

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DENILSON GUIMARÃES DE OLIVEIRA

CATAS ALTAS – MG

DEZEMBRO / 2011

DENILSON GUIMARÃES DE OLIVEIRA

**O TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

CATAS ALTAS – MG

DEZEMBRO / 2011

DENILSON GUIMARÃES DE OLIVEIRA

**O TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, por colocar em meu caminho pessoas especiais como a Sra. Norma Guimarães, exemplo de mãe e de profissional de Enfermagem, que realiza suas atividades com amor, ética e dedicação, e também Audrin Lorentz, companheira, confidente e parceira nos momentos bons e ruins.

Ao núcleo de estudos em saúde coletiva da faculdade de medicina da UFMG, por acreditar na estratégia saúde da família e dedicar ao ensino de milhares de profissionais.

À Lizziane d'Avila, tutora, dedicada, e companheira à distância no desenvolvimento deste curso.

Ao orientador do TCC Bruno Sena, pela dedicação, paciência e compromisso, além de motivação para execução deste trabalho.

À equipe de Saúde Bucal de Catas Altas, pelo compromisso com o serviço público, dedicação aos usuários e à promoção de saúde. Vocês fazem valer a pena dedicar-me à atenção básica e ao S.U.S. .

Às secretarias de saúde e assistência social de Catas Altas, em nome de Cláudia Picardi, por possibilitar aos funcionários investirem em educação , para que assim possam ofertar os melhores serviços e condutas aos usuários do serviço público.

Obrigado a todos!

RESUMO

O técnico em saúde bucal (TSB) pertence à uma categoria profissional da equipe de saúde bucal responsável por ações diretas na assistência odontológica, à nível individual, e nas ações de prevenção e promoção de saúde, à nível coletivo. Sua presença, se bem utilizada, pode elevar a cobertura das ações de saúde bucal à população assistida. O objetivo deste foi descrever a atuação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família. As informações foram obtidas através de revisão de literatura com artigos dos últimos cinco anos. Os resultados mostraram que existem barreiras para a atuação do TSB nas equipes de saúde bucal, pela falta de clareza em relação às suas funções, por desconhecimento da legislação e até por dificuldade do cirurgião-dentista em trabalhar em equipe, supervisionando e delegando funções.

Palavras-Chave: Técnico em Saúde Bucal; Saúde Bucal Coletiva; Prevenção e Promoção de Saúde; Atenção Básica; Equipe de Saúde Bucal.

ABSTRACT

The dental hygienist (TSB) belongs to a professional category of the oral health team responsible for direct action on dental care at the individual level and in prevention and health promotion at the collective level. His presence, if utilized properly, can increase the coverage of oral health actions to the population assisted. The objective of this review was to describe the oral health technician in the family health strategy. Information was obtained through a review of the literature with articles from the last five years. The results showed that there are barriers to the work of the TSB in oral health teams, the lack of clarity in relation to their functions, for ignorance of the law and even the difficulty of the dentist to work as a team, supervising and delegating.

Key words: Technical Oral Health; Oral Health; Prevention and Health Promotion; Primary Care; Dental Health Team.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD-	Auxiliar de Consultório Dentário
ASB-	Auxiliar de Saúde Bucal
CBO -	Classificação Brasileira de Ocupações
CD-	Cirurgião-Dentista
CFE -	Conselho Federal de Educação
CFO -	Conselho Federal de Odontologia
ESB -	Equipes de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
MS -	Ministério da Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
THD-	Técnico de Higiene Dental
TSB -	Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. METODOLOGIA	15
5. REVISÃO DE LITERATURA	16
5.1 Formação profissional em Odontologia	16
5.2 A odontologia no Sistema Único de Saúde	18
5.3 Saúde Bucal Coletiva e as atividades do TSB	19
5.4 Regularização das profissões de THB e ASB	21
5.5 Educação em Saúde	24
6. DISCUSSÃO	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Qualquer que seja o tipo de trabalho humano, seu surgimento e desenvolvimento visam à satisfação das necessidades. Dessa forma, o trabalho odontológico deve também evoluir de acordo com tais necessidades (NARVAI, 1997).

O desenvolvimento de novas estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde através de mudanças nos padrões de modos de vida da população, bem como o movimento de promoção em saúde , tem avançado, nos últimos tempos, tanto em países desenvolvidos quanto em países emergentes, alcançando ganhos reais em saúde coletiva (MOYSES & WATT, 1999 *apud* PIVEZAM & GRASIELA, 2005).

Um dos princípios fundamentais da promoção de saúde é o desenvolvimento de ações destinadas às necessidades da população alvo. Neste sentido, o pré-requisito indispensável para o sucesso é o conhecimento da epidemiologia das doenças bucais, a realidade de cada uma das pessoas, como se organizam na comunidade e solucionam os problemas individuais e coletivos, o modo de vida, as crenças, os valores, anseios, enfim, estratégias essenciais para se conhecer o grupo e então promover ações em saúde adequadas à realidade (MARCENES & BONECKER, 1999 *apud* PIVEZAM & GRASIELA, 2005).

