UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

THALES JENNER DE OLIVEIRA FALCÃO

A INSERÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

NATAL/RN
2014

THALES JENNER DE OLIVEIRA FALCÃO

A INSERÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste – Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF / RENASF / UFRN.

Orientador: Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

NATAL/RN
2014

Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN – Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

Falcão, Thales Jenner de Oliveira.

A inserção do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família no estado do Rio Grande do Norte / Thales Jenner de Oliveira. – Natal/RN, 2014.
69f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Saúde da família – Dissertação. 2. Saúde bucal – Dissertação. 3. Auxiliar de odontologia – Dissertação. I. Oliveira, Ângelo Giuseppe Roncalli. II. Título.

RN/UF/BSA01 CDU: 616.314:614.253.5

THALES JENNER DE OLIVEIRA FALCÃO

A INSERÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira - UFRN
(Orientador)

_____

Profª Dr. Antonio Medeiros Júnior - UFRN
(Membro Interno)

_____

Profª Dra. Carmen Regina dos Santos Pereira – PUC Minas
(Membro Externo a Instituição)

_____

Profª Dra. Evanilde Maria Martins – PUC Minas
(Membro Suplente)

Aprovado em Natal, em 23 de maio de 2014

DEDICATÓRIA / AGRADECIMENTOS

Peço desculpas pela transgressão das normas, mas desnecessário seria a utilização de duas páginas em se tratando de um figurante para essa bivalência.

Todos os agradecimentos que eu poderia fazer às pessoas por colaboração ou apoio, posso sintetizar em um: a Deus.

E como representante do conjunto das individualidades que me são caras ao coração, a Ele dedico esses meus esforços.

“A melhor coisa que você pode fazer para cultivar a verdadeira sabedoria é praticar a consciência de que o mundo é um sonho”.

Paramahansa Yogananda

RESUMO

Introdução: O Técnico em Saúde Bucal (TSB) é uma ocupação da Odontologia que têm suas atribuições definidas através da lei federal n° 11.889/08, podendo atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. Segundo o site do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, pode-se constatar através do histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família, que no Rio Grande do Norte existem atualmente apenas oito equipes com TSB implantadas. **Objetivo:** O presente estudo buscou elucidar os motivos da pouca inserção desses técnicos no serviço público, apesar da relevância do seu trabalho. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, sendo um estudo de caso do tipo exploratório, tendo em vista que não existem estudos semelhantes precedentes, e está dividida em duas fases distintas: a princípio foi realizado um mapeamento desses técnicos utilizando informações cadastrais das escolas formadoras e conselho de classe para descobrir quantos são e onde estão. E num segundo momento da pesquisa, foi feita uma análise do processo de implantação (ou não implantação) das equipes de saúde bucal para descobrir que fatores contribuíram para a efetivação (ou não efetivação) deste tipo de trabalho técnico nas equipes. Nessa segunda fase, os Coordenadores de Saúde Bucal municipais responderam a uma entrevista contendo questões abertas e fechadas através de ligações telefônicas. A amostra foi definida por sorteio levando em consideração a força potencial de trabalho contida nos municípios. **Resultados:** 1053 técnicos, sendo 94,3% do sexo feminino, distribuídos por todas as Regionais de Saúde. Quanto as entrevistas, 96,9% dos coordenadores de saúde bucal acham importante a existência de um técnico em saúde bucal na Odontologia, 92,2% recomendariam a sua inclusão nas equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, muito embora 76,6% nunca tenha falado com o Secretário de Saúde sobre essa implantação em seu município, 35,9% disseram que a falta dessa implantação poderia estar relacionada a recursos financeiros e 51,6% citaram a necessidade de melhorar a estrutura física para que fosse possível essa implantação. **Conclusões:** Os Técnicos em Saúde Bucal do Rio Grande do Norte estão sendo mal aproveitados pelo serviço público por não estarem inseridos ou por estarem atuando como auxiliares de saúde bucal. Faz-se necessário uma maior sensibilização dos prefeitos quanto a importância desta categoria odontológica, da necessidade de investimentos em reforma das Unidades Básicas de Saúde e da aquisição destes trabalhadores. Por outro lado, questiona-se o papel do Estado e da militância da Saúde Coletiva na condução desse processo.

Palavras-chave: saúde da família, saúde bucal, auxiliares de Odontologia.

ABSTRACT

Introduction: An oral health technician is a profession in odontology whose own functions are defined in FEDERAL LAW NUMBER 11889, which can act for prevention, recovery and promotion of oral health. According to the web site, Of Primary Health Attention Department. Health Ministry Of Brazilian Federal Republic, you can see through historical cover, as regards Health Family Strategy that, in Rio Grande Do Norte, There are nowadays eight TSB equipments in use. **Objective:** The aim of this study is to find out the reasons of the inclusion of those technicians in public service, no matter the importance of this work. **Method:** It is about a quantitive study and a kind of exploring type, taking into account that there are not any similar previous ones. We divide it into two parts: as regards the first one, these technicians were registered in a map using the information of the Formation Schools and Class Counsel to know how and where they are. During the moment of this study, an application (or no application) of the mouth health equipments was done. They tried to discover in this process which elements contribute to the efficiency (or not) of this technical work done all together in equipment work. As regards the second part, the coordinators of Municipal Mouth Health answered to a survay that contained open and closed questions through telephone calls. The sample was defined by a raffle taking into account the work contained in municipalities. **Results:** There are 1053 technicians.94,3% of them are women, devided in all the health regions. As regards interview, 96,9% of oral health coordinators considered that it is very important to have an oral health technician in odontology. 92,2% would reccomend its inclusion in equipments related to mouth health, dealing to familly health . 76% have never talked before to the Health Secretary in this municipality. this spreading out could be related to financial resources and 51,6% mentioned the importance of improving the physical structure to make this spreading out possible. **Conclusions:** Oral Health technicians in Rio Grande Do Norte are not being adequatly used by public service, because they do not introduce themselves or act as Oral Health auxiliaries. It is important to increase concience about the importance of this category in odontology. we also say it is necesasary to invert money in a reform of the Basic Health Unities and the inclusion of these workers. On the other hand the role of the state and the public health militancy is questioned in the fulfilment of this process.

Keywords: family health, oral health, dental auxiliaries.

RESUMEN

Introducción: El Ténico em Salud Oral es una profesión de la odontología que tiene sus funciones definidas por la Ley Federal Nº 11889/08, pudiendo actuar en la prevención, recuperación y promoción de la salud oral. Según el sitio web del Departamento de Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, se puede ver a través de la cobertura histórica de la Estrategia Salud de la Familia, que en Rio Grande do Norte en la actualidad hay sólo ocho equipos desplegados con TSB. **Objetivo:** El objetivo del estudio es dilucidar las razones de la inclusión de estos técnicos en el servicio público, a pesar de la relevancia de su trabajo. **Método:** Se trata de un estudio cuantitativo, y un estudio de caso de tipo exploratorio, teniendo en cuenta que no existen estudios previos similares. Se divide en dos fases distintas: la primera seria un mapeo de estos técnicos se realizó utilizando la información de registro de las escuelas deformación y consejo de clase para saber cómo y dónde están. En un segundo momento del estudio, se hizo un análisis de la aplicación (o no aplicación) de los equipos de salud bucal, siendo un proceso tendiente a descubrir qué factores contribuyeron a la eficacia (o no) de este tipo de trabajo técnico en equipos. En esta segunda fase, los Coordinadores de Salud Oral municipales respondió a una encuesta que contenía preguntas abiertas y cerradas a través de llamadas telefónicas. La muestra fue definida por sorteo teniendo en cuenta la fuerza de trabajo potencial contenida en los municipios. **Resultados:** Hay 1053 técnicos, siendo el 94,3% de sexo feminino, distribuídos por todas las Regionales de Salud. En cuanto a las entrevistas, el 96,9% de los Coordinadores de Salud Oral encontraran que es importante tener un Técnico en Salud Oral en Odontología. El 92,2% recomendaría su inclusión en equipos de salud bucal de la Estrategia Salud de la Familia, aunque el 76,6% nunca había hablado con el secretario de Salud en este despliegue de su municipio, el 35,9% dijo que la falta de este despliegue podría ser relacionado con los recursos financieros y el 51,6% citó la necesidad de mejorar la estructura física para hacer posible este despliegue. **Conclusiones:** Los Tecnicos en Salud Oral de Rio Grande do Norte están siendo subutilizados por el servicio público, ya que no se introducen o actúan como auxiliares de la salud oral. Es necesario aumentar la conciencia sobre la importancia de esta categoría da odontologia, de la necesidad de invertir en la reforma de las Unidades Básicas de Salud y la incorporación de estos trabajadores. Por otra parte, se cuestiona el papel del Estado y de la militancia de la Salud Pública en la realización de este proceso.

Palabras clave: salud de la familia, salud bucal, auxiliares dentales.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABCD – Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD)

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AOPSP – Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CEFOPE – Centro de Formação de Pessoal para Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza

CD – Cirurgião-Dentista

CEPRN – Centro de Ensino Profissionalizante do Rio Grande do Norte

CFE – Conselho Federal de Educação

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CRO – Conselho Regional de Odontologia

DP – Desvio Padrão

ESF – Estratégia Saúde da Família

FNO – Federação Nacional dos Odontologistas

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB – Paraíba

PL – Projeto de Lei

RN – Rio Grande do Norte

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THD – Técnico em Higiene Dental

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequências absolutas e percentuais das variáveis sexo e faixa etária dos Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013. 33

Tabela 2. Frequências absolutas e percentuais da variável Estado de residência dos Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013. 34

Tabela 3. Frequências absolutas e percentuais das variável Regional de Saúde onde residem os Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013. 35

Tabela 4. Relação das Turmas do CEFOPE que concluíram o Auxiliar em Saúde Bucal e que não realizaram o módulo de Técnico em Saúde Bucal, 2013. 35

Tabela 5. Frequências absolutas e percentuais das variáveis relativas à formação dos Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013. 36

Tabela 6. Estatísticas descritivas para a idade, tempo de formado e tempo entre a formação e a inscrição no CRO. Rio Grande do Norte, 2013. 38

Tabela 7. Distribuição dos TSBs formados de acordo com Regional de Saúde e Escola Formadora. Rio Grande do Norte, 2013. 39

Tabela 8a. Distribuição das respostas dadas pelos Coordenadores de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte de acordo com o perfil do município em relação à presença de TSB, 2014. 43

Tabela 8b. Continuação 45

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Descrição das variáveis disponíveis no banco de dados. 29

Quadro 2. Quantidade de municípios entrevistados por Regional de Saúde, 2014. 31

Figura 1. Distribuição espacial da Proporção de TSBs inscritos no Conselho Regional de Odontologia no Rio Grande do Norte. 39

Figura 2. Distribuição espacial da Proporção TSB/Habitante no Rio Grande do Norte. 40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 REVISÃO DA LITERATURA 16
3 OBJETIVOS 26
3.1 OBJETIVO GERAL 26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 26
4 MÉTODO 27
4.1 FASE I – MAPEAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DOS TSB 28
4.2 FASE II – ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS TSB 30
4.3 AMOSTRAGEM 31
4.4 IMPLICAÇÕES ÉTICAS 32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 33
5.1 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL 33
5.1.1 Descrição da Amostra 33
5.1.2 Distribuição dos Técnicos em Saúde Bucal no Estado 39
5.2 VISÃO DOS COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL 41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 48
REFERÊNCIAS 50
APÊNDICE A 54
APÊNDICE B 55
APÊNDICE C 56
APÊNDICE D 61
APÊNDICE E 64
APÊNDICE F 67

1 INTRODUÇÃO

A princípio de qualquer elucidação, faz-se mister definir o conceito de Atenção Básica (AB) e Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre as várias definições possíveis para a Atenção Básica, parece pertinente enunciar a contida na Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011, por ser a atual lei da Política Nacional de Atenção Básica, a qual explicita ser o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011)

A Saúde da Família é a principal estratégia para a consolidação da Atenção Básica. Ela sai da ótica individualista, centrada na doença, em medicamentos e hospitais para uma visão mais ampla do conceito de saúde, voltada para a família como núcleo de atuação, contextualizando o processo saúde-doença no espaço social da família e atua no sentido de realizar a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Seu trabalho se dá por meio de equipes multiprofissionais que atuam tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como no território onde vive a população sob sua responsabilidade. (VILAR, 2014)

As Equipes de Saúde Bucal pertencentes a Estratégia Saúde da Família podem ser compostas, de acordo com a mesma Portaria 2.488, pelo Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), neste caso chamada equipe de modalidade I, ou pode ser constituída de Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal (TSB), denominada agora de equipe modalidade II.

Enquanto a figura do Auxiliar em Saúde Bucal está mais restrita a trabalhos de instrumentação ao cirurgião-dentista, os Técnicos em Saúde Bucal estão dirigidos aos procedimentos clínicos, como raspagem, remoção de sutura, profilaxia e fechamento das cavidades dentárias durante os procedimentos restauradores, além de uma importante função que teria ensinando técnicas de escovação e realizando aplicações de flúor nas escolas.

Devido ao acréscimo de atividades preventivas e curativas que poderiam advir do trabalho dos Técnicos em Saúde Bucal para a melhoria da saúde bucal da coletividade, questiona-se o fato de termos apenas oito equipes de saúde bucal na modalidade II no Estado do Rio Grande do Norte (RN) enquanto temos mais de novecentas equipes na modalidade I,

conforme demonstram as informações estatísticas ministeriais. Na teoria, cada equipe de modalidade I poderia se transformar em uma equipe de modalidade II.

Para Zanetti (2010), a ausência de TSB nas ESF "é uma opção racionalmente insustentável. Na prática, essa falta só é justificada quando compreendida como estratégia de transição devidamente aprazada para que esse recurso humano passe a figurar nas equipes".

Carvalho, através da obra de Pezzato e Cocco (2004), nos fala que há pelo menos duas razões históricas para a incorporação e expansão do pessoal auxiliar nos serviços de saúde: a 'liberação' de profissionais, cada vez mais especializados, das funções mais simples, mas não menos importantes, do trabalho odontológico e a necessidade de expansão dos serviços de Odontologia a um custo menor.

Narvai (2003) traz exemplos exitosos do uso de pessoal auxiliar da Odontologia em outros países como a Higienista Dental nos Estados Unidos e a Enfermeira Dental Escolar na Nova Zelândia o que não deixa margem para dúvidas: não utilizar pessoal auxiliar significa penalizar a população, sobretudo os pobres.

Diante das evidências mostradas pela literatura, fez-se necessário a realização de um estudo para tentar entender porque ocorre essa baixa inserção dos Técnicos em Saúde Bucal no Estado do Rio Grande do Norte, bem como visualizar as limitações, potencialidades e possibilidades dessa implantação.

