

## O TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL: A ATUAÇÃO DESTE PROFISSIONAL NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

### RESUMO

Na equipe multidisciplinar adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na área de odontologia, existe a participação do Técnico em Saúde Bucal (TSB), cuja atuação possibilitou o aumento da cobertura de serviços, melhoria da qualidade, redução de custos, além de liberar o cirurgião-dentista para atividades mais complexas. Apesar de tais fatores, a participação desse profissional nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) enfrenta algumas dificuldades. Nesse contexto, a presente pesquisa traz informações a respeito das equipes multidisciplinares na área da saúde com ênfase nas Equipes de Saúde Bucal e no Técnico em Saúde Bucal, com o objetivo de trazer à luz o panorama do contexto nacional no que diz respeito à atuação do TSB, às atribuições esperadas deste profissional e o seu alcance de atuação, no sentido de amplitude de políticas públicas voltadas à saúde familiar. Para tal, realizou-se um estudo de método dedutivo, de objetivos descritivos, por meio de dados qualitativos, além de tomar como fonte de dados pesquisas bibliográfica e documental. Quanto aos resultados, foi possível identificar a ausência de um entendimento sobre as atribuições desse profissional, além de discrepâncias regionais e indícios de subutilização do TSB na gestão da saúde pública no país.

**Palavras-chave:** Equipes Multidisciplinares; Saúde Bucal; Políticas públicas; Técnico em Saúde Bucal.

### ABSTRACT

In the multidisciplinary team created by the national health service (SUS), in the context of dentistry, there is the participation of the Technician of Oral Health (TOH), whose actions enabled the increase of service coverage, more quality, reduction of costs, besides releasing the dental surgeon to do more complex activities. Although these factors, the participation of this profession among the Oral Health Teams (OHT) faces some difficulties. Regarding these difficulties, the present study brings together information related to multidisciplinary teams in the health area, emphasizing in OHT and also in the TOH, with the purpose to elicit the national picture regarding the professional practice of the TOH, the attributions expected from this professional and the impact of the public policies related to family health. In order to do so, this study took place based on the deductive method, with descriptive objectives, and data was analyzed in a qualitative aspect, which were obtained through bibliographical and documental research. In terms of the results of this study, it was possible to notice the lack of common understanding about the attributions of the TOH, but also the regional discrepancies and some evidences regarding the underutilization of this professional in the context of public health in the country.

**Key-words:** Multidisciplinary Team; Oral Health. Public Policies; Technician of Oral Health.

Paulo Adriano Maurer dos Reis<sup>1</sup>  
Cláudia Prim Corrêa<sup>2</sup>  
Cibele Barsalini Martins<sup>3</sup>  
Maria Gabriela Gheller<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis (Brasil) E-mail: [pamr8222@gmail.com](mailto:pamr8222@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestranda em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis (Brasil).  
Técnica em Atividades Administrativas pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis (Brasil).  
E-mail: [claudia.primcorrea@gmail.com](mailto:claudia.primcorrea@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Administração pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo (Brasil). Professora pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis (Brasil). E-mail: [cibele.martins@ufsc.br](mailto:cibele.martins@ufsc.br)

<sup>4</sup> Mestranda em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis (Brasil).  
Estagiária Docente pela Mestranda em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis (Brasil). E-mail: [mariaggheller@gmail.com](mailto:mariaggheller@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O envolvimento governamental em áreas prioritárias, como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, é fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes (Baldani, Fadel, Possamai, & Queiroz, 2005). Levar em consideração demandas sociais e contemplar também os interesses da coletividade e dos grupos de trabalhadores da saúde é um desafio à gestão dos serviços de saúde, uma vez que estes serviços buscam atender as necessidades consideradas complexas e variáveis, não sendo, portanto, completamente padronizados. (Scherer, Pires, & Schwartz, 2009). Desta maneira, o trabalho nesta área visa promover e preservar as condições de saúde, combater os fatores que a ameaçam, bem como dar assistência aos indivíduos e grupos, no cuidado e na recuperação (Teixeira, 2003).