O Programa de Saúde da Família, instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde, constitui uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. No entanto, o cirurgião-dentista foi inserido nessa proposta somente em 2000, com a criação das Equipes de Saúde Bucal (CERICATO , 2007).

Nas últimas décadas, o alcance das abordagens preventivas modificou de forma significativa o estado de saúde bucal de muitas populações. Tanto em países mais desenvolvidos quanto em nações com má distribuição de renda, como é o caso do Brasil, o investimento em prevenção da doença cárie dental do ponto de vista da saúde coletiva mostrou ser mais acertado do que o direcionamento tradicional dos recursos em atendimentos restauradores (BRESOLIM, 2000 *apud* CRESTANI, 2008).

Em uma escala de prioridades quanto aos problemas de saúde bucal, as oclusopatias ocupam a terceira posição, superadas pela cárie dentária e pelas doenças periodontais, principalmente no que se refere à população infantil e adultos jovens (WHO, 1989).

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

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

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

Para Motta (1995) e Vergara (2000) autores do campo de administração, pessoas são os recursos mais importantes para se produzir (ou não) mudanças no interior de uma organização. Segundo eles, os processos de mudanças são construções sociais e, na sociedade contemporânea, as instituições sociais (famílias, escolas, organizações e empresas) estão vivenciando uma crescente democratização em seus interiores. Daí a importância de se valorizar a gestão de pessoas nos ambientes de trabalho, durante os processos de mudança. No

que se refere às especificidades do trabalho em saúde, um componente a destacar consiste no elevado grau de divisão do trabalho observado na produção dos serviços de saúde, resultando no surgimento e consolidação de novas categoria profissionais e ocupacionais (SANTANA, 1999).

Frazão *et al.* (1995) afirmaram que a utilização de pessoal auxiliar odontológico possibilita, quando sob certas condições de trabalho, tanto do ponto de vista da eficiência quanto da eficácia, o aumento da qualidade, da produtividade e do rendimento dos serviços prestados pelo cirurgião-dentista.

A estratégia saúde da família é um espaço social favorável para o estudo da utilização do Técnico em Saúde Bucal nas ações de educação e promoção de saúde, prevenção e assistência individual ofertadas na atenção primária à saúde, sendo o processo de trabalho um aspecto fundamental da mesma (BRASIL, 2000).

Para os profissionais de saúde bucal, sua inserção em uma equipe multiprofissional, significa uma maneira nova de trabalhar e representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um novo espaço de construção de práticas e relações, que possibilita reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal nos serviços de saúde, vislumbrando-se uma possibilidade de aumento de cobertura, maior alcance de medidas de caráter coletivo e maior efetividade na resposta às necessidades da população (BRASIL, 2000).

Com a estratégia saúde da família, lançada como programa pelo Ministério da Saúde em 1994, foi assumido o compromisso de prestar assistência integral, universal, equânime, contínua e resolutiva à população, com base em suas necessidades, identificando os fatores de risco a que essa população está exposta, buscando intervir sobre eles (BRASIL, 2000).

A equipe de Saúde Bucal (ESB) deve ser composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) na Modalidade I; acrescida de um Técnico em Higiene Dental (THD) na Modalidade II, onde, de acordo com a Portaria GM nº 74 (BRASIL, 2004), esse tipo de ESB pode receber do Ministério da Saúde um equipamento odontológico completo para utilização pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB), àquela época denominado de THD (BRASIL, 2003) .

Como houve mudança de nomenclatura do ACD, que passou a se chamar de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e do THD, que foi denominado de TSB, após a regulamentação destas profissões, nesse estudo ACD e ASB são considerados sinônimos, bem como THD e TSB.

2 JUSTIFICATIVA

Com a estratégia saúde da família e o programa Brasil Sorridente, milhares de pessoas passaram a ter acesso aos atendimentos individualizados e às ações coletivas voltadas à comunidade. Dentre essas ações destaco as da equipe de saúde bucal, atuando tanto clinicamente quanto coletivamente.

A inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família possibilitou, além de melhorias na qualidade da atenção à população, a ampliação do mercado de trabalho dos técnicos em saúde bucal.

No entanto, mesmo com equipes de saúde bucal na modalidade II, ou seja, composta pelos profissionais cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal, observa-se pouca ação do técnico além das paredes do consultório, na maioria das vezes trabalhando como auxiliar do cirurgião-dentista.

O técnico em saúde bucal tem uma gama de funções específicas para o desenvolvimento das ações voltadas à prevenção e promoção de saúde, além de ser um elo de ligação entre educação e saúde. Vejo que este profissional está sendo subutilizado em diversas prefeituras e respectivas equipes de saúde bucal.