Mesmo tratando-se uma pesquisa de base local e sabendo-se que os estudos de caso primam pelo conhecimento profundo de um objeto particular ao invés de generalizações, as respostas obtidas podem ser consideradas como parâmetro para outras instâncias de governo, ou seja, ter uma boa validade externa, já que as Equipes de Saúde Bucal com a presença do Técnico em Saúde Bucal ainda é bastante reduzida em todo território nacional. (GIALDINO, 2006)

Se por um lado temos Estados com grande número de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família de modalidade II implantadas como é o caso de Minas Gerais com 688 equipes e Paraná com 395, no outro extremo encontram-se a maioria dos estados brasileiros com poucas ou nenhuma equipes com Técnico em Saúde Bucal implantadas, como o caso do Distrito Federal sem equipe, Acre e Amapá com duas equipes, Espirito Santo e Sergipe com três e Rondônia com seis equipes de saúde bucal nessa modalidade. Logo após encontra-se o Rio Grande do Norte, em sétima posição dentre os 27 Estados brasileiros. (BRASIL, 2014a)

Percebe-se uma nítida concentração de Técnicos em Saúde Bucal em alguns Estados, o que reflexiona sobre a necessidade de estudar a história da odontologia dessas localidades para tentar entender que forças atuaram de maneira favorável a essa inserção.

2 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Loures e Freire, apud Aguiar (2010), no Brasil a origem das ocupações auxiliares da Odontologia (Técnico e Auxiliar em Saúde Bucal) em instituições públicas está relacionada com o trabalho realizado pelos auxiliares de higiene dentária nos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), na década de 40 e 50, as quais realizavam ações preventivas nas escolas e auxiliavam o cirurgião-dentista em suas atividades clínicas.

Ainda segundo os autores, a incorporação desse pessoal auxiliar só se deu com maior ênfase no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 devido a ser o marco da organização dos serviços públicos odontológicos.

O Técnico em Saúde Bucal surgiu no Brasil com a denominação de Técnico em Higiene Dental através do parecer nº 460/75, de 06/02/1975, do Conselho Federal de Educação (CFE), que descreveu suas atribuições e os currículos de seus cursos de formação. (NARVAI, 2003; OLIVEIRA, 2011). Este parecer foi fruto da necessidade de expansão da assistência odontológica à população brasileira (FAQUIM, CARNUT, 2012).

Naquela época, o modelo de saúde vigente era a de Medicina Comunitária que defendia a ideia de aumentar a produtividade e ampliar a cobertura com custos reduzidos através da simplificação de técnicas, equipamentos e recursos humanos. Como contexto político, imperava a ditadura militar que preconizava uma profissionalização universal e compulsória ao 2º grau. (OLIVEIRA, 2011)

De acordo com Sá et al (2011), a atuação profissional do ACD e do THD foi legitimada pela resolução do Conselho Federal de Odontologia CFO nº 185/1993, que aprovava a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos Regionais de Odontologia. Essa normativa já trazia em si as atribuições dos Técnicos em Higiene Dental e a possibilidade de inscrição no Conselho de Odontologia. Posteriormente foi alterada pela resolução de n° 209/1997 e atualmente é a resolução 63/2005.

Apenas em 1984 o Conselho Federal de Odontologia disciplina o exercício dessa profissão no país, através da Decisão 26/84, a qual foi posteriormente complementada por outras resoluções. Diante dessa decisão, o curso de técnico em higiene dental deveria seguir a as regulamentações do Conselho Federal de Educação e do Conselho Federal de Odontologia para ser aprovado e autorizado pelos Conselhos Estaduais de Educação e ter seu diploma reconhecido em âmbito nacional. (FAQUIM, CARNUT, 2012)

Pezzato, referenciada por Narvai (2003), relata que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná deu início, em 1984, ao "primeiro curso autorizado pelos órgãos de educação do país" para formar THD. Tratava-se, com efeito, de uma proposta pedagógica inovadora e bastante audaciosa, utilizando a via do então denominado ensino supletivo e explorando as possibilidades de uma de suas modalidades, a qualificação profissional. O plano de curso previa a integração ensino-serviço e teoria-prática, durante a jornada e no próprio local de trabalho. O êxito da proposta teve grande repercussão em todo o país e serviu de motivação para iniciativas semelhantes em outros estados, não desconsiderando os outros que já existiam antes.

Esses autores também relatam que a exigência do diploma para o técnico em higiene dental se inscrever nos Conselhos teve início em dezembro de 1987, e que até então bastava uma carta do cirurgião-dentista comprovando a experiência na função de, no mínimo, um ano. Pezzato e Cocco (2004) ainda acrescentam que essa exigência dos diplomas também deveria ser feita aos auxiliares, mas que na prática apenas era cobrado dos técnicos, havendo essa situação perdurado por mais de vinte anos.

A presença dos técnicos na Odontologia nunca foi um tema pacífico e após a aprovação da Decisão 26/84 até o final da década de 80 mais enfaticamente, muitos dentistas e entidades de classe (Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo – AOPSP e o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo – CRO-SP) se posicionaram contra esses técnicos. (NARVAI, 2003)

Desde fato resultou a publicação histórica em 1989 de um artigo de Narvai et al, intitulada "Contra o Técnico de Higiene Bucal" onde esses autores refutam as principais objeções feitas em detrimento dessa ocupação odontológica, como restringir o mercado de trabalho do cirurgião-dentista, realização de trabalhos de má qualidade, transformação em falso dentista (dentista prático) e pelo risco do CD perante a justiça, por ser o responsável pelo trabalho que aquele realiza.

Quanto a restringir o mercado de trabalho, Narvai et al (1989) explicam que devido ao fato da maioria dos brasileiros não ter dinheiro para frequentar um consultório odontológico particular, esse mercado ficaria restrito os dentistas que não obtivessem logro no setor privado iriam procurar o serviço público para trabalhar. Observam, os autores, que em relação ao setor estatal, quando se fala em equipe, a possibilidade de expansão dos serviços, e consequentemente do mercado de trabalho no setor público, é maior.

Em relação aos trabalhos de boa qualidade, mencionam que não existem muitos trabalhos que mostrem iatrogenias provocadas pelo trabalho desses técnicos ou mesmo comparações entre seu trabalho e o desenvolvido por cirurgiões-dentistas. Finalizam esse pensamento acrescentando exemplos de poucos estudos encontrados, nos quais são percebidos em alguns casos até mesmo uma melhor qualidade nas restauração executadas pelos Técnicos em Saúde Bucal. (NARVAI et al, 1989)

Esses autores também afirmam que um TSB não tem nenhuma semelhança com um dentista prático, pois que possuem atribuições bem definidas, estão dentro da legalidade e possuem requisitos claramente estabelecidos para poderem exercer a profissão. Também dizem que não se vê noticiado em nenhum tipo de mídia casos de técnicos que decidiram trabalhar de forma autônoma realizando atividades privativas do dentista em consultório particular.

Sobre a responsabilização pelo trabalho do técnico, nos esclarecem que não se trata de um trabalho individual, mas integrante de um processo de trabalho compartilhado e coletivo onde a responsabilidade parcial é de cada indivíduo de acordo com o que lhe compete e que a responsabilidade final do trabalho é de quem o dirige, nesse caso, o dentista. Este fato está mais diretamente relacionado aos procedimentos clínicos onde o técnico deve estar no mesmo ambiente que o dentista por se tratar de uma supervisão direta. Nos casos das atividades educativas, essa supervisão pode ser indireta, e essa é a condição desejável. (NARVAI et al, 1989)

Embora a responsabilidade final do trabalho seja do cirurgião dentista, o Técnico em Saúde Bucal só pode realizar procedimentos reversíveis, pelo menos em relação aos procedimentos clínicos uma vez que não deve falar de reversibilidade aos procedimentos educativos, e sob orientação do odontólogo. No final de cada procedimento o dentista deve checar o trabalho do técnico para ver se está adequado.

Tendo em vista que o Técnico em Saúde Bucal seria um agente agregador de melhores resultados qualitativos e quantitativos aos trabalhos do âmbito odontológico, é lamentável o fato do Brasil ainda não ter fortemente consolidado na saúde bucal esse ideal de trabalho em equipe, onde o que predomina na atualidade é a prática centrada em torno do cirurgião-dentista como o único detentor do conhecimento e do poder. A ausência de TSB é vista por muitos odontólogos dentro e fora do Brasil como uma reserva de mercado, onde a doença é vista de forma mercantilista.

Na Microfísica do Poder que nos propõe Foucault encontramos uma noção particular deste conceito, que estabelece um dispositivo muito mais complexo que o poder que se costuma reconhecer sempre como sendo do Estado ou das instituições que dele dependem, através de obrigações ou proibições, e sim no poder que está na base de nossa vida cotidiana e de todas as nossas relações, expressa através de estratégias, manobras, funcionamentos, disposições, táticas e técnicas que se decifra em uma rede de relações tensas. (FOUCAULT, 2006)

Nesta linha de pensamento, Foucault identifica uma reação importante entre poder e saber, onde o poder produz saber, e ambos se implicam mutuamente. Assim, o conhecimento dos objetos de trabalho e a metodologia para adquirir esse conhecimento são efeitos da reação poder-saber. (FOUCAULT, 2006)

No caso dos Técnicos em Saúde Bucal, o fato de ocuparem um lugar inferior hierarquicamente aos odontólogos, poderia se entender como efeito de um saber que se instaurou junto a relações de poder específicas que se atrelam à origem dessas profissões. O alvo dos conflitos se dá na parte clínica, pela sua valorização em detrimento à prevenção na forma de um saber instalado como verdade.

A regulamentação das profissões de TSB e ASB empreendida pelos setores progressistas da Odontologia vem sendo discutida desde 1986, quando aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em que, dentre os diversos tópicos abordados, apontou-se a formação urgente e a incorporação imediata de pessoal de nível elementar e médio (ASB e TSB) como forma de viabilizar a extensão da cobertura e aumento da produtividade requeridas naquele momento. (NARVAI, 2003)

Prado (2013) diz que o primeiro Projeto de Lei (PL) criado para regulamentar legalmente as profissões de TSB e ASB, foi o PL n.º 2.244/89 apresentado pelo deputado Robson Marinho, em 1989, que deu início a um amplo debate sobre as atribuições que deveriam ser conferidas ao TSB e as possíveis implicações dos mesmos no mercado de trabalho do cirurgião-dentista.

Após cinco anos de discussões, emendas e substitutivos, em 1993, um novo projeto de Lei (PL nº 53), foi apresentado e aprovado no Congresso Nacional e depois vetado pelo então Presidente da República Itamar Franco. Pezzato e Cocco (2004) trazem a justificativa para esse veto que foi publicado na Gazeta Mercantil:

> O Planalto ouviu os técnicos do Ministério do Trabalho, que argumentaram que a regulamentação de tais profissões 'restringe o mercado de trabalho, delimita o campo de ação, desmotiva o aperfeiçoamento profissional e impede a plena liberdade contratual.' O veto se baseou no fato de que o projeto incorre

> na ‘excessiva regulamentação, numa 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 (GAZETA MERCANTIL, 1993, p. 3)

De acordo com Pezzato (2001), o motivo real do veto presidencial provavelmente esteve diretamente relacionado com a decisão do CFO que no mesmo ano restringiu as atribuições do TSB, vedando a escultura das restaurações a esses técnicos, através da Resolução 185. Para Pimenta apud Pezzato (2001), a decisão ocorreu principalmente "para evitar a superposição de atividades entre o THD e o cirurgião-dentista".

Dando continuidade à luta pela regulamentação das profissões de TSB e ASB, o projeto de lei 1140/03, de autoria do deputado Rubens Otoni, entrou para tramitação no Congresso Nacional em 2003. No ano seguinte, foi posto em debate um substitutivo proposto por Marcelo Barbieri, cujos principais pontos polêmicos eram os que restringiam as atribuições conferidas ao TSB quanto à remoção de cálculo e biofilme supragengival e de inserir, condensar, esculpir e polir substâncias restauradoras. (PRADO, 2013)

A revista RET-SUS Notícias, publicou nessa época entrevistas com representantes dos movimentos contra e a favor deste assunto. Como exemplo de oposição, encontra-se a opinião de Wilson Chediek, membro do Conselho Nacional de Representantes da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD) e diretor da Federação Nacional dos Odontologistas (FNO):

> (...) Acreditamos que um profissional bem preparado possa executar amplas funções, porém, algumas atribuições, definidas pela lei 5081, que regulamenta o exercício da Odontologia no Brasil, são de exclusiva competência do cirurgião-dentista (CD). Há diferenças claras entre funções auxiliares e principais. Uma coisa é auxiliar o CD realizando a profilaxia bucal, a conhecida ‘limpeza’, removendo o biofilme supragengival (placa bacteriana), outra, completamente diferente, é realizar a raspagem de tártaro, com instrumentos cortantes específicos que são objetos de uma ampla carga horária nos cursos de Odontologia. Inserir condensar, esculpir e polir é realizar uma restauração do começo ao fim: atribuição exclusiva do CD. O dia em que não precisarmos de um CD para realizar restaurações odontológicas, então que fechemos as faculdades de Odontologia e criemos apenas os cursos de especialidades, como a endodontia, prótese, entre outras, até que se passem para algum técnico essas atribuições também, aí poderemos extinguir o curso de Odontologia em nível superior. No passado, as restaurações eram predominantemente de amálgama, que utilizam uma técnica mais simples de confecção. Atualmente, o processo de restauração se tornou mais complexo e repleto de particularidades, o que obriga os cursos de Odontologia a aplicarem uma ampla carga horária específica, teórica, laboratorial e clínica, para ensinar restaurações. Não podemos aceitar que, em nome de contratações mais ‘baratas’, maus gestores, sejam eles públicos ou privados, utilizem uma mão-de-obra menos qualificada podendo comprometer a qualidade dos tratamentos e a saúde da população, principal- mente dos menos favorecidos, pois aqueles

> com mais recursos financeiros continuarão exigindo que um CD confeccione as suas restaurações. (RETSUS, 2005, p.3)

O substitutivo do Deputado Marcelo Barbieri foi aprovado em novembro de 2005 na Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados. Em relação aos pontos de discórdia, a redação final votada diz que o TSB está autorizado a remover o biofilme, "de acordo com a indicação técnica definida pelo Cirurgião-dentista". Sobre o outro tópico, o texto acordado diz que o profissional de nível médio pode "inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta", mas proíbe o "uso de materiais e instrumentais não indicados pelo Cirurgião-Dentista". A nova redação do substitutivo, também alterou o nome do Técnico em Higiene Dental para TSB (Técnico em Saúde Bucal). (OLIVEIRA, 2007)

O PL 1140/03, enviado para o Senado Federal como Projeto de Lei nº 3, de 2007 (PLC 00003/2007) foi também aprovado. (PRADO, 2013)

Em 24 de dezembro de 2008, foi sancionada pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, a Lei 11.889 que reconheceu legalmente o Técnico de Saúde Bucal. (BRASIL, 2008). Essa data ficou comemorativa ao dia do Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar em Saúde Bucal.

Na verdade, desde 1975 eles já estavam legitimados, mas só ficaram legalizados a partir dessa data. Oliveira (2011) esclarece que os TSBs, embora regulamentados, não possuem direito de voto no Conselho no qual estão inscritos, e nem possuem um sindicato próprio, fato que se reflete no monopólio dos cirurgiões-dentistas no campo da Odontologia no Brasil.