O avanço nas condições socioeconômicas é reflexo da eficiência de políticas públicas, dentre elas, as de saúde, se menos excludentes e mais integradas (Souza & Roncalli, 2007). Antunes e Narvai (2010) acrescentam que é necessário avaliar as políticas públicas de saúde não somente devido a sua influência sobre a saúde coletiva, mas também pelo seu impacto no quadro de desigualdade existente neste âmbito. Ainda conforme estes autores, foi devido ao princípio da universalização dos serviços de saúde que o atendimento odontológico do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fortemente expandido nacionalmente.

Segundo a visão do Ministério da Saúde, a saúde bucal é parte inseparável da saúde geral do indivíduo e, no contexto de saúde pública, relaciona-se diretamente com as condições sociais das pessoas (Brasil, 2006). Este conceito é o eixo determinante da Política Nacional de Saúde Bucal e articula-se a outras políticas de saúde e políticas públicas, conforme princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2002, 2006).

O SUS, então, assume a Saúde Bucal como parte integrante do sistema de saúde, tendo os princípios da integralidade da atenção, da equidade e da universalização como direitos que devem ser assegurados a todos (Brasil, 2004a). Entretanto, dentro do contexto da saúde bucal, percebeu-se a centralidade histórica exercida pelo cirurgião dentista (CD), ao monopolizar o conhecimento científico. Porém, essa centralidade deve dar lugar a um processo de trabalho diferente que só será obtido por modificações profundas. (Esposito, 2007; Queluz, 2009).

Assim, de modo a quebrar o monopólio do conhecimento por parte do CD, promover uma gestão descentralizada e melhor atender às demandas sociais, o Governo Brasileiro, através do Ministério da Saúde, em 1994, orientou todos os municípios para a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). Silvestre,

Aguiar e Teixeira (2013) percebem a criação do PSF como uma mudança no enfoque das políticas públicas nacionais da área da saúde, ao passo que houve a diminuição do enfoque na atenção hospitalar e aumento para a atenção básica.

Este programa insere-se na Estratégia Saúde da Família, política pública que visa à reorganização da atenção básica no país, por meio da reorientação do processo de trabalho de modo a ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde na sociedade (DAB, 2016). Considera-se que o investimento na Saúde da Família é visto como uma estratégia reestruturante do modelo assistencial, sinalizando uma tendência à adoção de práticas mais colaborativas dentro deste contexto de políticas públicas na área da saúde (Scherer et al., 2009). Viu-se, desta maneira, a criação de equipes multidisciplinares na área de saúde pública como uma possibilidade de melhorar a prestação deste serviço.

Ao tratar de equipes multidisciplinares, os profissionais são os agentes que promoverão as mudanças necessárias nas organizações; assim, a gestão de pessoas deve ser valorizada nos ambientes de trabalho (Motta, 1995; Vergara, 2000). Para Costa (2004), novos enfoques são necessários para o trabalho em saúde bucal, de modo a incluir as lógicas do trabalho em equipe, do compartilhamento do conhecimento, da abordagem multidisciplinar e integral da assistência em saúde bucal.

Em décadas anteriores, a atividade de saúde bucal oferecida pelo poder público se baseava apenas no atendimento curativo feito pelo cirurgião-dentista. Com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, após o ano de 2000, a abordagem preventiva passou a ser o foco. Este investimento em prevenção mostrou-se mais acertado em relação ao direcionamento tradicional para o atendimento exclusivamente restaurador (Oliveira, 2011).

Dentro deste contexto de equipe multidisciplinar adotado pelo SUS, no setor de odontologia, existe a participação de um profissional ligado à ESB, o Técnico em Saúde Bucal (TSB) (Cornwall, 2008). Sua atuação possibilitou o aumento da cobertura de serviços, da melhoria da qualidade e redução de custos, como também a liberação do CD para atividades mais complexas (Frazão, 1998; Zanetti, 2010). Apesar de tais fatores, a participação do TSB nas ESB ainda é pequena: poucos municípios possuem esse profissional em suas equipes de saúde bucal, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2004b). De modo a identificar e desempenhar melhor as atribuições de cada profissional dentro desta nova equipe multidisciplinar recém-formada, cabe questionar: como se dá a atuação do Técnico de Saúde Bucal dentro da esfera pública nacional?