Espera-se que esse trabalho possa possibilitar uma reflexão à respeito da saúde bucal, em particular a participação do Técnico em Saúde Bucal como um membro da equipe, com importante função na prevenção e promoção de saúde, muito além das paredes do consultório odontológico, podendo, com seu espaço e funções respeitadas e estimuladas, proporcionar à população melhores condições de atendimento e atenção, possibilitando melhorias nos indicadores de saúde bucal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Realizar uma revisão de literatura sobre a atuação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a forma de organização do modelo assistencial odontológico no Sistema Único de Saúde.
- Descrever as atividades a serem executadas pelo TSB na estratégia saúde da família
- Analisar fatores que levam a subutilização desses profissionais na atenção primária, muitas vezes exercendo a função de auxiliar.

4 METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Scielo, Medline, Bireme , BBO e Google Acadêmico entre Abril e Setembro de 2011 e em listas de referências dos artigos identificados e selecionados das referidas bases de dados , utilizando os descritores: *técnico em saúde bucal, saúde bucal coletiva, prevenção e promoção de saúde, atenção básica e equipe de saúde bucal*. Foram incluídos artigos relacionados ao tema e publicados no idioma português, espanhol e inglês. Os descritores em inglês foram pesquisados na base de dados Medline e os descritores em espanhol e português foram pesquisados na base Scielo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Formação Profissional em Odontologia

Historicamente, a formação profissional em odontologia enfoca prioritariamente os procedimentos voltados aos dois principais agravos de saúde bucal, a doença cárie dentária e as doenças periodontais, abordando superficialmente promoção de saúde bucal em trabalho multidisciplinar (MACIEL & KORNIS, 2006).

A formação dos dentistas é considerada distante das reais necessidades sócio-epidemiológicas da população, o que resulta em práticas desintegradas e baixa qualidade dos serviços de saúde. A integralidade das ações fica desarticulada a partir das instituições superiores de ensino, refletindo esse padrão nos serviços de saúde. A formação do cirurgião-dentista brasileiro reproduz padrões flexnerianos e capitalistas, induzindo o profissional para a prática das especialidades, voltadas para o setor privado, deixando a atenção à saúde total e coletiva em segundo plano (MACIEL & KORNIS, 2006).

A garantia de acesso aos conhecimentos para desenvolvimento de ações educativas e preventivas (...) permite aos futuros profissionais orientar as ações para a saúde bucal e qualidade de vida da população (ARAÚJO, 1988; HEBLING, 2007).

Nos últimos anos, uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional em várias áreas da saúde vem ocorrendo. O SUS constitui um significativo mercado de trabalho para os odontólogos, fazendo com que o ensino de graduação não produza o impacto esperado sobre os futuros profissionais para estimulá-los a atuar no serviço público, devido a vários fatores, entre eles a ausência de integração entre ensino e serviço, a alienação das escolas da área de saúde da realidade social e os conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema de formação superior (MORITA & KRIGER, 2004).

Atualmente, a proposta de diminuir a distância entre a formação de recursos humanos e as necessidades do Sistema Único de Saúde se expressa

através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que trazem para as instituições de ensino superior e ensino técnico o desafio do desenvolvimento de uma formação em odontologia de acordo com propósitos do SUS (MORITA & HADDAD, 2008).

As DCN determinam um eixo comum para a formação dos profissionais da saúde, com objetivo de promover a integralidade da atenção, princípio doutrinário do SUS, além de ampliar a compreensão da prática de trabalho em equipe, conforme preconiza a Estratégia de Saúde da Família, que norteia a organização da atenção básica dentro do SUS. A indicação das DCN é para a inserção dos alunos de graduação junto ao trabalho das equipes de saúde, uma vez que a abordagem multiprofissional proporciona um treino aos estudantes para motivar comunidades a assumirem a responsabilidade de sua saúde e seu autocuidado (MORITA & HADDAD, 2008).

No Brasil, o estímulo para a aproximação das instituições de ensino superior com os serviços de saúde, ocorreu por meio dos Ministérios da Saúde e da Educação, que criaram em 2005 o Pró-Saúde, programa de reorientação curricular dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, que envolve projetos com as Instituições de Ensino Superior e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios relacionados a esses projetos. A perspectiva é que a integração do ensino ao serviço público de saúde dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, direcionados à construção e fortalecimento do SUS. O objetivo maior é corrigir o descompasso existente entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS. O Pró-Saúde visa incentivar a transformação do processo de formação para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo principal a integração ensino-serviço, através da inserção dos estudantes na realidade da rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação. A iniciativa objetiva formar profissionais críticos, com conhecimentos e habilidades que os possibilitem atuar em um sistema de saúde integrado (BRASIL, 2007).