A referida lei, em seu artigo 5º, descreve as competências dos Técnicos em Saúde Bucal, além das funções estabelecidas para os auxiliares, quais sejam:

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 antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;

X - remover suturas;

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

XII - realizar isolamento do campo operatório;

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

Nessa mesma lei, em seu 9º artigo, traz as atribuições dos Auxiliares em Saúde Bucal, a saber:

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, desinfeção 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.

Embora os Técnicos e Auxiliares de Odontologia tenham conseguido legalmente serem reconhecidos como profissão, que na prática não trouxe nenhuma mudança significativa em suas atividades, teve caráter meramente restritivo do mercado de trabalho para aqueles que possuíssem um diploma de formação, o que até então não era obrigatório em concursos públicos.

Porém essa parte legal é apenas uma das características das profissões. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 só reconhece 14 categorias profissionais de saúde, todas de nível superior: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais. (BRASIL, 2014b)

A sociologia das profissões que é o ramo da ciência que estuda essa temática, desde a década de 70 através do sociólogo Eliot Freidson afirma que uma das principais distinções entre ocupação e profissão é a autonomia com controle de seu próprio trabalho. (BELMARTINO, 1999)

Em relação ao trabalho desses técnicos com a Estratégia Saúde da Família, as equipes de saúde bucal foram incluídas no então Programa Saúde da Família através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, com regulamentação através da Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. (OLIVEIRA, 2007)

A Portaria 267 já trazia em si a possibilidade de duas modalidades de equipes de saúde bucal, a de modalidade I, que compreende um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário e a de modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD). Além disso já enumerava as funções das distintas categorias profissionais. (BRASIL, 2001)

Atualmente, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), especifica que os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de saúde da família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB);

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

III - Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

A Política Nacional de Saúde Bucal incentiva a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade II, repassando um incentivo financeiro diferenciado e doando um consultório odontológico por equipe implantada, buscando valorizar o trabalho do TSB. (AGUIAR, 2010; OLIVEIRA, 2007)

Em relação ao incentivo financeiro, a Portaria mais atual que versa sobre o assunto é a 978, de 16 de maio de 2012, a qual traz os valores financeiros repassados fundo-a-fundo pelo Ministério da Saúde aos Municípios, onde a equipe de saúde bucal modalidade I recebe R$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) mensais e a equipe de modalidade II, R$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais). (BRASIL, 2012)

A cessão dos consultórios odontológicos, por sua vez, ficou oficializada desde a Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, que previa um equipo odontológico completo (cadeira, equipo de 3 pontas, unidade auxiliar, mocho e refletor) para as equipes de saúde bucal habilitadas ou que se habilitarem na modalidade II para utilização do até então Técnico em Higiene Dental. Dizia ainda que a equipe de modalidade II era obrigada a ter dois equipos odontológicos completos e na modalidade I apenas um era obrigatório. (BRASIL, 2004)

Mais recentemente, a cessão dos consultórios está contemplada através da Portaria GM/MS N° 2.372, de 07 de outubro de 2009, a qual destina um equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, um refletor odontológico, e um mocho) e um kit de peças de mão (composto por micromotor, peça reta, contra-ângulo e uma caneta de alta rotação) por equipe implantada. Pode ocorrer através do envio do equipamento ou de incentivo financeiro pelo valor que seria pago através de licitação (Ata de Registro de Preços do Ministério da Saúde). No caso das equipes de modalidade II, serão doados dois equipamentos, onde um é para uso do técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014c)

Zanetti (2010) explica que por ser a presença de TSB na ESB facultativa, observa-se que o TSB é recurso de município rico, fato que constitui uma iniquidade, por haver, proporcionalmente, maior transferência de recursos federais para municípios ricos e menor para

os pobres. Ainda reflete sobre o fato do próprio Ministério da Saúde aceitar que existam equipes de saúde bucal de modalidade I, visto que lhes envia recursos financeiros, uma vez que o TSB é fundamental em uma ESB por sempre resultar num aumento de utilidade do sistema.

Isso não significa que os municípios mais ricos sempre tenham mais Técnicos em Saúde Bucal, por exemplo, São Paulo, que é o município mais rico do Brasil, não é o que possui mais TSB, porque além de dinheiro também existe a vontade política. Zanetti nos chama a atenção para um dos aspectos da inserção desta categoria de trabalhadores tentando sinalizar a dificuldade financeira de alguns municípios mais carentes ao tentar implantar essas equipes em suas localidades, e não como fator único a ser considerado.

Em junho de 2014, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica, existiam implantadas no Brasil 23.619 equipes de saúde bucal distribuídos em 4.970 municípios, sendo 21.410 na modalidade I e 2.209 na modalidade II. Em relação ao Nordeste, temos, respectivamente, 10.419 e 324 equipes. Essa implantação é dinâmica e varia mensalmente, o que pode ser acompanhado pela através do site do Departamento de Atenção Básica. (BRASIL, 2014a)

No Rio Grande do Norte as equipes de saúde bucal surgiram em maio de 2001, quando na ocasião encontravam-se implantadas 24 equipes de saúde bucal na modalidade I e 01 na modalidade II. Em junho de 2014, haviam implantadas 922 equipes de modalidade I e 08 na modalidade II. (BRASIL, 2014a)

Das oito equipes de modalidade II implantadas atualmente no Rio Grande do Norte, cinco estão em Mossoró, uma em Januário Cicco, uma em Ruy Barbosa e uma em Doutor Severiano. (BRASIL, 2014a)

No intuito de tentar entender porque ocorre essa baixa inserção dos Técnicos em Saúde Bucal no Estado, seria necessário averiguar a quantidade de trabalhadores disponíveis e sua distribuição nos municípios. Apesar da importância que esse levantamento teria, não se conseguiria responder os motivos que levaram a pouca utilização dessa categoria pelos serviços odontológicos públicos no Rio Grande do Norte, sem a escuta aos gestores locais para averiguar seu grau de conhecimento e de interesse pela temática.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a inserção dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Mapear a força de trabalho do Técnico em Saúde Bucal no Rio Grande do Norte relacionando com a implantação da Estratégia Saúde da Família.
b) Investigar, na visão dos coordenadores de saúde bucal municipais, o motivo da implantação ou não implantação das equipes de saúde bucal de modalidade II.

4 MÉTODO

Como fase exploratória inicial da pesquisa, foi visitada em março de 2013, a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado, denominada Centro de Formação de Pessoal para Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza – CEFOPE, a fim de sabermos se teríamos uma quantidade suficiente de técnicos habilitados a exercerem essa função no Estado do Rio Grande do Norte.

A propósito, no Brasil não temos um Sistema Único de Saúde, seria uma denominação ideológica tendo em vista que temos pelo menos dois sistemas, um público e um privado. Não teria propósito lutar por um sistema único, porque o importante não é a quantidade de sistemas e sim dar acesso a quem precisa no momento oportuno.

Em conversa com sua Diretora Técnica, foi constatado que ocorrera a formação de grande quantidade desses técnicos nos últimos anos por provocação da Coordenação Estadual de Saúde. Foi relatado, nessa ocasião, que no Estado do Rio Grande do Norte em 2006, só existia um município com Técnico em Higiene Dental (THD – antiga denominação para o TSB) e que havia uma necessidade de capacitação para o serviço.

A referida escola fez um projeto embasado nessa situação e apresentou ao Ministério da Saúde (MS). Este, por sua vez, avaliou e aprovou o projeto, encaminhando o recurso em forma de convênio, no montante de R$ 3.262.000,00 (três milhões, duzentos e sessenta e dois mil reais) para formar 600 THD e 900 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

O curso para formação do técnico seria diferenciado do auxiliar por ter um módulo a mais em sua estrutura curricular, justamente aquele que trataria das atribuições específicas dessa profissão. Narrou que após a formação do público previsto, os alunos que haviam concluído o curso de ACD reivindicaram fazer o terceiro módulo para também se habilitarem técnicos. A escola, diante deste novo quadro, apresentou um outro projeto junto ao Ministério da Saúde para dar conta dessa nova demanda, e conseguiu para isso um recurso da Política de Educação Permanente superior a R$ 2 milhões (dois milhões de reais).

Apenas o CEFOPE conseguiu formar entre 2011 a 2013 mais de 750 Técnicos em Saúde Bucal. Fato a ser considerado aqui é a existência de algumas escolas privadas que agregaram mais trabalhadores ainda ao mercado, confirmando a disponibilidade de mão de obra local.

Esta pesquisa constitui-se de um estudo de caso, do tipo exploratório, com abordagem quantitativa e está subdividida em duas fases distintas, cada uma correlacionada a um objetivo específico.

4.1 FASE I – MAPEAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DOS TSB DO RN

De acordo com informações disponibilizadas pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO) do Rio Grande do Norte em outubro de 2013, existia 315 TSB inscritos ativos, sendo o último número de inscrição o TSB-330, embora apenas oito estejam atuando na função de Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Considerando que este número não corresponde à potencial força de trabalho pelo fato de nem todos os formados terem feito inscrição, foram contatadas as escolas formadoras, no sentido de obter uma lista de egressos. As instituições pesquisadas foram: (a) Centro de Formação de Pessoal para Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza – CEFOPE, (b) Associação Brasileira de Odontologia (ABO) do RN - Natal, (c) Associação Brasileira de Odontologia do RN – Mossoró (d) SENAC Centro em Natal (e) Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), (f) Escola de Enfermagem Catarina de Siena em Pau dos Ferros, (g) Centro de Ensino Profissionalizante do Rio Grande do Norte (CEPRN) em Natal.

No CEFOPE e na ABO Mossoró foi possível ter acesso ao cadastro de todos os discentes. Em relação a ABO Natal, os cadastros dos alunos existiam parcialmente tendo em vista que houve uma mudança física da escola e de seu sistema de informática. Parcialmente também foram os cadastros do SENAC. A UFRN não encontrou nenhum cadastro. A Escola Catarina de Siena disse não poder dar os dados dos alunos como era solicitado, apenas dariam o quantitativo de formados por ano. Por fim, o CEPRN se negou a dar qualquer informação por achar que poderia expor seus alunos, mesmo com a entrega de solicitação em papel timbrado da UFRN com assinatura.

O banco de dados confeccionado no Excel 2007 durante os meses de janeiro e fevereiro de 2013, conteve as variáveis descritas no Quadro a seguir.

Quadro 1. Descrição das variáveis disponíveis no banco de dados, 2013.

Variável	**Descrição**	**Tipo**
inscricao	Número de inscrição no CRO-RN quando aplicável	Numérica
nome	Nome do profissional	Categórica
sexo	Sexo do profissional	Categórica
data_nasc	Data de nascimento do profissional	Numérica
endereço	Endereço completo informado pelo profissional	Categórica
município	Município onde reside o profissional	Categórica
regional	Regional de saúde onde reside o profissional	Categórica
email	Endereço eletrônico fornecido pelo profissional	Categórica
ano_inscr	Ano de inscrição no CRO-RN quando aplicável	Numérica
esc_form	Escola em que o profissional foi formado	Categórica
ano_conc	Ano de conclusão do curso	Numérica

Foi acrescido a este banco de dados a população do município onde reside profissional, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Procedimentos de análise do mapeamento

a) Análise descritiva

Nessa primeira análise foi feita uma descrição dos Técnicos em Saúde Bucal com relação às suas principais características, tais como inscritos/não inscritos no CRO-RN, ano de formação e escola formadora. Para isso foram produzidas tabelas e gráficos com a distribuição das variáveis em termos absolutos e percentuais.

Com base nas informações demográficas dos municípios, foram calculadas as proporções TSB/população, no sentido de investigar a distribuição da força de trabalho em termos populacionais e identificar a disponibilidade potencial deste tipo de recurso humano.

b) Distribuição Geográfica

Para cada município do Rio Grande do Norte, foram disponibilizadas informações sobre a proporção TSB/população, bem como a existência de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família e respectiva modalidade (I ou II). Essas informações foram correlacionadas no

mapeamento a partir do programa TerraView e Tabwin e, a partir dessa análise, foi possível identificar onde se encontram as maiores e menores concentrações de TSB por habitante associadas à estratégia de saúde bucal existente. Os municípios foram agrupados de acordo com a sua força potencial de trabalho em três perfis distintos considerando o número de TSBs pela quantidade de habitantes: (a) sem TSB (54 municípios), (b) com TSB e com relação até 1:2805 habitante (56 municípios) e (c) com mais de 2805 hab/TSB (57 municípios). O ponto de corte de 2805 para a relação TSB/Habitante foi obtido pela mediana desta variável entre os municípios estudados.

Em cada um destes perfis, foram sorteados 20 municípios de acordo com a localização geográfica e a população e, nestes, foi conduzida a segunda fase da pesquisa descrita a seguir.

O sorteio se deu pela técnica PPP (Probabilidade Proporcional ao Tamanho) tendo como base a população. Natal, Mossoró e Parnamirim foram incluídos automaticamente no sorteio por apresentarem uma população maior que o intervalo de amostragem.

4.2 FASE II – ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO (OU NÃO IMPLANTAÇÃO) DOS TSB

População alvo e instrumentos de coleta de dados

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada orientada pelo roteiro constante no APÊNDICE A, o qual contém perguntas abertas e fechadas aos coordenadores municipais de saúde bucal.

Técnicas de Coleta

A entrevista foi realizada por via telefônica devido ser um meio prático e econômico e as respostas foram gravadas pelo pesquisador. Os números telefônicos dos profissionais pesquisados foram obtidos junto à Coordenação Estadual de Saúde Bucal do Estado do Rio Grande do Norte.

As entrevistas ocorreram em março e abril de 2014, em todos os dias da semana, nos turnos matutino e vespertino, nos horários compreendidos entre 8:00 às 12:00h da manhã e das 14:00 às 18:00h da tarde. Ligações em outros horários foram realizadas por solicitação dos entrevistados. Os telefonemas foram realizados a números celulares preferencialmente tendo em vista que é o meio mais fácil de localização.

Análise dos Dados

As respostas obtidas nas entrevistas foram categorizadas *a posteriori*, com base na sua frequência e julgamento do pesquisador. Em seguida foi realizada uma análise descritiva dessas categorias, correlacionando-as com as características dos municípios

4.3 AMOSTRAGEM

O Quadro 2 relaciona a quantidade de municípios nos quais os Coordenadores de Saúde Bucal foram entrevistados, por Regional de Saúde.

Quadro 2. Quantidade de municípios entrevistados por Regional de Saúde, 2014.

Regional	Quantidade de municípios existentes	Quantidade de municípios entrevistados	Frequência
Grande Natal	06	02	33,3%
I - São José Mipibu	27	14	51,8%
II - Mossoró	26	13	50,0%
III - João Câmara	25	12	48,0%
IV - Caicó	25	06	24,0%
V - Santa Cruz	21	06	28,5%
VI - Pau dos Ferros	37	11	29,7%

Houveram 13 substituições de municípios originalmente sorteados: 4 por perdas relacionadas a problemas com a gravação telefônica; 2 por estarem sem Coordenador; 4 por não conseguir contato e 3 por indisponibilidade ou negativa.