A partir deste questionamento, objetiva-se trazer à luz o panorama do contexto nacional no que diz

respeito à atuação do Técnico de Saúde Bucal, às atribuições esperadas deste profissional e o seu alcance de atuação, no sentido de amplitude de políticas públicas voltadas à saúde familiar. Para tal, devem ser levantados os aspectos relacionados a este profissional: seu campo de atuação, sua regulamentação legal e as atividades típicas. Entende-se que a definição das atribuições de cada profissional dentro de uma equipe multidisciplinar proporciona uma melhor gestão de seus recursos humanos, evita o subaproveitamento dos profissionais e garante um melhor atendimento ao público-alvo - neste caso, a sociedade.

Além disso, cabe averiguar a dimensão de inserção do profissional nas esferas regionais e nacional e de que forma ele atua, se isolada ou conjuntamente, em equipes multidisciplinares de saúde. Assim, entende-se ser possível verificar a eficiência das políticas públicas na área de saúde, que objetivam levar a saúde bucal ao maior número de comunidades desassistidas (Brasil, 2002). Para alcançar este objetivo, buscou-se arcabouço teórico em teorias vinculadas a equipes multidisciplinares, com foco na área da saúde bucal, e também ao Técnico em Saúde Bucal, profissional que se encontra no cerne desta pesquisa.

Em termos de estrutura este estudo está dividido em 5 partes, sendo a primeira esta introdutória com a contextualização do tema, objetivos e justificativa. Em seguida, apresenta-se o referencial teórico com uma discussão sobre equipes multidisciplinares e de saúde e, mais especificamente, de saúde bucal, e o Técnico em saúde bucal e suas atividades. Na terceira parte, é apresentada a metodologia, com os métodos utilizados no desenvolvimento do estudo. Posteriormente, estão dispostos os resultados obtidos com a realização da pesquisa, os quais são discutidos à luz do referencial teórico previamente apresentado, e, por fim, as considerações finais acerca da pesquisa e sugestões de temas para estudos futuros.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção do trabalho traz a base teórica que sustenta a problemática escolhida para análise, além de dar fundamento para a análise dos dados. Assim, os conteúdos abordados são: equipes multidisciplinares, equipes multidisciplinares de saúde, equipes multidisciplinares de saúde bucal e o técnico em saúde bucal (TSB).

### Equipes Multidisciplinares

De modo a se realizar um trabalho, há a definição prévia de objetivos, regras e procedimentos, que são definidos de forma relativa aos resultados esperados. Essa definição é realizada pela sociedade e pela instituição, mas também pela equipe de trabalho, de forma individual e coletiva (Scherer et al., 2009).

O trabalho em equipe multiprofissional, para Peduzzi e Palma (1996) e Peduzzi (2001), consiste na modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre múltiplas intervenções técnicas e interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Trabalhar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho do outro e valorização da participação deste. Logo, significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de adquiri-los, ou ainda, significa a utilização das interações entre os agentes envolvidos, com vistas ao entendimento e ao reconhecimento recíproco de autoridades de saberes e da autonomia técnica (Ribeiro, Pires, & Blank, 2004). Trata-se também de um ambiente propício a conflitos entre atores de interesses diversos, o que requer negociação permanente dentro da equipe (Scherer et al., 2009).

Já em 1999, Schraiber, Peduzzi, Sala, Nemes, Castanheira e Kon. afirmavam que a mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais no mesmo local de trabalho não é suficiente para garantir a atenção integral. Conforme alegaram Baldani et al (2005), o trabalho da equipe multiprofissional inclui ações intersetoriais programadas a partir de prioridades e intensa participação comunitária, além de configurar nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e criar alianças, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do fortalecimento do sistema-usuário.

Após serem apresentadas as características de uma equipe multidisciplinar, vê-se a necessidade de restringir este contexto ao descrever as equipes multidisciplinares da área da saúde.

### Equipes Multidisciplinares de Saúde

A assistência à saúde, para ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, não pode prescindir do trabalho das equipes multiprofissionais (Almeida & Mishima, 2001). Scherer et al. (2009) entendem que, nas organizações de saúde o trabalho é heterogêneo e, como tal, requerem equipes que também o sejam.

Nas equipes multidisciplinares na área de saúde, não basta que os especialistas em saúde tenham domínio e apliquem isoladamente seus saberes profissionais específicos: é preciso somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes a problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade, incluindo o ambiente de trabalho (Vasconcelos, Gillo, & Soares, 2009). Assim, equipes multidisciplinares são uma proposta governamental para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, que tende

a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (Peduzzi, 2001).