5.2 A Odontologia no Sistema Único de Saúde

No Brasil, as ações e serviços de atenção à saúde bucal estão organizados e distribuídos em níveis de atenção de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos. O Ministério da Saúde tem denominado a atenção primária como Atenção Básica, sendo esta um conjunto de ações, individuais e coletivas, voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, utilizando-se da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da Atenção Básica no país (BRASIL, 2006).

A ESF orienta-se por princípios como a universalidade, a equidade da atenção e a integralidade das ações, determinando uma nova forma de atuação nas unidades básicas de saúde e definindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, através de ações humanizadas, competentes, articuladas intersetorialmente e apropriadas ao contexto social (TRAD & BASTOS, 1998).

O Programa Brasil Sorridente proposto pelo Governo Lula (2003-2006) objetiva a ampliação do acesso à atenção em saúde bucal, envolvendo a reorientação do modelo existente, através da garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços; da integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população; da definição de política de educação permanente para os trabalhadores e da pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas de saúde bucal da população. A ampliação e qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados devem ocorrer através da implantação e melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que funcionarão como unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, oferecendo procedimentos complementares aos realizados nas unidades básicas de saúde, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município (BRASIL, 2004).

5.3 Saúde Bucal Coletiva e atividades dos Técnicos em Saúde Bucal

Narvai e Frazão (2006) definem Saúde Bucal Coletiva como um campo de conhecimentos e práticas , onde a saúde bucal da população resulta, não somente da prática odontológica, mas de um modelo de atenção e de um sistema de saúde adequado às necessidades da população.

O objeto desse estudo situa-se no contexto da saúde bucal coletiva, onde a prática do TSB resulta de construções sociais elaboradas por este e por outros agentes sociais envolvidos e pela organização do sistema local de saúde, que também influencia essa prática , a qual deveria estar voltada para as necessidades da população adscrita.

Queluz (2005) estudou o perfil dos profissionais técnicos em saúde bucal e chegou à conclusão que, em relação às atividades executadas pelo TSB, poucas são aquelas que o difere, na prática, do ASB (cerca de 45%). Cerca de 55 % dos TSB desempenham atividades de ASB, como: preparação do paciente , instrumentação do CD, manipulação de materiais. Os dados permitiram inferir que o THD é subutilizado no serviço. Número relativamente reduzido realiza grande parte das atividades para as quais se encontra legalmente habilitado.

Frazão (1998) também realizou um estudo sobre a participação de pessoal auxiliar nas ações de promoção da saúde, envolvendo cinco municípios do estado de São Paulo, com o objetivo de analisar a participação desse pessoal na promoção da saúde bucal. Um questionário foi respondido por 245 (75,4% dos 325 auxiliares e técnicos em higiene dental empregados nesses municípios). Os resultados indicaram que a participação em atividades de promoção da saúde bucal é relativa e varia conforme o município em estudo. Em alguns, o pessoal auxiliar odontológico vem dedicando sua jornada de trabalho mais para promoção da saúde bucal do que para ações de assistência odontológica individual, contribuindo, deste modo, para a transformação das práticas da odontologia em saúde coletiva e do sistema de saúde em construção no Brasil.

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ocupações são “conjuntos de saberes (saber geral, saber-fazer e saber ser), que demandam vários domínios estruturados de saberes e práticas necessárias ao exercício de vários postos de trabalho semelhantes”, considerando-se posto de trabalho como um conjunto de atividades correlacionadas, exercidas por uma pessoa, em um determinado local (BRASIL, 2002).

Por outro lado, profissão corresponde “ao domínio de um complexo corpo de conhecimentos e qualificações especializadas que atende as exigências de habilitação para o exercício de uma determinada atividade”, estando geralmente associada ao exercício de atividades com alto grau de autonomia e tomada de decisão (BRASIL, 2002).

Para Narvai (2003), a não utilização de pessoal auxiliar significa uma ostentação, que não deve ser permitida por nenhuma sociedade, considerando um erro empregar um profissional com elevado padrão científico na execução de ações que não requeiram tal padrão.

5.4 Regulamentação das profissões de TSB e ASB

Após uma espera de mais de vinte anos, a Lei 11.889 , de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008) regulamentou o exercício das profissões de TSB (antes chamada THD) e de ASB (antes denominada ACD).

Consta no artigo 5º da referida lei, as competências do Técnico em Saúde Bucal, que deve realizá-la sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista. Para o TSB, às atividades estabelecidas para o ASB, somam-se as seguintes:

- 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 odontológico 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 ambiente 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.

Cita o parágrafo 1º desse artigo que o Técnico em Saúde Bucal é credenciado a compor a equipe de saúde, desenvolver atividades auxiliares em Odontologia e colaborar em pesquisas.