As trocas ocorreram por municípios de maior semelhança, sempre escolhendo os que estavam numa posição acima do substituído, dentro da lista do sorteio, e em segunda opção os que se encontravam abaixo dele.

Foi incluído mais um município no grupo dos que não possuía TSB para ficarmos com uma distribuição mais homogênea, com um número mais equitativo de municípios por faixa pesquisada.

4.4 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e aprovado no dia 29 de março de 2014 sob o número 24119113.1.0000.5292. O estudo seguiu os princípios éticos da pesquisa em seres humanos respeitando a resolução 196/96, resguardando o anonimato dos pesquisados e o respeito à confidencialidade das informações.

Foi solicitado a liberação da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – APÊNDICE B) devido a amostra ser representativa do Estado, ao curto tempo do mestrado para ir a muitos municípios, pela falta de financiamento, pela dificuldade de acesso a todos os locais e pelos riscos mínimos haja vista que todos os entrevistados possuem algum grau de estudo. No entanto, foi lido o TCLE antes de todas as entrevistas e a anuência dos participantes foi registrada através de gravação da ligação telefônica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL

5.1.1 Descrição da Amostra

Pode-se inferir que a profissão técnica em Saúde Bucal no Rio Grande do Norte é predominantemente feminina, sendo composta quase que exclusivamente por mulheres adultas, com uma frequência de 94,3%, conforme pode ser comprovado na Tabela 1.

Tabela 1. Frequências absolutas e percentuais das variáveis sexo e faixa etária dos Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013.

Variável	**Frequência**		
Sexo	n	% Total	% Válidos
Masculino	60	5,7	5,7
Feminino	993	94,3	94,3
Total	1.053	100,0	100,0
Faixa Etária			
Até 30 anos	237	22,5	25,0
31 a 35 anos	237	22,5	25,0
36 a 43 anos	239	22,7	25,2
44 anos e mais	236	22,4	24,9
Sub-Total	949	90,1	100,0
Sem Informação	104	9,9	
Total	1.053	100,0	

Dados semelhantes foram encontrados por Leite et al (2012) que estudaram o perfil socioeconômico dos alunos concluintes dos cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal. Numa amostra de 131 alunos de Centros de Ensino Técnico Odontológico de João Pessoa-PB, encontraram que 97,7% dos alunos pertence ao gênero feminino, com idade variando de 18 a 44 anos, com uma média ± desvio padrão de 28,2 ± 6,6.

Oliveira (2011) realizou uma pesquisa com 204 TSB de Minas Gerais, através de um *survey* telefônico, onde comprovou que a grande maioria dos TSB é do gênero feminino

(97,1%), com idade média de 37,14 anos (± 8,54) e demonstrou que historicamente essa ocupação sempre foi feminina, apontando os exemplos das higienistas dentais de Fones no início do século XX, as enfermeiras dentais da Nova Zelândia no início da década de 1920, e as primeiras auxiliares no campo odontológico (Auxiliar em Higiene Dentária) no Brasil. Observa também o fator cultural onde as mulheres estariam mais presentes nos cuidados aos enfermos e com mais identificação as práticas e rotinas dos serviços de saúde.

A esse respeito, Carvalho nos explica através do trabalho de Prado (2013) que a presença de auxiliares do sexo feminino nos consultórios odontológicos remonta ao início dessa profissão, quando os cirurgiões-dentistas lançavam mão de suas esposas ou filhas para a limpeza e organização do consultório, além de contribuir para minimizar o constrangimento das senhoras da sociedade durante o atendimento odontológico.

Atualmente as mulheres também possuem predomínio entre os cirurgiões-dentistas. Uma pesquisa realizada por Morita, Haddad e Araújo (2010) mostrou que elas são maioria entre os CD inscritos nos CRO em 25 Estados brasileiros, com exceção de Santa Catarina e Acre. No Rio Grande do Norte seu percentual chega a 57%. Isso denota uma mudança de perfil, visto que há 40 anos atrás os 90% dos odontólogos eram do sexo masculino.

De uma maneira geral, todos os técnicos que trabalham no Rio Grande do Norte também residem nesse Estado, havendo apenas uma exceção de uma técnica que reside na cidade de São Bento, no Estado da Paraíba, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Frequências absolutas e percentuais da variável Estado de residência dos Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013.

Variável	**Frequência**		
Estado	**n**	**%**	**Válidos**
Paraíba	1	0,1	0,1
Rio G. do Norte	1.010	95,9	99,9
Sub-Total	1.011	96,0	100,0
Sem Informação	42	4,0	
Total	1.053	100,0	

As 42 pessoas que estão sem informação na Tabela 2, e semelhante número ocorre na Tabela 3, deve-se ao fato de algumas escolas haverem perdido alguns cadastros de alunos ou por estarem com preenchimento incompleto.

Quanto a distribuição desses trabalhadores em função das Regionais de Saúde onde residem, percebe-se que quase a metade moram na Grande Natal e que a V Regional é a que possui menor quantidade de técnicos. Como é visível na Tabela 3, existe força de trabalho em todas as regiões de saúde do Estado.

Tabela 3. Frequências absolutas e percentuais das variável Regional de Saúde onde residem os Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013.

Variável	**Frequência**		
Regional Saúde			
Grande Natal	466	44,3	46,1
I-S.José Mipibu	100	9,5	9,9
II-Mossoró	148	14,1	14,7
III-João Câmara	76	7,2	7,5
IV-Caicó	103	9,8	10,2
V-Sta Cruz	50	4,7	5,0
VI-Pau dos Ferros	67	6,4	6,6
Sub-Total	1.010	95,9	100,0
Sem Informação	43	4,1	
Total	1.053	100,0	

Uma observação pertinente a essa questão é o fato do CEFOPE ter formado sete turmas de Auxiliar em Saúde Bucal as quais ainda não completaram o terceiro módulo, por falta de dinheiro, e que lhes daria a habilitação de técnico, o que poderia mudar um pouco esse quadro de distribuição espacial. Esses cursos já estão autorizados e devem acontecer em breve. Um melhor detalhamento encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4. Relação das Turmas do CEFOPE que concluíram o Auxiliar em Saúde Bucal e que não realizaram o módulo de Técnico em Saúde Bucal, 2013.

Qde de turmas	**Regional de Saúde**	**Local**	**Qde de alunos**
01	I	Santo Antônio	26
02	II	Açu	51
01	III	Macau	33
01	III	Lajes	27
01	IV	Umarizal	28
01	VI	São Miguel	27
	Total		**192**

A Tabela 5 aponta como as maiores Escolas formadoras de Técnicos em Saúde Bucal no Rio Grande do Norte o CEFOPE e a ABO Natal, as quais juntas totalizam 88,8% das habilitações. Uma menção que se faz necessária é o fato do CEFOPE ser uma escola do governo e realizar cursos por demanda de mercado do SUS, enquanto a ABO é uma escola privada e oferece cursos de maneira regular.

Tabela 5. Frequências absolutas e percentuais das variáveis relativas à formação dos Técnicos em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte, 2013.

Variável	**Frequência**		
Escola Formadora	n	% Total	% Válidos
ABO-EAP Natal	146	13,9	13,9
CEFOPE	789	74,9	74,9
ABO-EAP Mossoró	28	2,7	2,7
Escola de Enfermagem Catarina Siena	25	2,4	2,4
SENAC/SESI	44	4,2	4,2
UFRN	8	0,8	0,8
Outros	13	1,2	1,2
Total	1.053	100,0	100,0
Registro no CRO-RN			
Inscrito	320	30,4	30,4
Não-Inscrito	733	69,6	69,6
Total	1.053	100,00	100,00
Ano de Conclusão			
1998 a 2006	105	10,0	10,0
2007 a 2010	117	11,1	11,1
2011	447	42,5	42,5
2012	364	34,6	34,6
2013	20	1,9	1,9
Total	1.053	100,0	100,0
Ano de Inscrição no CRO-RN			
1991 a 2007	35	10,9	10,9
2008 a 2011	77	24,1	24,1
2012	61	19,1	19,1
2013	147	45,9	45,9
Total	320	100,0	100,0

Nessa mesma Tabela, fica demonstrado, em termos quantitativos, que o número de Técnicos em Saúde Bucal diplomados no Rio Grande do Norte seria suficiente para transformar todas as equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família de modalidade I em modalidade II, visto que há mais de mil técnicos formados para 902 equipes. Porém essa é uma realidade nova, visto que 77,1% dos técnicos se formaram nos anos de 2011 e 2012 em virtude do projeto de formação de Técnicos em Saúde Bucal executado pelo CEFOPE em todo o Estado, o que refletiu também na grande quantidade de inscrições que houve no CRO-RN nos anos de 2012 e 2013.

A inscrição dos Técnicos em Saúde Bucal no Conselho de Classe seria uma boa iniciativa, mas os técnicos se veem desmotivados a realizar tal ato por desenvolverem na prática a função de Auxiliares em Saúde Bucal, não justificando dessa maneira pagar uma contribuição classista mais cara. O número de inscritos na Tabela 5 diz respeito às pessoas que alguma vez já efetuaram inscrição no CRO-RN, mesmo que cinco delas não tenham mais o registro ativo.

Um estudo que corrobora essa questão, foi o realizado por Queluz (2005) com 333 auxiliares e 47 técnicos em saúde bucal durante eventos odontológicos ocorridos nos anos de 2000 e 2001 em Natal-RN e São Paulo. Concluiu que apesar de 29,8% dos TSB estarem inscritos no CRO, eles não estariam trabalhando na função. Constatou que os técnicos estão sendo subaproveitados no serviço público, pois os trabalhos desempenhados por eles são atividades mais relacionadas aos auxiliares. Das atividades dos técnicos pôde-se observar que nenhuma é desempenhada por mais de 41% dos participantes. Destacou que 40,4% dos técnicos desempenham as funções de preparação do paciente para atendimento, instrumentação do CD junto à cadeira operatória e manipulação dos materiais odontológicos. Citou ainda algumas frequências de procedimentos: tomada de radiografias intra-orais (21,3%) realização de teste de vitalidade pulpar (10,6%), execução de aplicação de selantes para a prevenção da cárie dental (17%), remoção de placas e cálculos supragengivais (25,5%), inserir e condensar substâncias restauradoras 21,3%), dentre outras.

Outro trabalho realizado por Prado (2013) com 195 Técnicos em Saúde Bucal egressos da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia formados no período de 1989 a 2009, descobriu após análise de prática profissional, que a maioria desenvolveu no seu trabalho, tanto no setor público como no privado, tarefas que poderiam ser atribuídas a um auxiliar de nível fundamental, o que permite caracterizar a sua subutilização nesses setores. Citou que em relação às tarefas executadas pelos TSB, houve diferenças entre o setor público e o privado, sendo as tomadas de radiografias intraorais e aplicação de selantes mais

desenvolvidas no setor privado, enquanto que a raspagem de cálculo, confecção de restaurações e ensino de técnicas de higiene bucal, no setor público.

Percebe-se pela Tabela 6 que a média dos Técnicos em Saúde Bucal no Rio Grande do Norte possui 36,7 anos de idade, 2,6 anos de formação e 1,8 ano de inscrição no CRO-RN. Nota-se ainda que em Santa Cruz os técnicos demoram menos de um ano para se inscreverem no CRO, enquanto na Grande Natal demoram mais de dois anos.

Tabela 6. Estatísticas descritivas para a idade, tempo de formado e tempo entre a formação e a inscrição no CRO. Rio Grande do Norte, 2013.

	Idade em anos				Tempo de Formado				Anos entre formação/inscrição			
Regional	n	Média (DP)	Med	Min-Máx	n	Média (DP)	Med	Min-Máx	n	Média (DP)	Med	Min-Máx
Grande Natal	411	37,2 (9,1)	36	20 - 66	466	3,2 (3,8)	2	1 - 23	164	2,2 (2,7)	1	0 - 20
I-S.José Mipibu	99	35,5 (7,8)	34	23 - 60	100	1,2 (0,8)	1	1 - 7	25	1,2 (0,5)	1	1 - 3
II-Mossoró	146	38,2 (7,9)	38	22 - 57	148	2,7 (2,3)	2	1 - 20	43	1,4 (1,7)	1	0 - 12
III-João Câmara	76	33,4 (8,5)	32	21 - 71	76	1,7 (3,1)	1	1 - 25	16	1,5 (2,3)	1	0 - 10
IV-Caicó	102	36,7 (8,0)	36	21 - 55	103	2,2 (1,5)	2	1 - 7	29	1,2 (0,8)	1	0 - 4
V-Sta Cruz	48	37,3 (7,7)	36	25 - 52	50	1,4 (1,4)	1	1 - 7	13	0,8 (0,3)	1	0 - 1
VI-Pau dos Ferros	66	35,3 (8,4)	35	21 - 58	67	2,3 (2,5)	1	0 - 7	29	1,7 (1,6)	1	0 - 6
Total Estado	948	36,7 (8,6)	35	20 - 71	1.010	2,6 (3,1)	2	0 - 25	319	1,8 (2,2)	1	0 - 20

Pode-se dizer, pela Tabela 7, que as escolas formadoras, de maneira geral, formam alunos da localidade onde encontra-se sua sede, ou seja: a ABO Natal, o SENAC/SESI e a UFRN formaram mais alunos da Grande Natal; a ABO Mossoró formou mais alunos de Mossoró e a Escola de Enfermagem Catarina de Siena formou mais alunos de Pau dos Ferros.

A exceção é o CEFOPE, que apesar de ter sede em Natal formou alunos em todas as regionais de saúde devido as aulas serem descentralizadas por polos, utilizando a estrutura de escolas locais para as aulas teóricas e práticas e os consultórios da rede de saúde pública para as aulas clínicas. Os docentes e preceptores contratados eram de base local e passaram por treinamentos e reuniões de orientações antes do contato com os discentes.

Tabela 7. Distribuição dos TSBs formados de acordo com Regional de Saúde e Escola Formadora. Rio Grande do Norte, 2013.

	Regional de Saúde														Total Estado	
	Grande Natal		São José de Mipibu		Mossoró		João Câmara		Caicó		Santa Cruz		Pau dos Ferros			
Escola Formadora	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ABO-EAP Natal	66	62.3	3	2.8	10	9.4	6	5.7	16	15.1	4	3.8	1	0.9	106	100.0
CEFOPE	343	43.5	96	12.2	113	14.3	67	8.5	85	10.8	46	5.8	39	4.9	789	100.0
ABO-EAP Mossoró	2	7.1	0	0.0	22	78.6	2	7.1	0	0.0	0	0.0	2	7.1	28	100.0
Esc. Enf. Catarina Siena	0	0.0	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	96.0	25	100.0
SENAC/SESI	41	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	41	100.0
UFRN	7	87.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	100.0
Outros	7	53.8	1	7.7	1	7.7	1	7.7	2	15.4	0	0.0	1	7.7	13	100.0
Total	466	46.1	100	9.9	148	14.7	76	7.5	103	10.2	50	5.0	67	6.6	1.010	100.0

5.1.2 Distribuição dos Técnicos em Saúde Bucal no Estado

Pela Figura 1 observa-se que a regional que possui maior frequência de técnicos inscritos é a de Pau dos Ferros, que possui 43,3% de seus técnicos inscritos no CRO-RN, enquanto João Câmara só tem 21,1%. Não há um padrão demográfico claro, encontrando-se uma boa distribuição em todo o Estado.