Conforme apontam Araújo e Rocha (2007), na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem. Ainda para os autores, o estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros.

A assistência à saúde passa a caracterizar-se como um trabalho coletivo e complexo, em que as relações interdisciplinar e multidisciplinar são necessárias. É preciso considerar o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos (Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005).

Os profissionais que compõem as equipes são oriundos de uma prática na qual predomina a pressuposição do poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, segundo Araújo e Rocha, (2007), relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, fortalecem a situação de *status* de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa maneira, faz-se necessário redefinir, no cotidiano, responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde. Scherer, Pires e Schwartz (2009) corroboram de forma análoga, ao afirmar que é necessário revisar a hegemonia do médico dentro do contexto do trabalho em saúde, para se caminhar em direção a práticas interdisciplinares e ampliar a qualidade da atenção à saúde.

Apesar de todos os esforços para a implementação das equipes de saúde com a devida inclusão da área odontológica, estudos recentes das equipes do PSF revelaram ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais. Além disso, apesar do discurso de teor igualitário, os membros das Equipes de Saúde da Família mantêm representações da hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro (Bastos, 2003; Pedrosa & Teles, 2001).

A Estratégia Saúde da Família, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, é composta por equipes multiprofissionais que possuem, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Maciel, Lima, Albuquerque, Aguiar, & Santos,

2007). Após o ano 2000, viu-se a necessidade de incluir a odontologia na Equipe de Saúde da Família (ESF) para mudar os serviços odontológicos prestados. Porém, somente a realização de procedimentos curativos não gerava o resultado esperado.

Nesse sentido, a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) traria o tratamento odontológico a toda população nas diferentes faixas etárias, sendo considerado um avanço na tentativa de universalizar o acesso (Boareto, 2011). Pode-se acrescentar a esta equipe multiprofissional os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e Técnico em Saúde Bucal (Maciel et al., 2007).

Fica nítido, desta maneira, que as equipes multidisciplinares na área da saúde se assemelham a outras equipes de trabalho que contam com vários profissionais, embora possuam características e peculiaridades próprias. A partir disso, faz-se necessário adentrar na equipe de saúde multiprofissional e apresentar um dos elos da Equipe Multidisciplinar de Saúde, representado pela Equipe de Saúde Bucal (ESB).

### Equipe de Saúde Bucal

Historicamente, um obstáculo à implantação das Equipes de Saúde Bucal era obter recursos financeiros para seu pleno funcionamento. A assistência odontológica, por sua complexidade e alto custo, reduzia-se a plano secundário e era considerada um apêndice das políticas de saúde (Oliveira & Saliba, 2005). Por anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro consistiu em prestar assistência a grupos populacionais restritos, como escolares, por meio de programas voltados para a doença cárie e problemas periodontais. Assim, parte da população permanecia excluída ou dependente de serviços curativos e mutiladores, caracterizando baixa cobertura de atendimento (Oliveira & Saliba, 2005).

De acordo com Oliveira e Saliba (2005), por décadas, a política de saúde bucal no Brasil foi centrada na prestação de assistência à doença e grande parte da população brasileira ainda não tinha acesso aos cuidados odontológicos. Para os autores, a atenção odontológica necessitava ser inserida no PSF, para atender aos princípios básicos do Plano de Reorganização das Ações em Saúde Bucal, na Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde, e a consolidação do SUS.

Para Paula (2009), a Equipe de Saúde Bucal representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relaciona com usuários e que participa da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e

ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo (Paula, 2009).

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe interdisciplinar, foco de atuação centrado na família, comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (DAB/SUS, 2016). Assim, as ações das ESB voltam-se para a promoção e proteção de saúde, ações de recuperação, prevenção e controle de câncer bucal, incremento da resolução de urgências, além da inclusão de procedimentos mais complexos, como a reabilitação protética (DAB/SUS, 2016).

A ESB, assim como sua célula mãe, a Equipe de Saúde, também enfrenta desafios para a execução de suas atividades. Para superar estes desafios, os componentes destas equipes são fundamentais. Um dos atores que faz parte desta engrenagem e que é chamado a dar sua contribuição é o Técnico em Saúde Bucal.