Os estudos e a prática da Saúde Pública permitem o diagnóstico científico dos problemas de saúde das comunidades e a aplicação de medidas individuais e coletivas para controlar esses problemas, evitando sua progressão ou reduzindo sua ocorrência a níveis economicamente viáveis e socialmente aceitáveis (FRAZÃO, 1999). Verificar a distribuição e a gravidade dos agravos de saúde que ocorrem nas populações revela os fatores etiológicos das doenças e fornece dados para o planejamento de ações preventivas e curativas.

“Nos últimos 40 anos, ocorreram notáveis transformações nos padrões epidemiológicos das doenças e agravos à saúde bucal, fazendo com que diferentes morbidades e condições ganhassem importância para a Saúde Pública” (PERES, 2006).

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

um amplo conjunto de métodos e produtos voltados à higiene bucal, como, por exemplo, enxaguatórios e escovas de dente especiais, entre outros (FRAZÃO & NARVAI, 2011).

A lei inovou também ao tratar do tema da supervisão. Na primeira norma editada pelo CFE, afirma-se que as atividades devem ser realizadas “sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista na proporção de um para um” (CFE, 1975). Na última versão, objeto de deliberação do CFO, antes da homologação da lei, constava que as atividades a serem realizadas pelo THD seriam “sempre sob supervisão da presença física do cirurgião-dentista, na proporção máxima de um CD para cinco THD’s” (CFO, 2005).

A lei n.º 11.889/08 promoveu ajuste no texto que passou a afirmar que “a supervisão direta será obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta”. Do ponto de vista da dinâmica administrativa, impõe reconhecer que os legisladores implementaram relevante aprimoramento ao categorizar o tipo de supervisão e explicitar a supervisão indireta para as atividades extraclínicas, isto é, aquelas voltadas à promoção da saúde e prevenção das doenças em âmbito coletivo, nas quais, usualmente, a supervisão direta é menos frequente e predomina a supervisão indireta. Embora alguns profissionais da saúde possam ver na luta desses trabalhadores pelo reconhecimento da profissão uma ‘conspiração’, a regulamentação profissional em nenhum aspecto se apresenta como ameaça aos dentistas (LINAN & BRUNO, 2007).

Ao definir as competências específicas e complementares nos campos de atuação, após duas décadas de debates, é nítida sua contribuição para o exercício das funções do TSB e para o processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

5.5 Educação em Saúde

O conceito de saúde não se limita à ausência de doença ou enfermidade, mas deve ser entendido como um conjunto de elementos que proporcionem o bem-estar físico, mental e social, conforme apontado pela Organização Mundial de Saúde. (BRASIL, 2004)

Inserida em um conceito amplo de saúde, a promoção da saúde bucal transcende a dimensão técnica da prática odontológica, sendo a saúde bucal integrada às demais práticas de saúde coletiva. As ações de promoção e proteção à saúde visam à redução de fatores de risco, que constituem uma ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidade e doenças. (VERAS *et al.*, 2003).

Miranda *et al.*(2000) afirmaram que a educação em saúde é um processo que induz à mudança de comportamento relativo à saúde. E esse processo deve ser não somente individual, mas também coletivo, com vistas à promoção de informações e motivação de hábitos que mantenham a saúde e previnam as doenças. Apontaram pontos importantes para a promoção da saúde bucal, entre eles, a motivação e a cooperação consciente do paciente, os programas preventivos, incluindo palestras, escovação dentária supervisionada, controle e avaliação, considerando-se as faixas etárias receptivas, ou, pelo menos, susceptíveis à mudança de hábitos, a adoção de hábitos alimentares adequados e a correta higiene bucal.

A educação em saúde poderá possibilitar ao usuário a mudança de hábitos de saúde, apoiando-o na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde bucal (BRASIL, 2004).

A educação em saúde constitui um processo destinado a manter e elevar o nível de saúde da população e, ao mesmo tempo, reforça a manutenção de hábitos positivos de saúde. Educação em saúde pode ser definida como práticas sociais que se estabelecem entre sujeitos (profissionais e usuários) que atuam em instituições de saúde, conscientes ou não da função

educativa desenvolvida. Com o objetivo de criar vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, a educação em saúde visa capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida. Assim, esta ação deve ser estimulativa, com vistas a levar o indivíduo a participar do processo educativo; exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadora, com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e terapêutica para permitir retificar os eventuais descaminhos do processo educativo (VERAS *et al.*, 2003).

A educação em saúde bucal é o método mais empregado nos programas de saúde bucal, juntamente com as iniciativas para a fluoretação das águas de abastecimento, a indicação do uso de dentifrícios, bem como a escovação supervisionada e o uso do fio dental, bochechos com solução fluoretada e aplicação tópica de fluoretos (BRASIL, 2001).

