manuscripts

Email preferences and manuscript information for other BioMed Central journals can be viewed on the [BioMed Central](#) site.

My manuscripts

▼ As an author

▼ Submitted manuscripts

Is there a complete process of professionalization among oral health technicians in Brazil? [Revise](#)

Journal: **Human Resources for Health**
Manuscript ID: 1639103782540681
Submitted: 14 April 2011
Peer review status: Under review

ADVERTISMENT

Internet | Modo Protegido: Ativado 100%

HRH | My manuscri...

PT 21.44

ANEXO 6: Lei 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º (VETADO)

Art. 2º (VETADO)

Art. 3º O Técnico em Saúde Bucal e o Auxiliar em Saúde Bucal estão obrigados a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerçam suas atividades.

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º Os valores das anuidades devidas aos Conselhos Regionais pelo Técnico em Saúde Bucal e pelo Auxiliar em Saúde Bucal e das taxas correspondentes aos serviços e atos indispensáveis ao exercício das profissões não podem ultrapassar, respectivamente, 1/4 (um quarto) e 1/10 (um décimo) daqueles cobrados ao cirurgião-dentista.

Art. 4º (VETADO)

Parágrafo único. A supervisão direta será obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta.

Art. 5º 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:

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;

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 anti-sepsia 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.

§ 1º Dada a sua formação, o Técnico em Saúde Bucal é credenciado a compor a equipe de saúde, desenvolver atividades auxiliares em Odontologia e colaborar em pesquisas.

§ 2º (VETADO)

Art. 6º É vedado ao Técnico em Saúde Bucal:

I - exercer a atividade de forma autônoma;

II - prestar assistência direta ou indireta ao paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista;

III - realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no art. 5º desta Lei; e

IV - fazer propaganda de seus serviços, exceto em revistas, jornais e folhetos especializados da área odontológica.

Art. 7º (VETADO)

Art. 8º (VETADO)

Parágrafo único. A supervisão direta se dará em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta.

Art. 9º Compete ao Auxiliar em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal:

I - organizar e executar atividades de higiene bucal;

II - processar filme radiográfico;

III - preparar o paciente para o atendimento;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;

V - manipular materiais de uso odontológico;

VI - selecionar moldeiras;

VII - preparar modelos em gesso;

VIII - registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;

IX - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII - desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;

XIII - realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; e

XIV - adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Art. 10. É vedado ao Auxiliar em Saúde Bucal:

I - exercer a atividade de forma autônoma;

II - prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal;

III - realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no art. 9º desta Lei; e

IV - fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados da área odontológica.

Art. 11. O cirurgião-dentista que, tendo Técnico em Saúde Bucal ou Auxiliar em Saúde Bucal sob sua supervisão e responsabilidade, permitir que esses, sob

qualquer forma, extrapolem suas funções específicas responderá perante os Conselhos Regionais de Odontologia, conforme a legislação em vigor.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de dezembro de 2008; 187^o da Independência e 120^o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Carlos Lupi

José Gomes Temporão

8 APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Número do
questionário:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG).

O objetivo do estudo é analisar o Perfil dos TSB na Estratégia Saúde da Família (ESF) do estado de Minas Gerais. As perguntas que serão feitas a vocês dizem respeito a sua vida profissional.

Afirmamos que as informações prestadas por você serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação e os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa.

A sua participação é muito importante, no entanto é inteiramente voluntária e você está livre para recusar a participação a qualquer momento, mesmo durante o desenvolvimento da pesquisa.

Toda pesquisa realizada pela Faculdade de Odontologia da UFMG é avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP-UFMG. Portanto, no caso de dúvidas você poderá obter informações sobre esta pesquisa no COEP/UFMG, Avenida Antônio Carlos nº6627 – Unidade Administrativa II (prédio da Fundep) – 2º andar, sala 2005 – CEP: 31270-901 – Belo Horizonte – MG. Tel: (31) 3409-4592/ Tel. do orientador – Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu: (31) 34092474 e 96993493

Você, como TSB da ESF se considera devidamente informado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa? Sobre a utilização das informações fornecidas e com clareza de que pode a qualquer momento suspender o seu consentimento e sua participação? Você concorda livre e voluntariamente em cooperar com esta pesquisa e de que é garantido o seu direito de não identificação?