### **Técnico em Saúde Bucal**

Os sistemas públicos de saúde utilizam recursos humanos de nível técnico com a intenção de aumentar a produtividade, a qualidade e gerar mudanças no processo de trabalho e suas relações (Oliveira, 2012). O TSB apresenta-se como uma dessas ocupações auxiliares que existem no âmbito da saúde bucal. Assim como outras categorias auxiliares, o TSB foi criado para racionalizar e garantir produtividade e qualidade, com vistas ao desenvolvimento científico tecnológico e mudanças nos modelos de assistência (Oliveira, 2012).

O TSB pertence a uma categoria profissional da equipe de saúde bucal responsável por ações diretas na assistência odontológica individual e nas ações de promoção de saúde (Brasil, 2000). Para Zanetti (2010), a incorporação desses trabalhadores permitiu tanto o aumento da cobertura, quanto a modificação no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde.

Conforme Dunning (1958), o primeiro caso de auxiliares de dentistas reconhecidos legalmente aconteceu nos Estados Unidos da América (EUA) em 1913. Esses profissionais trabalhavam com crianças em idade escolar e ensinavam como escovar os dentes e realizavam remoção de tártaro. Torres (2009) alega que também foi nos EUA que surgiram os primeiros programas formais de treinamento para auxiliares, na década de 1910, e ainda hoje atuam como profissionais autônomos e executam atendimentos tanto em crianças como em adultos.

Conforme Kitani e Castro (2015), a primeira experiência brasileira nesse sentido se deu nos anos 1950, mais precisamente em 1952, quando o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criou as Auxiliares de Higiene Dental (AHD), as quais deveriam desenvolver ações de educação, prevenção e promoção de saúde e auxiliar em atividades clínicas nas zonas rurais. Somente em 2003 foi legalmente homologado o

perfil dos Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal, após trabalho coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) (Kitani & Castro, 2015). Segundo Borges (2016), esta homologação da profissão foi positiva e, como principais vantagens, destacam-se: a otimização do processo de trabalho, o aumento da qualidade técnica e da produtividade, a diminuição do desgaste físico, o conforto e segurança ao atendimento, a redução dos custos operacionais e a abertura ao acesso da população aos cuidados de saúde bucal.

Em 2008, foi sancionada a Lei nº11.889 que regulamenta as profissões de Técnico e Auxiliar em Saúde Bucal - TSB e ASB. A partir de então, para se habilitar ao registro e à inscrição como Técnico em Saúde Bucal - TSB, o interessado deve ter ensino médio completo e curso técnico profissionalizante, com o mínimo de 1.080 horas, registrado no MEC e CFO. Esses profissionais estão sujeitos ao Código de Ética Odontológica (CFO, 2003) e a Resolução CFO nº 185/93, alterada pela Resolução CFO nº 209/97 (CFO, 2006).

### **Atividades do Técnico de Saúde Bucal**

Por meio de capacitação e formação, o TSB habilita-se ao exercício profissional em todas as áreas de atuação da Equipe de Saúde Bucal, nos setores público e privado (Oliveira, Landarin, & Carvalho, 2010). Assim, as áreas de atuação deste profissional são: Educação e Prevenção em Saúde Bucal; Orientações em consultório (privado); Assistência à Saúde Bucal; Clínica Geral; Especialidades Odontológicas (todas); Odontologia Hospitalar; Docência e Supervisão de Estágios em Cursos de Auxiliar e Técnico; e participação em eventos como ministradores (Oliveira et. al., 2010). Destaca-se que o TSB deve atuar sempre sob a supervisão direta ou indireta de um Cirurgião-Dentista, na proporção máxima de 01 (um) CD para 05 (cinco) TSB (Borges, 2016).

Segundo Brasil (2008), o técnico em saúde bucal (TSB) pode desempenhar as seguintes atividades: a) fazer a remoção do biofilme, incluídos aqui raspagem e polimento coronários, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; b) inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista; c) proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; d) realizar isolamento do campo operatório; e) realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; f) exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares; g) remover suturas; h) participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na

prevenção das doenças bucais; i) ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio de aplicação de flúor e escovação; j) participar do treinamento e capacitação de ASB e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; k) realizar visitas domiciliares acompanhando a ESF; l) participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; m) desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde; n) desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade; o) aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; p) supervisionar o trabalho do ASB; q) realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe e usuários; e r) atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.