6 DISCUSSÃO

A estratégia saúde da família no Brasil constitui-se em um campo com tradição dos sistemas nacionais e públicos de saúde, onde, baseado na concepção do direito universal à saúde, vincula obrigatoriamente cada família à equipe de um território. A ESF trabalha com o conceito de responsabilidade sanitária com base em regiões e na população de cada território. Nesse campo, percebe-se que elementos da tradição liberal-privatista e dos sistemas nacionais de saúde também se misturam. (AGUIAR, 2010)

Ainda segundo Aguiar (2010), na Saúde Pública, a utilização do TSB ocorre por meio da participação no treinamento e capacitação de ASB e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; participação em ações educativas, atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; participação na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador ; ensino de técnicas de higiene bucal e realização de prevenção das doenças bucais por meio de aplicação tópica de flúor , conforme orientação do cirurgião-dentista.

Segundo Aguiar (2010), com relação à utilização do TSB na Saúde Pública, observaram-se nas falas dos vários agentes sociais entrevistados percepções que traduzem disposições favoráveis à sua utilização nesse âmbito, caracterizando situações mais próximas do modelo preconizado pelo MS. Foi possível também captar aspectos que constituem elementos de apoio a essa atuação.

A noção de que eles são “um braço” do dentista enseja uma visão de uma equipe de trabalho, onde há um nítido sentimento de complementaridade e maior capacidade de estreitamento do vínculo entre a família e a unidade de atenção primária. Ressalta-se ainda a possibilidade concreta de se atingir os objetivos propostos pelo modelo (incluindo o desenvolvimento de uma consciência em saúde bucal), através da promoção da saúde, do cuidado próximo (entendida como uma questão de cidadania), da continuidade das ações. (AGUIAR, 2010).

Esse tipo de trabalho embasado na promoção da saúde em espaços coletivos é sustentado por coordenadores de unidade de atenção primária que reconheceram a importância do TSB na realização de ações diretas mais simples, liberando o cirurgião-dentista para as atividades mais complexas (AGUIAR, 2010).

Aguiar (2010, p. 21) realizou em sua tese de doutorado uma pesquisa com vários profissionais e coordenadores na área de saúde bucal e através desta pesquisa, relata que:

“Com relação à falta de utilização do TSB nas ações clínicas foram identificados alguns elementos de apoio a essa situação. Um se refere a limitações de equipamentos (um compressor “fraco” para duas cadeiras), ou de espaço físico e outro diz respeito ao subdimensionamento do número de ASB nas equipes, o que exige maior envolvimento do TSB com atividades que poderiam ser executadas pelo ASB como, por exemplo, tarefas relacionadas ao controle e esterilização de material e à instrumentação do cirurgião-dentista.

(...) nas ações de saúde pública os elementos de apoio à atuação do TSB foram: os grupos operativos, o modelo de atenção e a existência de um plano de trabalho. Atuaram como barreira os seguintes elementos: a necessidade de aprimoramento das competências do TSB ligada a atividades que estimulem a adoção das medidas de autocuidado por parte do usuário; a complexidade do trabalho no âmbito da atenção primária; a falta de definição das formas de atuar, a desmotivação do TSB, a inexistência de instrumento normativo, a falta de material educativo.”

A falta de formação do CD para delegar funções ao TSB, para trabalhar com este profissional no consultório foi identificada como elemento que pode se constituir em barreira para a utilização do TSB nas ações clínicas. A falta de confiança do CD no TSB, sentimento vivenciado por este, foi também mencionado como barreira à atuação clínica do TSB (AGUIAR, 2010).

Com relação à atuação do TSB nas ações clínicas, os elementos de apoio foram: a regulamentação da profissão e definição das ações a serem desenvolvidas pelo TSB; o reconhecimento do incremento da produtividade e da qualidade do serviço gerado pela atuação do TSB nas ações clínicas; e a decisão do CD de trabalhar com o TSB no ambiente do consultório.

Como barreiras à utilização do TSB, destacaram-se: limitações de equipamentos, a falta de condições técnicas, a inadequação de espaço físico nas unidades de saúde, o subdimensionamento do número de ASB; orientação emanada pela secretaria de saúde suspendendo as atividades clínicas do TSB; a falta de formação, de capacidade do CD para colocar em prática a “teoria”; a falta de confiança entre os membros da equipe; as diferentes linhas de orientação por parte das secretarias; a ausência de uma orientação mais consistente que não deixe “solto” o TSB na equipe e a inexistência de documento normativo no âmbito municipal (FRAZÃO & NARVAI, 2011).

Quando não existe por parte do dentista, ou das administrações públicas, o compromisso com o projeto, nem sentimento de competência para utilização do TSB no atendimento clínico e nas ações de saúde pública, pode surgir o conflito interprofissional, no lugar de cooperação (FRAZÃO & NARVAI, 2011).

A dificuldade do CD para trabalhar em equipe pode se constituir em barreira à utilização do TSB nas ações clínicas. Piancastelli *et al.* (2005, p. 09) definem equipe como:

“[...] conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido [...]”