-----,-----de-----de 2010

Hora:-----

Nome completo do(a) participante:

Assinatura do pesquisador (Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu)

Assinatura da mestrandia (Carla Aparecida Sanglard Oliveira)

APÊNDICE 2

Questionário

QUESTIONÁRIO

Nº:

Data: ____/____/____

Local: _____

1. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino
 2. Idade: _____
 3. Escolaridade:
(0) Primeiro grau incompleto (4) Terceiro grau incompleto
(1) Primeiro grau completo Qual? _____
(2) Segundo grau incompleto (5) Terceiro grau completo
(3) Segundo grau completo Qual? _____
 4. Fez curso específico de TSB? (1) Sim (0) Não
 5. Em que escola se formou? _____
 6. Em que ano se formou? _____
 7. Fez algum curso de atualização na área odontológica? (1) Sim (0) Não
(99) Não sabe
 8. Quem ofertou o curso? (1) Instituições públicas e/ou CRO-MG (0) Outros
(99) Não se aplica
 9. Em que ano você foi admitido para trabalhar como TSB na ESF? _____
 10. Está registrado no CRO-MG como TSB? (1) Sim (0) Não
 11. Renda Mensal do trabalho como TSB (LÍQUIDA): (1) até R\$510,00 (0) de R\$510,00 a R\$1020,00 (99) Acima R\$1020,00
- Quais as funções você exerce no consultório odontológico rotineiramente?
12. Participa de algum treinamento das ASB e de outros profissionais da saúde?
(1) Sim (0) Não
 13. Participa na realização de levantamentos epidemiológicos? (1) Sim (0) Não

14. Participa de ações educativas, atuando na promoção de saúde e na prevenção das doenças bucais (1) Sim (0) Não

15. Faz demonstração de técnicas de higiene bucal (escovação, etc.)? (1) Sim (0) Não

16. Faz aplicação tópica de flúor? (1) Sim (0) Não

17. Faz polimento coronário? (1) Sim (0) Não

18. Faz raspagem, remoção de tártaro? (1) Sim (0) Não

19. Qual sua relação de trabalho com as ASB? (2) Supervisão (1) Trabalho em equipe (0) Ambas (99) Nenhuma

20. No serviço onde você atua há aparelho de RX? (1) Sim (0) Não

Se a resposta for positiva:

21. Faz tomada de radiografias intraorais? (1) Sim (0) Não (99) Não se aplica

22. Faz revelação de radiografias intraorais? (1) Sim (0) Não (99) Não se aplica

23. Faz montagem de radiografias intraorais? (1) Sim (0) Não (99) Não se aplica

24. Insere e condensa substâncias restauradoras? (1) Sim (0) Não

25. Proceda à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos? (1) Sim (0) Não

26. Remove suturas? (1) Sim (0) Não

27. Aplica medidas de biossegurança quando armazena, manuseia e descarta os produtos e resíduos odontológicos? (1) Sim (0) Não

28. Promove isolamento do campo operatório? (1) Sim (0) Não

29. Prepara o paciente para o atendimento? (1) Sim (0) Não

30. Marca consulta? (1) Sim (0) Não

31. Preenche, faz anotação em fichas clínicas? (1) Sim (0) Não

32. Auxilia e instrumenta os profissionais no atendimento clínico? (1) Sim (0) Não

33. Manipula materiais de uso odontológico? (1) Sim (0) Não

34. Seleciona moldeiras? (1) Sim (0) Não

35. Confecciona modelos de gesso? (1) Sim (0) Não

36. Você lava os instrumentais? (1) Sim (0) Não
37. Você esteriliza os instrumentais? (1) Sim (0) Não
38. Proceda à conservação e manutenção de equipamentos odontológicos?
(1) Sim (0) Não
39. Faz limpeza do consultório? (passar pano, etc.)? (1) Sim (0) Não
40. Realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal?
(1) Sim (0) Não
41. Realiza visitas domiciliares junto com a ESF? (1) Sim (0) Não

Que atividades são realizadas nas visitas?

42. Preventivas/Educativas? (1) Sim (0) Não (99) Não se aplica
43. Clínicas? (1) Sim (0) Não (99) Não se aplica
44. Levantamento Epidemiológico? (1) Sim (0) Não (99) Não se aplica

Realiza ações coletivas em:

45. Creches? (1) Sim (0) Não
46. Escolas? (1) Sim (0) Não
47. Outros? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não
48. Participa de reuniões e planejamento juntamente com a equipe da ESF (médico, enfermeiro, ACS...)? (1) Sim (0) Não

Em relação à Lei nº 11.889, que criou a profissão de TSB, você acha que:

49. (1) Foi um avanço (0) Foi um retrocesso (99) Não sabe
50. (1) Não mudou nada (0) Mudou a sua prática (99) Não sabe