Além destas atividades, Oliveira (2012) também elenca como atribuições do TSB: a) manipular materiais de uso odontológico; b) realizar moldagens e confeccionar modelos em gesso; c) tirar e processar radiografias intraorais; d) preparar o paciente para o atendimento; e) marcar consultas e organizar prontuários; f) lavar e esterilizar materiais; g) fazer a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; e h) realizar a limpeza do consultório. Para Borges (2012), adicionam-se ainda mais duas atribuições: a) organizar o ambiente de trabalho, considerando sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal; e b) desenvolver em equipe ações de prevenção de riscos ambientais e sanitários. Outros autores que citam algumas destas atividades são Borges (2016), Kitani e Castro (2015) e Brasil (2004b).

Segundo Borges (2012) e Brasil (2008), é vedado ao TSB: a) exercer a atividade de forma autônoma; b) prestar assistência direta ou indireta ao paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista; c) realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no artigo 5º da Lei nº 11.889/2008, de 24/12/2008; e d) fazer propaganda de seus serviços, exceto em revistas, jornais e folhetos especializados da área odontológica.

Na esfera pública, por sua vez, o TSB não exerce todas as atividades para as quais está legalmente habilitado, o que Queluz (2005) explica pela falta de estrutura física e pela subutilização do pessoal auxiliar, típicos do poder público. Sua atuação no setor público diz respeito às atribuições clínicas, administrativas e preventivas/coletivas (Oliveira, 2012). Na primeira atribuição, inclui-se remoção de biofilme, tomadas radiográficas e sua revelação, remoção de suturas, inserção e condensação de materiais restauradores, manipulação de materiais de uso odontológico e instrumentação do cirurgião-dentista. Na parte administrativa, estão os procedimentos de marcação de

consultas, lavagem e esterilização de instrumentais, limpeza do consultório e aplicação de medidas de biossegurança. As atividades preventivas/coletivas, por sua vez, incluem visitas domiciliares, promoção de saúde nas comunidades, palestras, supervisão de outros profissionais a ele subordinados, escovação supervisionada, revelação de placa bacteriana e aplicação de flúor.

Cabe ressaltar, conforme apontam Oliveira et al (2010), que o TSB engloba também as atividades do Auxiliar em Saúde Bucal. Ao se considerar a hierarquia técnica entre ambos, cabe ao TSB a supervisão das atividades do ASB, o que lhe confere a possibilidade de executar as mesmas atribuições que este profissional.

Tendo em vista, portanto, a relação do Técnico de Saúde Bucal dentro do contexto de equipes multidisciplinares para realizar de forma satisfatória a gestão de saúde na esfera social, dá-se continuidade ao trabalho, para que seja apresentado o percurso metodológico a ser seguido.

## METODOLOGIA

De modo a elucidar quais atividades podem ser desempenhadas pelo TSB na área de saúde bucal na esfera pública, a pesquisa pode ser classificada, quanto ao método, como dedutiva, pois, ao serem examinadas específicas informações sobre esta realidade, torna-se possível concluir determinados aspectos, partindo-se, portanto, da teoria para a prática (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009).

Trata-se de um estudo descritivo, pois se almeja adquirir um panorama de determinada realidade - campo de atuação do Técnico de Saúde Bucal - e, por meio dos dados obtidos, tirar conclusões sobre a temática. Adotaram-se as estratégias de estudo de caso e também a pesquisa documental, pois foi realizada uma investigação sobre a realidade do TSB, que foi complementada por meio de documentos e legislações específicas, além de textos técnicos próprios relacionados ao campo de atuação do profissional (Saunders et al., 2009).

Sua abordagem caracteriza-se como qualitativa, visto que a pesquisa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização. (Goldenberg, 2004). Neste caso, espera-se obter um entendimento maior sobre a esfera de atuação do Técnico de Saúde Bucal, dentro de uma equipe multidisciplinar de saúde, que atua especificamente na área pública.