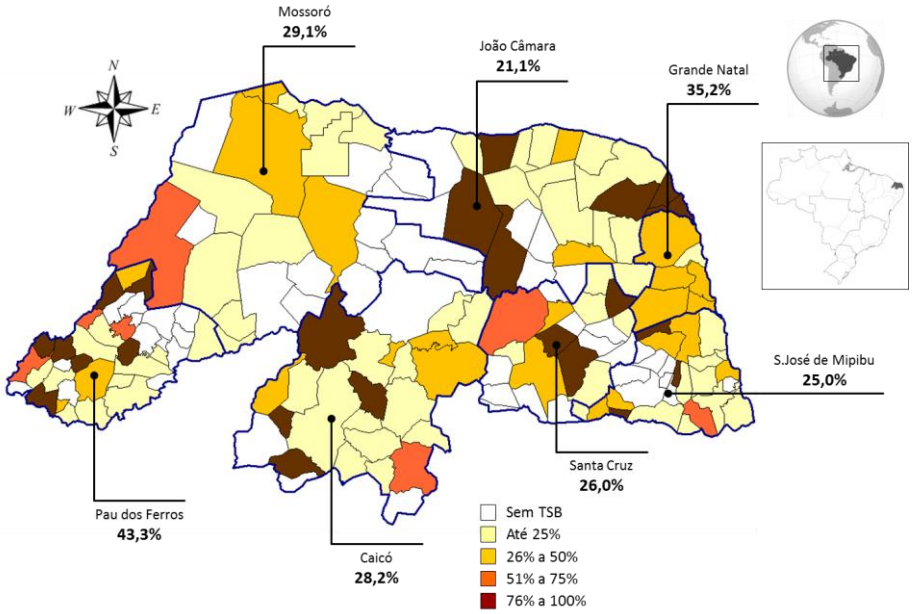

Figura 1. Distribuição espacial da Proporção de TSBs inscritos no Conselho Regional de Odontologia no Rio Grande do Norte, 2013.

Considerando-se como melhor a situação onde existe uma maior quantidade de técnicos por habitante, vê-se pela Figura 2 que em relação às cidades sedes das Regionais de Saúde, a ordem da melhor para a pior situação é: Grande Natal, Mossoró, Caicó, São José de Mipibu, Pau dos Ferros e João Câmara. Também não existe um padrão espacial.

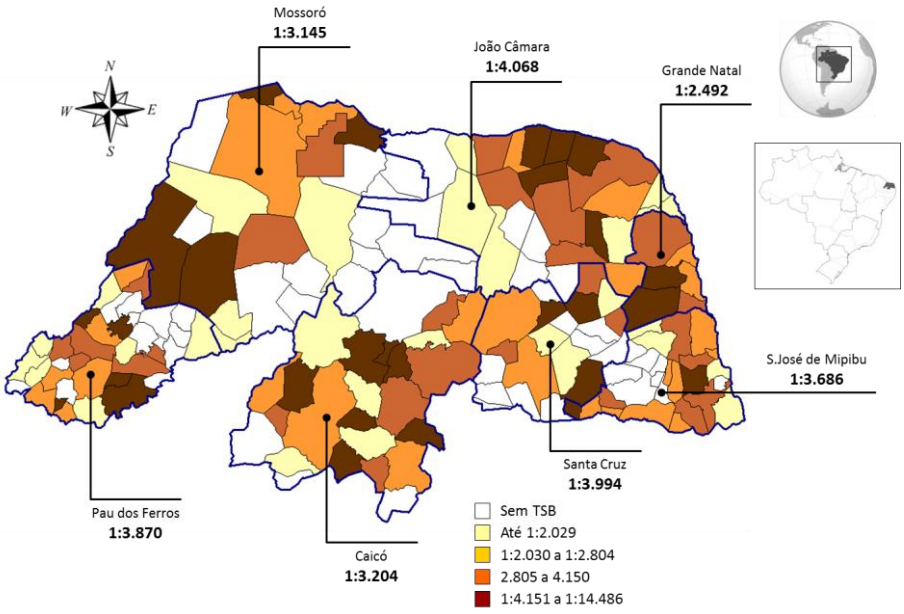

Figura 2. Distribuição espacial da Proporção TSB/Habitante no Rio Grande do Norte, 2013.

No APÊNDICE C está disponível uma lista de todos os municípios do Rio Grande do Norte em ordem decrescente da melhor para a pior situação em termos de força potencial de trabalho. O município que se encontra em melhor situação com relação à proporção TSB/habitantes é São Vicente que está na IV Regional Saúde com oito técnicos para 6088 habitantes, o que dá um técnico para cada 761 pessoas.

É percebível ainda, que dentre os municípios que possuem uma maior quantidade de TSB no Rio Grande do Norte, destaca-se Natal com 262, Parnamirim (Grande Natal) com 83 e Mossoró (II Regional) com 73 técnicos. Nessa mesma ordem encontram-se os municípios com maior quantidade de inscritos no conselho de classe, sendo os números: 88, 37 e 23 respectivamente.

Fato curioso é que das quatro cidades do Rio Grande do Norte que possuem equipes de saúde bucal de modalidade II, em duas delas, Januário Cicco* e Ruy Barbosa, o técnico não reside nesses municípios, ou pelo menos estão cadastradas nos órgãos pesquisados com endereço em outra cidade. A de Ruy Barbosa está constando como sendo de Natal e a de Januário Cicco está com o endereço de Serra Caiada (ambas na V Regional de Saúde) de acordo com as informações do CRO-RN.

Outra situação que chama a atenção é a cidade de Natal, capital do Estado e com maior concentração de técnicos, não possuir nenhum Técnico de Saúde Bucal atuando nesta função nas equipes de saúde bucal da Atenção Básica.

Lamentável ainda o fato do Rio Grande do Norte possuir 54 municípios, dos 167 existentes, sem TSB, o que corresponde a dizer que 32% dos municípios desse Estado necessitariam de força de trabalho oriunda de outra localidade para implantar equipes de modalidade II. Dentre esses municípios, destacam-se aqueles com mais de 20.000 habitantes, como é o caso de Baraúnas (II Regional), Macau (III Regional) e Santo Antônio (I Regional).

5.2 VISÃO DOS COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL

Em relação ao perfil dos 64 coordenadores entrevistados, haviam 32 homens e 32 mulheres, com idades variando de 22 a 79 anos, sendo a idade média de 39,1 anos com DP de 12,8. Quase todos apresentavam nível superior em odontologia (95,3%), com exceção de dois formados em enfermagem e um sem graduação. Desses, 68,8% relataram haverem terminado seus estudos em universidades públicas e 59,4% disseram ter pós-graduação. Considerando as características de seu trabalho, 71,9% disseram atuar também em consultórios privados e 88,2% não possuem estabilidade no emprego, tratando-se apenas de um cargo por indicação política.

Percebe-se pela Tabela 8a que dos 64 Coordenadores de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte entrevistados, a maioria acham importante um Técnico em Saúde Bucal na Odontologia (96,9%) e apenas duas pessoas acharam dispensável a presença do TSB (3,1%). Essa questão era de cunho mais geral e não abordava a presença desse profissional dentro do SUS. De maneira surpreendente, 100% dos coordenadores dos munícios que não tem TSB

* Januário Cicco está cadastrada no Ministério da Saúde como uma cidade de modalidade II, porém ela sofreu uma mudança em sua denominação e atualmente chama-se Boa Saúde.

acham importante sua presença e os dois coordenadores que os dispensariam são de municípios que possuem Técnicos em Saúde Bucal.

Quando a pergunta ficou mais restritiva, tratando da inclusão desse técnico nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, a frequência das negativas aumentou para cinco (7,8%), mostrando que mesmo entre aqueles que apoiam o trabalho dos TSB, há quem os indique apenas para o setor privado. Todas as negativas também advieram dos municípios que possuem os técnicos.

Em relação a justificativa para sua inclusão ou não inclusão, 48,5% associaram a presença de TSB com uma melhora no processo de trabalho da equipe de saúde bucal de maneira geral. Enquanto 39% dos entrevistados lembraram das atividades educativas, 25% citaram as atividades clínicas. Embora algumas falas associem a presença de Técnico em Saúde Bucal com a liberação do odontólogo para outras atividades, três coordenadores afirmaram claramente que seria reduzida a carga de trabalho do cirurgião-dentista. Cinco respostas estiveram associadas a pouca utilidade que teria o trabalho deste técnico. Como se tratava de uma questão aberta, houve a possibilidade de múltiplas justificativas por um mesmo coordenador.

O Técnico em Saúde Bucal não deveria ser visto como um auxiliar com mais conhecimento, e por isso mais desejável para instrumentação. Tão pouco deveria ser visto um ator que reduziria o fardo do dentista. O papel do técnico deveria estar mais associada a expansão da oferta de serviços a um custo menor e a possibilidade de realizar um trabalho de vigilância a saúde na área sob sua responsabilidade de maneira mais eficiente. A inserção não seria para o dentista trabalhar menos e sim para que seu trabalho tivesse um maior alcance.

Uma das respostas obtidas para essa inclusão foi “por ter mais conhecimento que o ASB”. Este fato provavelmente remete aos casos onde um TSB teria mais conhecimento para desempenhar o trabalho de um ASB que o próprio auxiliar, refletindo essa prática cotidiana que ocorre no serviço.

As respostas podem ser conferidas na íntegra e de maneira individualizada no ANEXO D. Pretendendo manter o sigilo quanto a identificação dos respondentes, para cada um dos 64 Coordenadores de Saúde Bucal entrevistados foi atribuído um número (de 1 a 64) após a letra C (de Coordenador), onde passam a ser designados de C1 a C64. Os Coordenadores de C1 a C21 dizem respeito aos municípios sem TSB, do C22 a C41 relacionam-se aos municípios com concentração de TSB até 1:2805 hab. e os coordenadores de C42 a C64 se vinculam aos municípios com mais de 1:2805 hab.

Tabela 8a**. Distribuição das respostas dadas pelos coordenadores de saúde bucal de acordo com o perfil do município em relação à presença de TSBs. Rio Grande do Norte, 2014.**

	Grupo						Total	
	Sem TSB		Até 1:2.805		Acima de 1:2.805			
Questão	n	%	n	%	n	%	n	%
O que você pensa sobre a existência do Técnico em Saúde Bucal na Odontologia?								
Importante	22	100,0	19	95,0	21	95,5	62	96,9
Dispensável	0	0,0	1	5,0	1	4,5	2	3,1
Total	22	100,0	20	100,0	22	100,0	64	100,0
Você recomendaria a inclusão / contratação de um TSB na equipe de saúde bucal?								
Sim	22	100,0	17	85,0	20	90,9	59	92,2
Não	0	0,0	3	15,0	2	9,1	5	7,8
Total	22	100,0	20	100,0	22	100,0	64	100,0
Justificativa para inclusão								
Trabalhos clínicos	6	28,5	5	22,7	5	23,8	11	25
Intensificaria o trabalho educativo	7	33,3	8	36,3	10	47,6	25	39
Por ter mais conhecimento que o ASB	3	14,2	0	0	1	4,7	4	6,3
Reduzir a carga de trabalho do CD	0	0	2	9	1	4,7	3	4,5
Melhora no processo de trabalho	12	57,1	9	40,9	10	47,6	31	48,5
Depreciação do processo de trabalho	0	0	4	18,1	1	4,7	5	7,6
Você já falou com o Secretário de Saúde sobre essa possibilidade em seu município?								
Sim	4	18,2	5	25,0	6	27,3	15	23,4
Não	18	81,8	15	75,0	16	72,7	49	76,6
Total	22	100,0	20	100,0	22	100,0	64	100,0

Alguns Coordenadores possuem uma visão mais ampliada quanto ao trabalho que pode ser desenvolvidos pelos Técnicos de Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família, como é o caso dos Coordenadores 38 e 54 (pg. 62).

> (...) A Odontologia no serviço público, ela ainda tem um alcance muito pequeno, haja vista uma demanda muito grande de serviços odontológicos acumulados. Somente o cirurgião-dentista, ele não consegue dar de conta de toda essa demanda, especialmente no que diz respeito às práticas de saúde coletiva, onde ele chega a ser mal aproveitado. Porque como ele (CD) tem a competência de resolver os problemas de saúde bucal da população até um nível onde somente ele pode intervir, essas práticas de orientação e de cuidados com a saúde num âmbito de educação continuada com a população,

> prevenção, aplicação de flúor, da escovação supervisionada, de todos os elementos que integram a base preventiva-educativa um técnico em saúde bucal, ele bem treinado, ele bem aproveitado, ele faria um excelente trabalho para ajudar mais ainda a diminuir essas demandas. (C38)
>
> (...) O dentista no público faz muitas coisas: PSE, curativa, palestra com gestantes, idosos. São muitos programas e informações para um só profissional. Vai acelerar o trabalho tanto no preventivo quanto na clínica. (C54)

Outros são mais restritivos quanto à sua utilização, como nos casos dos coordenadores 19, 32, 41 e 59 (pg. 61-63).

> (...) Indico para as informações, nas ações de saúde coletiva. Não no trabalho clínico. Remoção de sutura pode ser, mas os outros procedimentos considero invasão. (C19)
>
> (...) A estrutura das UBS não suportam os três profissionais, alguém vai ficar sobrando. Eu sou a favor de TSBs para os CEOs. Todas as auxiliares daqui hoje são técnicas. Não mudou muita coisa. (C32)
>
> (...) Já trabalhei com um técnico e ele não foi bem aceito nem por mim nem pela população. Sou totalmente contra qualquer procedimento invasivo realizado pelos técnicos. (C41)
>
> (...) Ia trabalhar mais intensamente a prevenção. "Ia ficar direto nas escolas." O dentista não tem muito tempo para isso. (C59)

Fica evidente por essas falas a necessidade da Política de Educação Permanente trabalhar além de assuntos técnicos, temas relacionados ao processo de trabalho. O cirurgião-dentista precisa delegar funções, não seria uma questão de aceitação, mas de cumprir de forma eficiente uma atribuição que lhe cabe como profissional que supervisiona uma equipe.

Mesmo sendo a favor da inclusão de um TSB na Estratégia Saúde da Família, a maioria dos coordenadores (76,6%) nunca falou com os Secretários de Saúde sobre a possibilidade dessa inclusão em seus municípios.

Em relação a esses pontos abordados, não se observa nenhuma tendência de respostas por grupos de municípios, havendo uma certa distribuição uniforme independente da força potencial de trabalho local.