Francischini *et al.* (2008) ressaltam que na equipe do PSF é importante a alocação de papéis para que não haja centralização do trabalho em um só indivíduo, havendo assim complementaridade. Segundo os autores, para que este sentimento esteja presente no trabalho da equipe é necessário que haja: disposição para compartilhar objetivos, decisões, responsabilidade e resultados; clareza da importância de se construir em conjunto um plano de trabalho e definir a responsabilidade de avaliação constante dos processos e resultados; percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e de que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe.

Para Drotar (2002), a colaboração interprofissional é descrita na literatura, como uma maneira eficaz, eficiente e satisfatória de oferecer os cuidados em saúde.

Os resultados desta revisão mostraram que o TSB tem uma atuação mais próxima ao modelo onde os profissionais compartilham uma percepção mais “robusta” da Atenção Primária de Saúde (APS), que compreende os seus fundamentos e princípios ordenadores.

Campos (2002) propõe aproximar os profissionais do resultado de seu trabalho, por intermédio do envolvimento de todos os participantes de uma equipe com o funcionamento de um programa dentro da sua instituição. Desta forma, o profissional adquire estímulo e responsabilidade pelo objeto final de sua intervenção.

A estratégia saúde da família é utilizada para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, privilegiando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua. (AGUIAR, 2010).

Segundo Sousa (2000), o PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência, assumindo o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo de maneira apropriada.

O trabalho no âmbito da atenção primária é complexo e apresenta desafios. O estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias na ESF auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento freqüente e a busca da satisfação das necessidades de saúde (OLIVEIRA & SPIRI, 2006).

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), a busca da autonomia dos cidadãos é um dos requisitos das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para

aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Concorde com isto Campos (2002) ao afirmar que os serviços de saúde que pretendam se responsabilizar, de fato, pelos problemas de saúde, devem ter, por base, a ampliação do que ele denomina “coeficiente de autonomia” dos sujeitos-usuários.

Campos (2003) discute a importância do papel gerencial nas equipes, porém sua perspectiva é a de que haja uma horizontalização no processo de supervisão/acompanhamento. Para o autor, há que se criar equipes apoiadoras que compreendam e exerçam um papel interativo, reconhecendo os limites e as potencialidades, para possibilitar articulação entre os sujeitos e envolvê-los no planejamento de suas atividades.

A compreensão desses aspectos é importante para a gestão do trabalho e da educação na saúde, e as reflexões produzidas nesta revisão podem contribuir tanto para a condução do trabalho em nível de atenção primária, como para a participação do TSB na estratégia saúde da família.

O modelo assistencial odontológico brasileiro no âmbito do Sistema Único de Saúde é exercido através das ações e serviços de saúde bucal organizados e distribuídos em níveis de atenção de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos (BRASIL, 2004).

O nível de atenção primária, denominada Atenção Básica, compreende ações individuais e coletivas voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, executadas por odontólogos comprometidos com a Estratégia de Saúde da Família que atuam nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2004).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de saúde bucal, e em especial a educação em saúde, deverão ser incluídas transversalmente no Programa de Atenção à Saúde , em especial o grupo de gestantes, hipertensos e diabéticos conforme recomendado pelas atuais Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Diferenças significativas nas formas de atuar do TSB nas equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família foram observadas nos artigos pesquisados, o que pode ser explicado, em parte, por características locais de gestão, pelos diferentes projetos de governo existentes, por razões do Cirurgião-Dentista e diversos agentes sociais que compõem cada equipe.

Seria necessário que cada município possuísse um instrumento normativo com protocolos de saúde bucal, contendo, dentre outros aspectos, os princípios norteadores das ações das ESB e as atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal na ESF.

A atuação do TSB seria, em nível de equipe de saúde, a complementaridade e a continuidade das ações dentro de um plano de trabalho, nesse novo modelo de atenção em saúde bucal, onde a preocupação seria com os resultados do trabalho de acordo com a regulamentação da profissão. Destacando-se o compromisso com a saúde da população, o vínculo com a família, a intersetorialidade, e atuação do TSB em ações mais simples e não menos importantes, como instrução de higiene oral, profilaxias, aplicação tópica de flúor nas diversas apresentações, e na educação em saúde visando a promoção de saúde bucal, liberando, assim, o Cirurgião-Dentista para outras atividades mais complexas, como procedimentos clínicos , cirúrgicos, coordenação, planejamento das ações dentro da ESF, além , claro, da supervisão do serviço de saúde bucal e equipe auxiliar e técnica.

É preciso identificar as barreiras que se contrapõem à atuação do TSB nas equipes de saúde bucal e seus determinantes, buscando superá-las, com vistas ao desenvolvimento de cooperação interprofissional e à atuação plena do TSB na ESF, a fim de que o mesmo contribua para a ampliação do acesso da população às ações de saúde bucal, de caráter individual e coletivo.

O TSB deve realizar , prioritariamente, ações para as quais foram capacitados, tanto clínica quanto coletiva e não exercer apenas função de auxiliar e instrumentador do Cirurgião-Dentista.