APÊNDICE 3

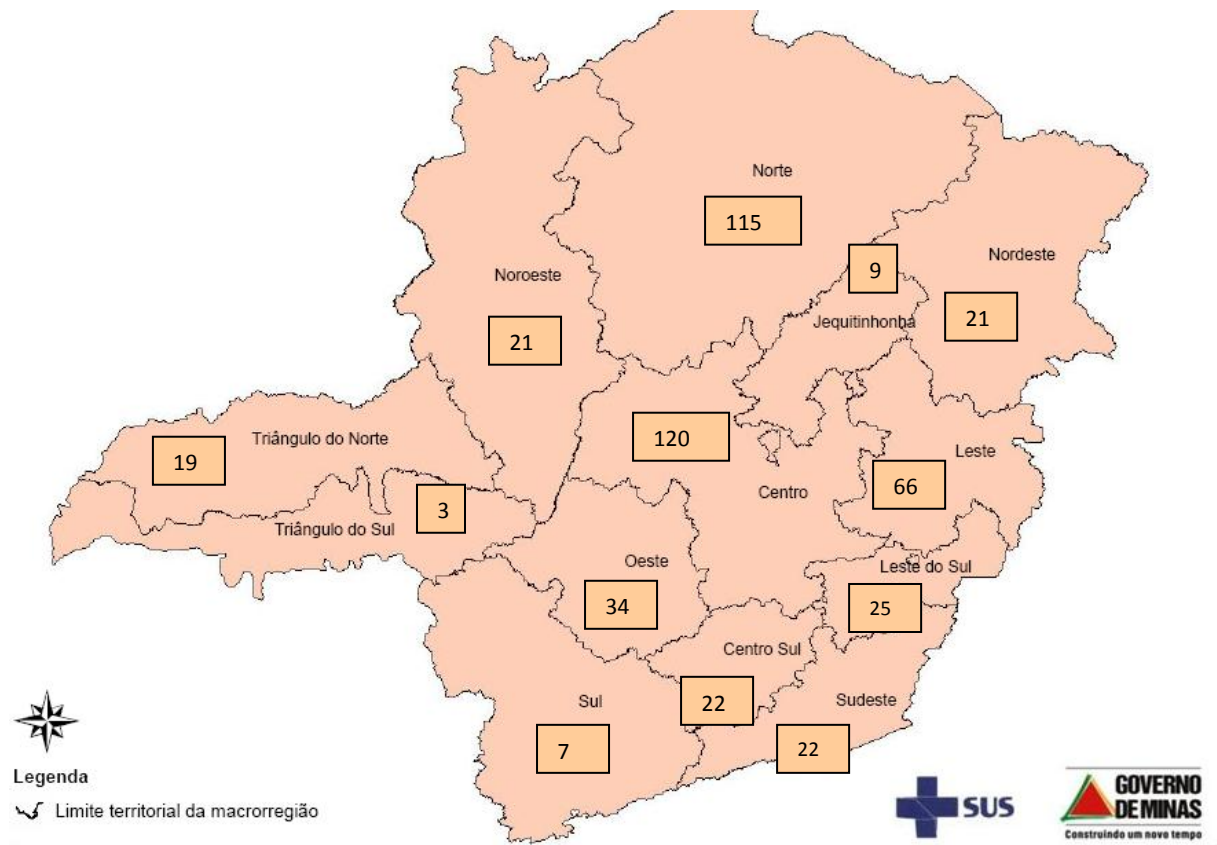
Quadro 2 - Porcentagem de TSBs em equipes de modalidade II da ESF, sorteadas de acordo com as macrorregiões do Estado de Minas Gerais, 2010.

Macrorregiões sanitárias de Minas Gerais	Amostra sorteada de forma aleatória (%)	Proporção de TSB no universo finito (%)	Perdas durante a coleta (Valores absolutos)
1) Centro	21,2	24,7	4
2) Centro Sul	3,5	4,5	1
3) Jequitinhonha	1,3	1,8	2
4) Leste	12,1	13,6	5
5) Leste do Sul	7,8	5,1	1
6) Nordeste	6,5	4,3	0
7) Noroeste	3,9	4,3	1
8) Norte de Minas	24,2	23,7	9
9) Oeste	8,2	7,0	2
10) Sudeste	4,8	4,5	1
11) Sul	1,7	1,4	0
12) Triângulo o Norte	3,9	3,9	1
13) Triângulo do Sul	0,8	0,6	0
TOTAL	100	100	27

Para verificar se a distribuição dos TSBs sorteados aleatoriamente era semelhante a uma amostra proporcional representativa do Estado de Minas Gerais, organizou-se este quadro supracitado para comparação, utilizando as 13 macrorregiões sanitárias que compõem o Estado. Constatou-se que a distribuição de TSBs da amostra aleatória simples seria semelhante à distribuição de TSBs pelo Estado se a amostra fosse estratificada de forma proporcional, garantindo, assim, uma amostra representativa de todo o Estado de Minas Gerais.

APÊNDICE 4

Mapa 1: representação das 13 macrorregiões sanitárias de Minas Gerais e os respectivos números absolutos de TSBs (n = 484) usados para o cálculo da amostra, distribuídos em cada uma delas em maio de 2010.



APÊNDICE 5

Esquema amostral do estudo