Pelo exposto na Tabela 8b, quando perguntado porque nenhuma ou poucas equipes de saúde bucal na modalidade II haviam sido implantadas em seu município, a maior frequência de respostas obtidas (35,9%) estaria relacionada a questões financeiras e a segunda resposta

mais ouvida foi a de que não sabiam do motivo (28,1%). As respostas encontram-se no ANEXO E.

Tabela 8b. Continuação

	Grupo						Total	
	Sem TSB		Até 1:2.805		Acima de 1:2.805			
Questão	n	%	n	%	n	%	n	%
Porque existem poucas ou nenhuma equipe de modalidade II em seu município?								
Não sabe	4	18,2	7	35,0	7	31,8	18	28,1
Não necessita	2	9,1	1	5,0	1	4,5	4	6,2
Desconhecimento gestor	1	4,5	0	0,0	4	18,2	5	7,8
Falta de RH	2	9,1	2	10,0	3	13,6	7	10,9
Infra-estrutura	0	0,0	2	10,0	2	9,1	4	6,2
Falta de interesse	1	4,2	0	0,0	0	0,0	1	1,6
Financeiro	11	50,0	7	35,0	5	22,7	23	35,9
Outras razões	4	18,2	1	5,0	3	13,6	8	12,5
O que é necessário								
Falta de pessoal	11	50,0	2	10,0	6	27,3	19	29,7
Financeiro/Salarial	7	31,8	5	25,0	11	50,0	23	35,9
Estrutura	9	40,9	12	60,0	12	54,5	33	51,6
Equipamentos	1	4,5	6	30,0	7	31,8	14	21,9
Desconhecimento	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	1,6
Não sabe	1	4,5	1	5,0	0	0,0	2	3,1
Outros	3	13,6	5	25,0	3	13,6	11	17,2
Total	22	100,0	20	100,0	22	100,0	64	100,0

Quanto a estes recursos, vale ressaltar que embora o Ministério da Saúde envie um incentivo mensal de R$ 750 (setecentos e cinquenta reais) a mais para uma equipe de modalidade II, essa diferença não é considerada significativa por muitos Coordenadores de saúde Bucal devido não ser suficiente para o pagamento do salário do técnico inserido, havendo o município que custear uma parte de seu salário e as despesas de custeio advindas de um maior gasto de insumos. Outros nem sabem da existência desse dinheiro, como é notado na fala do Coordenador 47 (p.65).

> (...) O MS não dá contrapartida. Se não há incentivo, nenhum prefeito vai querer contratar não. A Odontologia tem um gasto muito grande. (C47)

Para Zanetti (2010), a presença de TSB na ESB por ser facultativa, torna-se um recurso de município rico, fato que expõe uma iniquidade das regras, por haver, proporcionalmente, maior transferência de recursos federais para municípios ricos e menor para os pobres. Alerta que em um ordenamento equitativo, o TSB na ESB deve ser uma constante (exigência) e não variável (alternativa).

Pode-se enfatizar aqui a falta de conhecimento por parte de alguns Coordenadores sobre a existência ou não de parâmetros para realizar a implantação de equipes de saúde bucal na modalidade II. Isso fica claro no depoimento dos Coordenadores 11 e 59 (pg. 64-65).

> (...) Acho que o município não se enquadra. Pelos padrões do MS, tem que ter mais de 20.000 habitantes para implantar 1 equipe e para abrir outra equipe só com população acima de 50.000 hab. (C11)

> (...) A regional disse que nós não tínhamos perfil. Acho que é pelo porte populacional. Tentei a 1 ano atrás. Falei com um funcionário da SESAP e este repassou para uma outra pessoa que me disse não ser aprovado para o meu município e que era muito difícil pois só existe 2 municípios no RN que tinha modalidade II. (C59)

Em relação ao que seria necessário para implantar equipes de modalidade II no município, as respostas mais frequentes foram necessidade de melhorias nas estruturas físicas (51,6%) para colocação de mais uma cadeira odontológica, financeiro (35%) para o pagamento salarial e compra de insumos, além de falta de pessoal qualificado (29,7%). As respostas podem ser observadas no ANEXO F.

Pode-se visualizar ainda que 21,9% lembrou da necessidade de mais equipamentos, mostrando que ainda existe a necessidade de uma maior divulgação do equipo odontológico completo fornecido pelo MS às novas equipes de modalidade II implantadas.

Nesse quesito destacam-se a voz dos Coordenadores 11 e 59 (pg. 67 e 69) pela não aceitação das funções clínicas que poderiam ser desenvolvidas por um TSB e a falta de visão de trabalho em equipe.

> (...) Não sei qual seria o trabalho do TSB nessa equipe. Eu sou totalmente contra um TSB fazer um fechamento de cavidade, de fazer uma raspagem. Qual o conhecimento técnico que um profissional desse tem por exemplo com um paciente com prolapso valvar? De fazer uma raspagem de um paciente diabético? Ele pode fazer prescrição medicamentosa? então tudo isso deve ser visto. Uma grande gama de paciente pode ter comprometimento de hemorragia, hemofílico, de endocardite bacteriana. Só quem pode prescrever

> hoje é médico e dentista, vai colocar um profissional de nível médio para fazer procedimento invasivo como uma raspagem? (C11)
>
> (...) Não necessitaria de nada, pois usaria o TSB para prevenção nas escolas. Precisaria de verba para pagar salário. O perfil do PSF é prevenção, mas não dá para o dentista ficar saindo para fazer prevenção pela carência curativa que a população tem. (C59)

Sobre isso, Zanetti (2010) esclarece que o TSB na assistência programática é um requisito indispensável para a garantia do acesso universal (eficácia) e para o menor custo de produção (eficiência), tanto para o estabelecimento de rede como para as unidades isoladas.

Esposti et al (2012) elucida que os CDs necessitam entender a importância da participação de pessoal auxiliar, principalmente dos TSBs, na divisão das atividades e na organização do trabalho odontológico. Chama a atenção para a necessidade de modificações no processo de formação dos cirurgiões dentistas, com a incorporação de novas práticas mais adequadas às necessidades dos serviços de saúde, e com uma integração da graduação com a formação de recursos humanos auxiliares de maneira multiprofissional e interdisciplinar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É percebido que existe uma grande quantidade de Técnicos em Saúde Bucal formados no Estado do Rio Grande do Norte sem conseguirem uma inserção nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Claramente se percebe três gargalos do ponto de vista dos coordenadores de saúde bucal para a não incorporação desse técnico nas equipes de saúde bucal: a questão financeira, as estruturas físicas inadequadas e a falta de trabalhadores em alguns municípios. Agrega-se a isso a vontade política dos Prefeitos e gestores Estaduais e Federais.

Fica evidenciado uma falta de esclarecimento por parte dos gestores sobre a importância desses técnicos e dos incentivos oferecidos pelo Governo Federal que advém de novas equipes de modalidade II implantadas.

É importante ressaltar que embora a diferença dos incentivos ofertados pelo Ministério da Saúde entre a modalidade I e II não dê para pagar o salário de um Técnico em Saúde Bucal em sua totalidade, como justificativa dada por muitos gestores para não contratar esses técnicos, o município deveria visualizar a contrapartida ofertada como um investimento na saúde bucal de sua população e não como uma despesa adicional.

Além disso, os incentivos transferidos pelo Governo Federal referentes a Estratégia Saúde da Família não possuem nenhuma vinculação a pagamento de profissionais, sendo errônea essa associação. Se assim o fosse, estaria retirando a autonomia do gestor local de gastar o recurso com o que mais necessita levando em consideração distintas realidades.

A palavra incentivo está relacionada a um estímulo financeiro dado pelo Ministério da Saúde a execução de alguns programas, não sendo o custeio total de sua responsabilidade dada a descentralização dos serviços.

Em relação as estruturas físicas, poderia ser pensado algum tipo de convênio com outras esferas de governo para tentar viabilizar as reformas quando da impossibilidade por recursos próprios, como é o caso dos municípios pequenos que possuem menos recursos. Neste item ressalta-se a responsabilidade do Governo do Estado frente a essa realidade e como estão sendo gastos o dinheiro da saúde no cumprimento da Ementa Constitucional 29 (EC29) pelos gestores municipais e estadual.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o Estado é responsável por destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica e prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, qualificação, ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Quanto à formação de novos técnicos para os municípios que não os têm, elas podem ocorrer nas escolas privadas de forma permanente ou através de escola técnica do SUS mediante um novo projeto oriundo das demandas. É incoerente, nesse momento, falar em novos cursos com dinheiro público uma vez que os que já estão formados ainda não conseguiram fazer parte de uma equipe de saúde bucal com o desempenho de suas funções.

Existe a necessidade de uma mudança no modo de fazer a prática odontológica, incluindo o trabalho em equipe com a presença de técnicos em saúde bucal desde o âmbito de formação acadêmica profissional, bem como uma Política de Educação Permanente no serviço orientada ao processo de trabalho em equipe.

É inadmissível a situação de 88,2% de coordenadores contratados, isso reflete um aparelhamento do serviço público que ocorre em todas as esferas de governo. Demonstra a necessidade de concursos para todos os cargos da odontologia, sejam coordenadores, dentistas ou categoria auxiliar, afim de acabar com os vínculos trabalhistas precários.

Os Prefeitos, gestores Estaduais e Federais devem estar interessados na saúde da população, e para isso, faz-se necessária uma mudanças das práticas atuais, através da criação de equipes mais completas e resolutivas objetivando atender melhor às demandas coletivas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Dulce Maria de Lucena. **A participação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família**: um olhar em municípios estruturados. 2010. 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

BELMARTINO, Susana. **Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina**: quién será el árbitro? Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 mar. 2001. Seção 1, p.67

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº74, de 20 de janeiro de 2004**. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do programa saúde da família. Brasília, DF. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.372, de 07 de outubro de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 out. 2009. Seção 1, p.112

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 maio 2012. Seção 1, p.73

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 21 ago. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em 23 ago. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente. **Incentivos Financeiros**. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=incentivo>. Acesso em 11 abr. 2014c.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 11.889, de 24/12/2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 251, p. 2-3, 26 dez. 2008. Seção 1.

CHEDIEK, W. **Há diferenças claras entre funções auxiliares e principais**. RET-SUS. n.13, Nov. 2005. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista%2013_pdf.pdf. Acesso em 19 de abr. 2014

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli et al. O Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal e suas Relações com a Equipe de Saúde Bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.2, p.372-385, 2012.

FAQUIM, Juliana Pereira da Silva; CARNUT, Leonardo. Pessoal auxiliar em Odontologia: a trajetória regulamentar da profissão de técnico em saúde bucal (1975-2008). **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 202-207, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar y castigar**: nascimiento de la prisión. 1. ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2006.

GIALDINO, Irene Valilachis de (Coord.). **Estrategias de investigación cualitativa**. 1. ed. Barcelona: Editorial Gedisa, 2006.

KITANI, Nilva Tiyomi. **Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do técnico em saúde bucal na equipe de saúde bucal**. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2011.

LEITE, Dayane Franco Barros Mangueira et al. Perfil socioeconômico dos alunos concluintes dos cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal. **Rev Odontol UNESP**, v. 41, n. 2, p. 95-101, Mar/Abr, 2012.

MORITA, Maria Celeste; HADDAD, Ana Estela; ARAÚJO, Maria Ercília de. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010.

NARVAI, Paulo Capel et al. Contra o técnico em higiene dental. **Saúde em Debate**, 28, p. 59-65, 1989.

NARVAI, Paulo Capel. Recursos Humanos para a Promoção da Saúde Bucal: um olhar no início do Século XXI. In: KRIGER, Léo (coord.). **ABOPREV**: Promoção da Saúde Bucal. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 475-494.

OLIVEIRA, José Antônio Abreu de. **O técnico de higiene bucal:** trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal**.** 2007. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

OLIVEIRA, Carla Aparecida Sanglard. **Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família do Estado de Minas Gerais**. 2011. 99f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

PEZZATO, Luciane Maria. **O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, no Brasil**: uma história silenciada. 2001. 187f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

PEZZATO, Luciane Maria; COCCO, Maria Inês Monteiro. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.28, n.68, p.212-219, set./dez.2004.

PRADO, Marisa Martins da Silva. **Formação e prática profissional do técnico em saúde bucal**: um estudo sobre a percepção de egressos. 2013. 212f. Tese (doutorado em educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013

QUELUZ, Dagmar de Paula. Perfil dos profissionais auxiliares da Odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. **Revista Odonto Ciência** – Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49, jul./set. 2005

SOUZA, Evania Leiros de et al (Org.). **Metodologia da pesquisa:** aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde. Natal: EDUFRN, 2012. 196 p.

SÁ, Eliana Maria de Oliveira et al. As atribuições do técnico de saúde bucal: sistematização de práticas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 463-484, nov.2010/fev.2011

VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Humanização na estratégia saúde da família**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2014. 240 p. 63-82.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti (Coord.). **Pesquisa Razões práticas**: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do PSF

(aferindo a validade externa do instrumento de pesquisa). Brasília: UnB, CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. 148p. (Série Observação, 3e).

APÊNDICE A

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Pesquisa: A INSERÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Roteiro para Entrevista aos Coordenadores de Saúde Bucal

Data da entrevista: ___/___/14
Nome:
Data de nascimento:
Sexo: ( ) M ( ) F
Possui nível superior: ( ) sim ( ) não
Curso de graduação:
Instituição de ensino onde se formou: ( ) público ( ) privado
Pós-graduação: ( ) sim ( ) não
Trabalho atual: ( ) apenas público ( ) público-privado
Cidade na que trabalha:
É concursado? ( ) sim ( ) não
Quantas equipes de saúde bucal da ESF tem no município?
Quantas são de modalidade II?

1. O que você pensa sobre a existência do Técnico em Saúde Bucal na Odontologia?
2. Você recomendaria a inclusão de um TSB na equipe de saúde bucal? Justifique sua resposta_____
   _____
3. Você já falou com o Secretário de Saúde sobre a possibilidade de implantação ou ampliação da modalidade II em seu município?
   ( ) sim ( ) não ( ) não precisa implantar/ampliar

4. Por quais motivos seu município implantou (ou não implantou) equipes de saúde bucal de modalidade II?

5. O que seria necessário para seu município implantar ou ampliar equipes de modalidade II?

APÊNDICE B

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Sr (a)_____

Este é um convite para você participar da pesquisa: **A INSERÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**, que tem como pesquisador responsável Thales Jenner de Oliveira Falcão.

Essa pesquisa pretende analisar a inserção dos Técnicos em Saúde Bucal (TSB) na Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a pouca quantidade de técnicos de saúde bucal trabalhando em suas funções na Estratégia Saúde da Família do Rio Grande do Norte mesmo diante do reconhecimento de sua importância por diversos autores e pelo Ministério da Saúde através do Brasil Sorridente.

Caso você decida participar, você deverá responder a uma entrevista pelo telefone.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando ou mandando e-mail para Thales Jenner de Oliveira Falcão, tel (84) 8886-9908, e-mail thalesjenner@ig.com.br.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente dessa pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do CEP HUOL, telefone 3342-5003.