No que diz respeito à técnica de pesquisa ou dos procedimentos para coleta de dados, a pesquisa é bibliográfica e documental. Bibliográfica porque é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites e se baseia na pesquisa bibliográfica,

procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito (Fonseca, 2002). A pesquisa bibliográfica foi realizada durante os meses de outubro até dezembro de 2016, nas bases de dados Google Scholar e Scielo, com o uso das palavras chave: técnico em saúde bucal, equipes de saúde bucal, equipes de saúde da família. Também é documental, pois, conforme Gil (2007) faz análise de documentos de arquivos, sindicatos, instituições, leis e decretos, relatórios de empresas, tabelas etc.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De modo a elucidar as atividades inerentes ao profissional Técnico de Saúde Bucal, foram identificados autores que tratam da temática. Assim, foi possível elencar atividades que se destacaram, por serem recorrentes na descrição da maioria dos textos consultados, como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Comparativo de atividades que podem ser exercidas pelo TSB

<b>Atividades que podem ser exercidas pelo TSB no âmbito público e privado</b>	<b>Brasil (2004a)</b>	<b>Brasil (2008)</b>	<b>Borges (2012)</b>	<b>Oliveira (2012)</b>	<b>Kitani e Castro (2015)</b>	<b>Borges (2016)</b>
<b>Atribuições Clínicas</b>						
Remoção de biofilme (raspagem e polimento coronários)		X	X	X	X	X
Inserir e distribuir material restaurador em preparo cavitário		X	X	X	X	
Manipula materiais de uso odontológico				X		
Realiza moldagens e confecciona modelos em gesso				X		X
Proceder limpeza e a antissepsia do campo operatório antes e após atos cirúrgicos, inclusive em hospitais		X	X	X	X	
Realizar isolamento do campo operatório		X	X	X	X	
Tirar e processar radiografias intraorais				X		
Supervisionar o trabalho do ASB		X	X		X	
Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico		X	X	X	X	
Prepara o paciente para o atendimento				X		X
Instrumentar o CD em ambientes clínicos e hospitalares		X	X	X	X	X
Remover suturas		X	X	X	X	
<b>Atribuições Preventivas/Coletivas</b>						
Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais	X	X	X	X		X
Ensinar técnicas de higiene bucal e prevenção de doenças bucais por meio de aplicação de flúor e escovação		X	X	X	X	X
Participar do treinamento e capacitação de ASB e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde		X		X	X	
Realiza visitas domiciliares junto com a ESF		X		X		
Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto como examinador		X	X	X	X	

Desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde	X	X	X	X		
Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais nos indivíduos, famílias e comunidades.	X	X	X	X	X	
<b>Atribuições Administrativas/Organizacionais</b>						
Marcar consultas e organizar prontuários				X		X
Lavar e esterilizar materiais				X		
Fazer a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos				X		
Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos		X	X	X	X	X
Realizar a limpeza do consultório				X		
Organizar o ambiente de trabalho, considerando sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal	X		X			X
Desenvolver em equipe ações de prevenção de riscos ambientais e sanitários.	X		X			
Realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe e usuários.	X	X	X			
Atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde	X	X	X			

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

É possível perceber que nas três esferas de atividades - atribuições clínicas, atribuições preventivas/coletivas e atribuições administrativas/organizacionais - não são identificadas atividades que sejam, de forma unânime, consideradas como atribuições pelos autores consultados. Das 28 atividades identificadas, destacam-se, porém, 06 atividades que são reconhecidas como dentro do escopo desta profissão por 5 dos 6 autores, como é o caso de: remoção de biofilme (raspagem e polimento coronários) e instrumentar o CD em ambientes clínicos e hospitalares, na esfera das atribuições clínicas; participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais, ensinar técnicas de higiene bucal e prevenção de doenças bucais por meio de aplicação de flúor e escovação e desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais nos indivíduos, famílias e comunidades, na esfera das atribuições preventivas e coletivas; e somente aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos como atividade administrativa/organizacional. Ainda, 10 atividades são consideradas como dentro do escopo do TSB por apenas 1 ou 2 autores.

Com isso, verifica-se que as atribuições deste profissional não estão bem definidas, o que deve motivar o debate sobre qual é o papel do TSB dentro de uma equipe multidisciplinar. Se para trabalhar em uma

equipe multidisciplinar, conhecer e valorizar o trabalho dos demais membros é fundamental (Ribeiro et al., 2004), verifica-se uma problemática nas equipes multidisciplinares de saúde, pois não será possível alcançar os resultados pretendidos de uma maneira eficiente se as atribuições de cada membro da equipe são desconhecidas ou nebulosas.