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

Com base na literatura revista e discutida, relacionada à inserção do TSB dentro da Estratégia de Saúde da Família, concluiu-se que:

- Foram verificadas diferenças significativas nas formas de atuar do TSB nas equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família , o que pode ser explicado, em parte, por características locais de gestão, pelos diferentes projetos de governo existentes, por razões do Cirurgião-Dentista e diversos agentes sociais que compõem cada equipe.
- Atuando na sua área específica, o TSB responsabiliza-se por ações mais simples e não menos importantes, liberando, assim, o Cirurgião-Dentista para atividades mais complexas.
- As barreiras que se contrapõem à atuação do TSB nas equipes de saúde bucal e seus determinantes devem ser superadas, com vistas ao desenvolvimento de cooperação interprofissional e à atuação plena do TSB na ESF, principalmente entre os Cirurgiões-Dentistas e gestão.
- O TSB deve exercer as atividades para as quais estão capacitados, como ações coletivas de prevenção e promoção de saúde nas escolas e em grupos operativos e atividades clínicas de profilaxia e raspagem supra-gengival sob supervisão do Cirurgião-Dentista da equipe, além de visitas domiciliares e participação do planejamento de ações junto à ESF e ESB.

- O TSB é tão importante dentro da ESF/ESB que deveriam haver dois técnicos para cada um Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal, onde poderiam fazer o atendimento inicial de instrução de higiene oral e profilaxia, e após seria agendada a consulta com o Cirurgião-Dentista da atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, D. M. L. **A participação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família: um olhar em municípios estruturados** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.
2. ARAÚJO, M. G. M. **Ortodontia para clínicos: programa pré-ortodôntico**. 4ª ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 1998.
3. BRASIL. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** v.34, n. 3, p. 316-319. 2000.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde-Recursos humanos para a Área Técnica de Saúde Bucal. **Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2001.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos . Projeto Cartão Nacional de Saúde. **Diretrizes para o cadastramento Nacional de Usuários do SUS: planejamento municipal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF. 2004.
9. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 11.889, de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal. Brasília, DF, 2008.
10. _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. _____. Ministério da Saúde. Relatório Final: 3a Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

12. _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. PRÓ-SAÚDE**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <<http://www.prosaude.org>>. Acesso em: 09 nov 2008.
13. FRAZÃO, P.; GONZÁLES, C. C.; ROSA, A. G. F. Ambiente de trabalho odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.10, p. 21-28, 1995.
14. FRAZÃO, P. **Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde**. Tese de Doutorado – Faculdade de São Paulo, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.
15. JOHNSON, P. M. International profiles of dental hygiene. **International Dental Journal**. V. 59, n.2, p. 63-77. Apr. 2009.
16. MIRANDA J, LEMOS M, TORRES M, SOVIEIRO V, CRUZ R. Promoção de saúde bucal em odontologia: uma questão de conhecimento e motivação. **Rev. Do CRO-MG**, 2000; 6(3):154-157.
17. MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1995.
18. MORITA, M.C.; KRIGER, L. **Mudanças nos Cursos de Odontologia e a Interação com o SUS – O Conceito de Saúde Explicitado na Constituição e os Princípios que Nortearam a Criação e Implantação do SUS são Fundamentais na Definição nas Diretrizes Curriculares dos Cursos Área de Saúde**. Rev. ABENO. vol.4 n 1 p 17-21, 2004. Disponível em: <<http://www.abeno.org.br>> . Acesso em: 09 nov 2008.
19. MORITA, M.C.; HADDAD, A.E. Interfaces da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS S.J., coordenadores. **Saúde bucal das famílias – Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.268-76.
20. NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção de saúde bucal. In: Kriger, L., coordenado. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo:Artes Médicas, 1997. p.447-463.
21. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: Antunes, J.L.F.; Peres, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.346-362.
22. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
23. NARVAI, Paulo Capel. Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 109-123, mar./jun.2011

24. PIVEZAM, Grasiela *et al.* Ações de promoção em saúde bucal: um estudo com o povo indígena Tremembé, CE. **Robrac**, vol . 14 – nº 37/2005
25. QUELUZ, D. P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. **Rev. Odonto Ciênc.** V. 20, v. 49, p. 270-80, jul./set. 2005.
26. SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde.** Natal: EDFRN, 1999.
27. SILVEIRA EG, SILVA RHH, ALMEIDA ICS. Avaliação de uma metodologia para um programa educativo-preventivo em saúde bucal para escolares. **Rev Paul Odontol**; 1998.
28. SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2000, p. 223-50.
29. TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-435, abr/jun. 1998.
30. VERAS MSC, SEKULIC E, SABÓIA VPA, ALMEIDA M I. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev Odontol UNICID** 2003; 15(1): 55-61.
31. VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas.** 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 2000.