Essa ligação será gravada para fins de registro de anuência de sua participação na pesquisa, e poderei enviar um e-mail ou cópia deste termo por correio convencional caso haja interesse de sua parte e o fornecimento de endereço.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter ouvido e esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **A INSERÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

O Sr (a) autoriza prosseguir na entrevista? Quer que eu envie este termo de consentimento livre e esclarecido?

Local e data.

APÊNDICE C

Municípios do Rio Grande do Norte ordenados pela proporção TSB/População.

Município	População em 2012	Total de TSBs	Total de TSBs inscritos	Proporção TSBs Total	Proporção TSBs Inscritos
241300 São Vicente	6.088	8	2	761	3.044
241180 São Fernando	3.427	4	0	857	0
241255 São Miguel do Gostoso	8.835	9	1	982	8.844
241020 Portalegre	7.407	7	5	1.058	1.482
241240 São José do Seridó	4.300	4	0	1.075	0
241025 Porto do Mangue	5.392	5	0	1.078	0
240790 Monte das Gameleiras	2.219	2	0	1.110	0
240380 Florânia	8.957	8	1	1.120	8.957
241000 Pilões	3.522	3	0	1.174	0
241260 São Paulo do Potengi	16.149	13	1	1.242	16.133
241105 Tibau	3.761	3	1	1.254	3.765
241190 São Francisco do Oeste	3.934	3	2	1.311	1.966
240230 Caraúbas	19.692	15	1	1.313	19.594
240150 Barcelona	3.944	3	1	1.315	3.948
241160 São Bento do Norte	2.915	2	0	1.458	0
240050 Alexandria	13.467	9	1	1.496	13.480
240240 Carnaúba dos Dantas	7.559	5	1	1.512	7.559
241230 São José do Campestre	12.413	8	0	1.552	0
240850 Ouro Branco	4.704	3	0	1.568	0
240880 Parazinho	4.924	3	0	1.641	0
240420 Goianinha	23.209	14	1	1.658	23.349
240950 Pedra Grande	3.447	2	1	1.724	3.447
240725 Major Sales	3.625	2	1	1.813	3.625
241200 São Gonçalo do Amarante	90.376	49	13	1.844	6.960
241415 Tenente Laurentino Cruz	5.557	3	1	1.852	5.563
240100 Apodi	34.852	18	10	1.936	3.482
240710 Macaíba	71.670	37	11	1.937	6.522
241010 Poço Branco	14.204	7	1	2.029	14.190
240400 Frutuoso Gomes	4.181	2	0	2.091	0
240620 Lagoa d'Anta	6.318	3	1	2.106	6.324
241335 Serra do Mel	10.597	5	1	2.119	10.597
240580 João Câmara	32.677	15	2	2.179	16.379
240120 Arês	13.166	6	1	2.194	13.140
241440 Touros	31.574	14	2	2.255	15.771
240510 Jandaíra	6.838	3	0	2.279	0
240410 Galinhos	2.284	1	1	2.284	2.284
240090 Antônio Martins	6.930	3	0	2.310	0

Município	População em 2012	Total de TSBs	Total de TSBs inscritos	Proporção TSBs Total	Proporção TSBs Inscritos
241430 Timbaúba dos Batistas	2.312	1	1	2.312	2.312
240680 Lajes Pintadas	4.625	2	0	2.313	0
240940 Pau dos Ferros	28.197	12	3	2.350	9.399
240980 Pedro Velho	14.204	6	4	2.367	3.549
240165 Bodó	2.373	1	0	2.373	0
241050 Rafael Fernandes	4.760	2	2	2.380	2.380
240170 Bom Jesus	9.566	4	0	2.392	0
240220 Canguaretama	31.506	13	1	2.424	31.475
240933 Santa Maria	4.911	2	0	2.456	0
240310 Currais Novos	42.934	17	7	2.526	6.130
241142 Santana do Seridó	2.549	1	0	2.549	0
240325 Parnamirim	214.199	83	37	2.581	5.786
240160 Bento Fernandes	5.175	2	1	2.588	5.175
240330 Encanto	5.297	2	2	2.649	2.649
240260 Ceará-Mirim	69.005	26	13	2.654	5.308
241460 Upanema	13.295	5	1	2.659	13.295
241220 São José de Mipibu	40.511	15	6	2.701	6.752
240010 Acari	11.012	4	1	2.753	11.012
240490 Itaú	5.609	2	2	2.805	2.805
240360 Extremoz	25.324	9	2	2.814	12.675
240390 Francisco Dantas	2.852	1	0	2.852	0
241330 Serra de São Bento	5.724	2	1	2.862	5.724
240910 Passa e Fica	11.519	4	4	2.880	2.880
241040 Pureza	8.645	3	3	2.882	2.882
241360 Severiano Melo	5.848	2	1	2.924	5.848
240890 Parelhas	20.511	7	5	2.930	4.104
240830 Nova Cruz	35.741	12	2	2.978	17.835
240185 Caiçara do Norte	6.043	2	0	3.022	0
240200 Caicó	63.571	21	2	3.027	31.865
240460 Ielmo Marinho	12.462	4	0	3.116	0
240810 Natal	817.590	262	88	3.121	9.287
240440 Grossos	9.566	3	0	3.189	0
240110 Areia Branca	25.736	8	2	3.217	12.868
240700 Luís Gomes	9.679	3	3	3.226	3.226
241120 Santa Cruz	36.477	11	5	3.316	7.288
240560 Jardim de Piranhas	13.735	4	2	3.434	6.868
240350 Espírito Santo	10.439	3	0	3.480	0
240820 Nísia Floresta	24.501	7	0	3.500	0
241290 São Tomé	10.832	3	2	3.611	5.413
240615 Jundiá	3.635	1	1	3.635	3.635
240270 Cerro Corá	10.928	3	0	3.643	0

Município	População em 2012	Total de TSBs	Total de TSBs inscritos	Proporção TSBs Total	Proporção TSBs Inscritos
240800 Mossoró	266.758	73	23	3.654	11.601
240770 Montanhas	11.333	3	0	3.778	0
240860 Paraná	4.001	1	0	4.001	0
241320 Senador Georgino Avelino	4.018	1	0	4.018	0
240730 Marcelino Vieira	8.249	2	1	4.125	8.249
241080 Riacho de Santana	4.150	1	0	4.150	0
240430 Governador Dix-Sept Rosado	12.465	3	0	4.155	0
240760 Messias Targino	4.259	1	0	4.259	0
240140 Baía Formosa	8.687	2	0	4.344	0
240450 Guamaré	13.047	3	0	4.349	0
241100 Rodolfo Fernandes	4.411	1	1	4.411	4.411
241355 Serrinha dos Pintos	4.577	1	1	4.577	4.577
240290 Coronel João Pessoa	4.783	1	0	4.783	0
241370 Sítio Novo	5.107	1	1	5.107	5.107
240520 Janduís	5.307	1	0	5.307	0
240610 Jucurutu	17.749	3	3	5.916	5.916
241390 Taipu	11.883	2	0	5.942	0
241210 São João do Sabugi	5.956	1	1	5.956	5.956
241420 Tibau do Sul	11.935	2	1	5.968	11.935
240570 Jardim do Seridó	12.124	2	0	6.062	0
241270 São Pedro	6.154	1	1	6.154	6.154
240020 Açu	54.031	8	4	6.754	13.508
240320 Doutor Severiano	6.954	1	1	6.954	6.954
240780 Monte Alegre	20.959	3	1	6.986	20.980
240970 Pedro Avelino	7.045	1	1	7.045	7.045
240650 Lagoa Nova	14.274	2	1	7.137	14.274
241250 São Miguel	21.994	3	2	7.331	10.992
240300 Cruzeta	7.942	1	1	7.942	7.942
241410 Tenente Ananias	10.036	1	0	10.036	0
240895 Rio do Fogo	10.187	1	1	10.187	10.187
240670 Lajes	10.530	1	1	10.530	10.530
240750 Maxaranguape	10.810	1	1	10.810	10.810
241480 Vera Cruz	11.051	1	1	11.051	11.051
240930 Patu	12.084	1	0	12.084	0
241400 Tangará	14.486	1	1	14.486	14.486
240030 Afonso Bezerra	10.841	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240040 Água Nova	3.026	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240060 Almino Afonso	4.823	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240070 Alto do Rodrigues	12.729	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240080 Angicos	11.538	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB

Município	População em 2012	Total de TSBs	Total de TSBs inscritos	Proporção TSBs Total	Proporção TSBs Inscritos
240130 Augusto Severo	9.330	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240145 Baraúna	24.977	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240180 Brejinho	11.769	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240190 Caiçara do Rio do Vento	3.375	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240210 Campo Redondo	10.427	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240250 Carnaubais	10.000	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240280 Coronel Ezequiel	5.405	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240340 Equador	5.846	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240370 Felipe Guerra	5.765	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240375 Fernando Pedroza	2.885	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240470 Ipanguaçu	14.148	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240480 Ipueira	2.104	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240485 Itajá	7.036	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240500 Jaçanã	8.150	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240530 Januário Cicco	9.211	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240540 Japi	5.401	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240550 Jardim de Angicos	2.598	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240590 João Dias	2.602	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240600 José da Penha	5.862	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240630 Lagoa de Pedras	7.079	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240640 Lagoa de Velhos	2.671	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240660 Lagoa Salgada	7.679	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240690 Lucrécia	3.696	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240720 Macau	29.446	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240740 Martins	8.293	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240840 Olho-d'Água do Borges	4.270	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240870 Paraú	3.824	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240920 Passagem	2.925	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240960 Pedra Preta	2.552	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
240990 Pendências	13.739	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241030 Presidente Juscelino	9.035	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241060 Rafael Godeiro	3.080	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241070 Riacho da Cruz	3.241	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241090 Riachuelo	7.265	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241110 Ruy Barbosa	3.582	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241140 Santana do Matos	13.481	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241150 Santo Antônio	22.535	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241170 São Bento do Trairí	4.005	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241280 São Rafael	8.098	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241310 Senador Elói de Souza	5.729	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241340 Serra Negra do Norte	7.805	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB

Município	População em 2012	Total de TSBs	Total de TSBs inscritos	Proporção TSBs Total	Proporção TSBs Inscritos
241350 Serrinha	6.480	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241380 Taboleiro Grande	2.361	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241445 Triunfo Potiguar	3.327	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241450 Umarizal	10.594	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241470 Várzea	5.271	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241475 Venha-Ver	3.882	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241490 Viçosa	1.633	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB
241500 Vila Flor	2.924	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB	Sem TSB

APÊNDICE D

Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal quanto a justificativa da inclusão dos TSB nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, 2014.

C 1	Eles fariam as coisas mais banais, fechar cavidade, rios-x. O dentista poderia fazer outras coisas.
C 2	Deixaria o dentista livre para focar em coisas mais importantes.
C 3	Porque tem mais conhecimento.
C 4	Para acelerar o atendimento.
C 5	Só vem somar, dá mais cobertura também.
C 6	Auxilio, por exemplo no PSE, aplicação de flúor e também no consultório.
C 7	Aumentaria a produção, o dentista teria mais tempo para atender mais gente, fazer mais ações, seria tudo mais. Melhoraria a parte preventiva.
C 8	Porque tem mais conhecimento.
C 9	Porque tem mais conhecimento que o auxiliar, então acaba ajudando mais.
C 10	Otimiza tempo do dentista. O dentista passa a ser mais produtivo. O TSB faria as coisas mais básicas.
C 11	A demanda do interior é maior que na capital pois só tem oferta de serviço público. As ações preventivas ficam a desejar, o que poderia ser realizado pelo técnico.
C 12	Auxiliar o dentista no trabalho em equipe. Tanto nas pesquisas, quanto nas aplicações de flúor, como nas orientações de escovações. Muitas vezes o dentista não tem esse tempo necessário. Faz essa parte de ações coletivas, é importante.
C 13	Poderia dividir atribuições. Maior eficiência no trabalho.
C 14	Agilizaria o atendimento.
C 15	Agilizaria o atendimento e ajudaria na burocracia.
C 16	Ajudaria na profilaxia, raios-x. Trabalhei com duas TSBs formadas pelo CEFOPE e elas não estavam preparadas para trabalhar com a clínica. Elas têm boa vontade, inclusive eu estava repassando umas coisas para elas. Eu até duvidei que elas não tivessem o curso, mas vi o diploma delas.
C 17	Dá mais segurança, faz raspagem, radiografia.
C 18	Dar mais vazão à demanda. Fazer trabalhos preventivos.
C 19	Indico para as informações, nas ações de saúde coletiva. Não no trabalho clínico. Remoção de sutura pode ser, mas os outros procedimentos considero invasão. (rs)
C 20	Mais capacitado que o auxiliar, habilitado a fazer procedimentos. Pode agilizar o atendimento.
C 21	Um auxílio principalmente na prevenção.
C 22	Ajudaria a desenvolver os trabalhos de acompanhamento.
C 23	Para atender a demanda. Para dar agilidade nos serviços.
C 24	O dentista ficaria isento de palestra em escolas (PSE). Não sei a função dele (do TSB) porque não tive nenhuma experiência.
C 25	Melhora a qualidade do atendimento. Mais agilidade no atendimento. Diminui a carga de trabalho do dentista.
C 26	Todos os meus são TSB. Porque ajuda nos procedimentos. Retirada de pontos, raspagem, profilaxia.
C 27	Diminuiria a carga do dentista.
C 28	Ajudaria nas ações educativas, raspagem e alisamento. O dentista poderia ficar fazendo os procedimentos mais invasivos. Daria mais andamento.
C 29	Para dar oportunidade a eles. Iria somar, mas não teria muita diferença.

C 30	Produtividade em relação a orientação, prevenção.
C 31	Divide função, não vai fazer a função do dentista, mas ajuda o serviço.
C 32	A estrutura das UBS não suportam os três profissionais, alguém vai ficar sobrando. Eu sou a favor de TSBs para os CEOs. Todas as auxiliares daqui hoje são técnicas. Não mudou muita coisa.
C 33	Acho eles despreparados.
C 34	Fui preceptor de uma turma do CEFOPE e sei que eles estão aptos a desenvolverem suas funções.
C 35	Só tem a acrescentar. Tem algumas atividades que eles podem desenvolver que ajuda muito, principalmente na ação coletiva.
C 36	Facilitaria demais e agilizara o atendimento.
C 37	Ajuda no atendimento da população, fazer procedimentos, seria mais rápido, melhoraria o número de procedimentos.
C 38	A Odontologia no serviço público, ela ainda tem um alcance muito pequeno, haja vista uma demanda muito grande de serviços odontológicos acumulados. Somente o cirurgião-dentista, ele não consegue dar de conta de toda essa demanda, especialmente no que diz respeito às práticas de saúde coletiva, onde ele chega a ser mal aproveitado. Porque como ele (CD) tem a competência de resolver os problemas de saúde bucal da população até um nível onde somente ele pode intervir, essas práticas de orientação e de cuidados com a saúde num âmbito de educação continuada com a população, prevenção, aplicação de flúor, da escovação supervisionada, de todos os elementos que integram a base preventiva-educativa um técnico em saúde bucal, ele bem treinado, ele bem aproveitado, ele faria um excelente trabalho para ajudar mais ainda a diminuir essas demandas.
C 39	Não só para os atendimentos clínicos, mas também para a parte educativa.
C 40	Otimiza o trabalho do cirurgião-dentista. Pode fazer diversas ações como as ações coletivas, profilaxias.
C 41	Já trabalhei com um técnico e ele não foi bem aceito nem por mim nem pela população. Sou totalmente contra qualquer procedimento invasivo realizado pelos técnicos.
C 42	Para o desenvolvimento do trabalho. Tem funções que o técnico pode fazer que o auxiliar não pode.
C 43	Tem atividades que o técnico pode realizar e deixar o dentista livre para fazer o que só ele pode fazer.
C 44	Conhecimento.
C 45	Porque tem mais liberdade de ação em relação ao auxiliar no caso de direitos e deveres que o auxiliar. Até a demanda para o cirurgião dentista, não em termos de atender, mas para as atividades educativas, seria uma ajuda.
C 46	Ação educativa, no atendimento em si também.
C 47	Fazem palestra, limpeza dental. Pode aplicar flúor. Tem mais independência do dentista. São mais especializadas que o auxiliar que fica mais limitada ao instrumental.
C 48	Agilizar o trabalho do dentista
C 49	A demanda é muito grande e a população tem um entrave. Rejeita o trabalho do técnicos.
C 50	Principalmente na prevenção.
C 51	Aumentaria muito mais a congregação da equipe de saúde bucal.
C 52	Aumento do volume da demanda e melhoria na qualidade do serviço.
C 53	Ajudaria na parte educativa e clínica.
C 54	O dentista no público faz muitas coisas: PSE, Curativa, palestra com gestantes, idosos. São muitos programas e informações para um só profissional. Vai acelerar o trabalho tanto no preventivo quanto na clínica.

C 55	Profissional mais qualificado para trabalhar com o dentista. Pode ir a uma escola, pode fazer uma triagem.
C 56	O trabalho sairia mais rápido, mais aperfeiçoado. Seria um trabalho a quatro mãos.
C 57	Daria mais apoio ao dentista. Diminuiria mais as atividades do dentista, principalmente as ações educativas.
C 58	Ajudaria no trabalho manual, no andamento do serviço.
C 59	Ia trabalhar mais intensamente a prevenção. Ia ficar direto nas escolas. O dentista não tem muito tempo para isso.
C 60	Mais qualificada, melhoria o desenrolar do trabalho.
C 61	Ajuda muito pois tem muitos serviços que ele faz que um auxiliar não pode fazer. Pode ajudar na restauração, profilaxia. Aumentaria a produtividade.
C 62	Auxiliar o dentista nas ações preventivas, colégio, palestras.
C 63	É dispensável.
C 64	Melhoraria o processo de trabalho pois tem um conhecimento maior. Um trabalho a quatro mãos atenderia um maior número de pessoas (clínica). Também dá incremento na educação em saúde.

APÊNDICE E

Respostas dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte quanto aos motivos da inexistência ou pouca quantidade de equipes de modalidade II em seus municípios, 2014.

C 1	Não necessita, pois o município é muito pequeno.
C 2	Falta de interesse político.
C 3	Questão burocrática.
C 4	Não sei.
C 5	Não sei.
C 6	Dificuldade financeira. Resistência a mudança pelo gestor.
C 7	Por falta de verba e por falta de pessoal qualificada.
C 8	Mudança de profissionais por motivos políticos.
C 9	Financeiro e falta de profissional. Queremos um curso de técnico.
C 10	Desconhecimento da secretária de saúde e porque a cidade é pequena, não valoriza muito.
C 11	Acho que o município não se enquadra. Pelos padrões do MS, tem que ter mais de 20.000 hab para implantar 1 equipe e para abrir outra equipe só com população acima de 50.000 hab. Acho que falta repassar informações pois o gestor é interessado. Também acho que se houver despesa para o município fica difícil pois o incentivo está congelado a muito tempo. Acho que os funcionários da ESF deveriam ser vinculados ao governo federal pois eu nunca recebi décimo terceiro salário, nem terço de férias, nem nunca tive direito a 30 dias de férias em 7 anos de trabalho. Não adianta contratar outro funcionário para trabalhar nessas condições.
C 12	Depende de verbas.
C 13	Não sei. A gestora atual está buscando um CEO para lá.
C 14	Financeiro.
C 15	Acho que para evitar gastos (com pessoal).
C 16	Não sei.
C 17	Questão financeira (salarial).
C 18	Ao incentivo financeiro.
C 19	Por ser um município pequeno. Acham que só a auxiliar dava conta.
C 20	Falta de recursos financeiro.
C 21	Remuneração do pessoal.
C 22	Não sei informar. É coordenador a menos de um mês.
C 23	Por causa de recursos financeiros.
C 24	Não sei dessa parte administrativa. Envolve política.
C 25	Falta de recursos financeiro.
C 26	Custo. Não tem dinheiro para pagar dois profissionais de nível médio.
C 27	Falta de dinheiro para pagar profissionais e costume (comodismo).
C 28	Falta de recursos humanos.
C 29	Não sei.
C 30	Não sei.
C 31	Infraestrutura deficiente.
C 32	Pela não necessidade.
C 33	Não sei.

C 34	Não sei.
C 35	Porque antigamente o município não dava valor a um coordenador dentista pra saúde bucal, eles achavam que um coordenador da atenção básica seria suficiente.
C 36	Desistimos por causa da burocracia (tamanho da sala). Também não existe o cargo no organograma da prefeitura.
C 37	Financeiro.
C 38	O município acha que já tem profissionais demais na Odontologia, que eles produzem pouco na parte curativa. O município está mais focado na parte curativa. Estou pensando em fornecer prioritariamente atenção secundária aos pacientes daqui com atendimento de canal, prótese, feito pelos próprios profissionais daqui mediante uma gratificação, mas a gestão achou inviável qualquer gasto a mais.
C 39	Folha de pagamento inchada. Pela dificuldade em contratar mais profissionais.
C 40	Não sei.
C 41	Por falta de interesse da gestão.
C 42	Não sei.
C 43	Por falta de esclarecimento. Os secretários de saúde nem sempre são da saúde.
C 44	Precisávamos de outras coisas mais básicas que não tínhamos.
C 45	Não sei.
C 46	Não sei.
C 47	O MS não dá contrapartida. Se não há incentivo, nenhum prefeito vai querer contratar não. A Odontologia tem um gasto muito grande. Pelo financeiro.
C 48	Financeiro.
C 49	A população rejeita.
C 50	Pela falta do profissional e da falta de conhecimento do gestor sobre a importância do trabalho do TSB.
C 51	Não sei.
C 52	Não sei.
C 53	Ninguém tinha interesse antes e atualmente pelo lado Financeiro.
C 54	Ainda precisa melhorar a equipe na modalidade I seja no financeiro quanto na estrutural.
C 55	Falta de conhecimento e falta de interesse da gestão. O gestor acha que é perder dinheiro, acha que é um gasto. Não tem nem condições de aumentar o salário dos profissionais que já existem quanto mais acrescentar outros.
C 56	Falta de recursos humanos no município e não houve interesse.
C 57	Não sei.
C 58	A estrutura física não comportava dois consultórios, mas a gestão tem interesse.
C 59	A regional disse que nós não tínhamos perfil. Acho que é pelo porte populacional. Tentei a 1 ano atrás. Falei com um funcionário da SESAP e este repassou para uma outra pessoa que me disse não ser aprovado para o meu município e que era muito difícil pois só existe 2 municípios no RN que tinha modalidade II.
C 60	Não há necessidade, só o auxiliar resolve.
C 61	Financeiro (aumentaria custos) e por não terem a visão da necessidade.
C 62	Por falta de iniciativa, só isso.
C 63	Não sei.
C 64	O Conselho pede, o Colegiado sempre fala. Ainda não foi implantado porque não tem concurso público há mais de uns 8 anos. Não tem esse cargo na prefeitura. Fiz um documento para a prefeitura para acrescentar o cargo de TSB e protético nos

	recursos humanos para o próprio concurso. Tem TSB na rede e protéticos, mas não podem exercer essa função porque não são concursados nessa função. Não tem no plano de carreira. Não pode pagar a um TSB o mesmo que a um ASB.

APÊNDICE F

Respostas dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte quanto ao que seria necessário para realizar implantações de equipes de modalidade II em seus municípios, 2014.

C 1	Não iriam pagar outro profissional (salarial). Não tem mão de obra. Não tem estrutura física, tem planta para reforma. Sou concursado e retiraram a minha gratificação da ESF.
C 2	Falta de profissional e de interesse político.
C 3	Aspecto financeiro para pagar profissionais.
C 4	Recursos para pagar mais um funcionário.
C 5	Não sabe dizer de imediato. Não tem estrutura física, não tem recursos humanos.
C 6	Quase nada, mais selecionar os candidatos. Não tem mão de obra qualificada. Necessitaria ampliar a estrutura física. Provavelmente teria dificuldade com o financeiro também para pagar profissional.
C 7	Contratar pessoas qualificadas, mudança na estrutura física, compra de material, compra de cadeira. Estamos vendo com o secretário para ver se fazem parceria com o conselho ou ABO para qualificar pessoas de lá.
C 8	Que houvesse um curso de formação profissional.
C 9	A verba e o profissional.
C 10	Esclarecer sobre a importância, é mais esclarecimento.
C 11	Não sei qual seria o trabalho do TSB nessa equipe. Eu sou totalmente contra um TSB fazer um fechamento de cavidade, de fazer uma raspagem. Qual o conhecimento técnico que um profissional desse tem por exemplo com um paciente com prolapso valvar? De fazer uma raspagem de um paciente diabético? Ele pode fazer prescrição medicamentosa? então tudo isso deve ser visto. Uma grande gama de paciente pode ter comprometimento de hemorragia, hemofílico, de endocardite bacteriana. Só quem pode prescrever hoje é médico e dentista, vai colocar um profissional de nível médio para fazer procedimento invasivo como uma raspagem? - **Aqui houve uma ponderação do pesquisador de que o técnico só poderia trabalhar na presença do dentista e sob sua supervisão** - Mesmo assim sou contra por vários aspectos, por esse aspecto, por não terem conhecimento suficiente para isso, na minha opinião, e pelo lado da classe dos dentistas. Agente vê hoje dentistas trabalhando em condições inadequadas, com salários inadequados, devido a quantidade de dentistas que vem pro mercado e não tem mercado para absorver. Agente sabe como é a fiscalização desses cursos. Tem curso de técnico de enfermagem em cidades pequenas e hoje sabemos como está o mercado para o profissional de enfermagem. Então na hora de pensar em inserir um profissional no mercado, a gente tem que saber se o mercado está pronto para absorver, e eu acho que não está pronto para absorver esse profissional. Se chegasse um TSB na minha equipe, ele seria bem aceito e eu coordenando a equipe ele iria trabalhar na parte preventiva sob a minha fiscalização e sob a minha orientação. Então o que seria necessário? Para mim, seria materiais de Odontologia preventiva, na parte de educação preventiva, na minha opinião.
C 12	Não sei de que depende.
C 13	Recursos financeiros.
C 14	Financeiro e estrutura física.
C 15	Funcionária.
C 16	Contratação de pessoal.

C 17	Pessoal capacitado que não tem. Gastos.
C 18	Tem estrutura e consultório. A secretária solicitou outra equipe está esperando resposta do MS. Eu não sei a modalidade, mas acho que foi I. Precisa de um CEO mas não tem.
C 19	Necessitaria de melhor estrutura melhor.
C 20	Não tenho noção. Só a parte de contrato. Estrutura física não comporta duas cadeiras.
C 21	Necessita de melhoras na estrutura física.
C 22	Não sabe.
C 23	Dinheiro. Não tem estrutura física.
C 24	Vontade política. Tem pessoas concursadas e estrutura física.
C 25	O pagamento de um incentivo para os técnicos.
C 26	Falta dinheiro.
C 27	Sensibilizar o gestor. Mostrar sua importância a gestão. Necessita de estrutura física.
C 28	Profissionais e equipamentos.
C 29	Infraestrutura, consultório.
C 30	Infraestrutura, material. A prefeitura não querer contratar outros profissionais.
C 31	Estrutura física, financeira, outro consultório para comprar.
C 32	Estrutura física.
C 33	Mais qualificação dos TSBs. Acho as práticas dos cursos muito pouco.
C 34	Tem os técnicos e sem auxiliar no município. (realidade após o curso)
C 35	Espaço físico.
C 36	Estrutura física.
C 37	Espaço físico.
C 38	Melhorar a estrutura física e de consultórios.
C 39	Espaço físico. Comprar 10 consultórios. Contratar 10 pessoas.
C 40	Outro consultório na mesma sala. Estrutura física.
C 41	Só enviar o projeto
C 42	Melhoria em equipamentos e salariais.
C 43	Esclarecimento dos gestores.
C 44	Conversar com o gestor pois tem custos. A estrutura física não é suficiente.
C 45	Incentivo financeiro. Estrutura física.
C 46	Não sabe se juridicamente teria como pagar esses profissionais por causa do limite prudencial. Estrutura física.
C 47	Outro consultório. Pagar mais profissionais. Gerar custos com materiais.
C 48	Profissional. Estrutura.
C 49	Profissional. A prefeitura não ajuda na formação dos técnicos.
C 50	Mais cadeiras. Trabalhar com a população para a aceitação dos técnicos. Estrutura física.
C 51	Recurso financeiro para pagar o profissional.
C 52	Trâmite legal/documental.
C 53	Recursos financeiro para pagar mão de obra e Estrutura.
C 54	Financeiro, Infraestrutura, equipamentos, instrumentais, consultório extra. Consultórios antigos, com defeito.
C 55	Conscientizar os prefeitos e os secretários da importância do trabalho do TSB. Tem dinheiro, mas acham que é gasto.

C 56	Falar com o gestor para ver interesse, colocar pessoas para se qualificar e reforma da estrutura física.
C 57	Estrutura física e recursos humanos e financeiros.
C 58	O equipamento odontológico. Tem duas salas que comportam dois consultórios.
C 59	Nada, pois usaria para prevenção nas escolas. Precisaria de verba para pagar salário. O perfil do PSF é prevenção, mas não dá para o dentista ficar saindo para fazer prevenção pela carência curativa que a população tem. Tem espaço nas salas mas não termos a cadeira odontológica.
C 60	Tem que ter estrutura maior.
C 61	Equipamentos, Estrutura física, financeiro (mais despesas)
C 62	Não sabe dizer. Não tem estrutura física.
C 63	Quadro efetivo que não dispõe de TSB em número suficiente para ampliar as equipes e ampliação dos equipamentos (gabinetes). Estrutura física.
C 64	De concurso público.