De modo a verificar a representatividade do TSB no contexto nacional, apresenta-se o número total de TSB registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO) e a sua distribuição nos Estados e Distrito Federal até o mês de dezembro de 2016, conforme Tabela 2.

A partir desta Tabela, é possível verificar que o número de profissionais não é elevado quando comparado ao número de cirurgiões-dentistas (CD), pois o total de TSB representa menos que 10% do número de CD (279.482) (CFO, 2016). Esse quantitativo apresenta-se como distante do ideal, especialmente se for considerada a proporção esperada dentro de uma equipe multidisciplinar, que compreende a proporção de 1 CD para 5 TSB (Borges, 2012). Até mesmo o número de Auxiliares em Saúde Bucal (116.014) é superior ao de TSB (CFO, 2016). Isso aponta para um cenário em que os CD trabalham pouco em parceria com estes auxiliares, ligados diretamente às atividades odontológicas.

Tabela 2 – Quantidade de TSB registrados no CFO

Estado	Quantidade	Estado	Quantidade
Acre	133	Paraíba	551
Alagoas	171	Paraná	1.733
Amapá	366	Pernambuco	505
Amazonas	1.002	Piauí	785
Bahia	919	Rio De Janeiro	2.144
Ceará	1.067	Rio Grande Do Norte	690
Distrito Federal	1.136	Rio Grande Do Sul	1.209
Espírito Santo	234	Rondônia	200
Goias	913	Roraima	151
Maranhão	362	Santa Catarina	1.461
Mato Grosso	497	São Paulo	2.704
Mato Grosso Do Sul	290	Sergipe	96
Minas Gerais	3.786	Tocantins	176
Pará	612	<b>TOTAL</b>	<b>23.893</b>

Fonte: CFO (2016)

A partir desta constatação, é possível questionar se os CDs utilizam pouco pessoal auxiliar porque existem poucos ASB e TSB ou, ainda, se não existe procura por parte dos CD deste tipo de auxiliar e por isso não há interesse por essa profissão. Conforme constatou Borges (2016), os CD ainda trabalham com profissionais sem capacitação, e, portanto, de forma ilegal.

O número de TSB que atuam no serviço público, vinculados às ESB, por regiões e estados, é apresentado na Tabela 3. Nela, também são apresentados: o número de ESF e de ESB nas modalidades I e II, implantadas no Brasil, por estado e região. As modalidades I e II significam, respectivamente, ESB compostas por CD e ASB, e ESB composta por CD, TSB e ASB.

Tabela 3 - Número de ESF e de ESB nas modalidades I e II no Brasil.

Brasil/ Regiões/ Estados	Municípios com ESF	ESF Implantadas	Municípios com ESB	ESB modalidade I Implantadas	ESB modalidade II Implantadas
<b>BRASIL</b>	5.401	40.298	4.953	22.246	2.217
<b>Por Região</b>					
<b>Centro-Oeste</b>	459	2.766	453	1.802	161
<b>Nordeste</b>	1.776	14.975	1.755	10.667	327
<b>Norte</b>	441	3.284	419	1.739	98
<b>Sudeste</b>	1.579	13.389	1.332	5.327	1.168
<b>Sul</b>	1.146	5.884	994	2.711	463
<b>Por Estado</b>					
Acre	22	214	22	126	1
Alagoas	102	834	102	629	23
Amazonas	61	650	62	361	42
Amapá	13	151	13	79	5
Bahia	415	3.395	404	2.128	13
Ceará	183	2.333	182	1.444	143
Distrito Federal	1	249	1	87	0
Espírito Santo	73	619	63	364	2
Goias	245	1.318	242	836	87
Maranhão	216	1.952	207	1.206	23
Minas Gerais	839	5.139	754	2.183	705
Mato Grosso	135	655	132	382	57
Mato Grosso do Sul	78	544	78	497	17
Pará	144	1.305	133	644	21
Paraná	389	2.249	349	910	359

Paraíba	218	1.348	219	1.247	17
Pernambuco	185	2.209	185	1.529	54
Piauí	219	1.283	218	1.128	45
Rio de Janeiro	92	2.510	79	909	223
Rio Grande do Norte	165	1.025	166	951	7
Rio Grande do Sul	467	1.946	366	863	61
Rondônia	51	382	45	153	4
Roraima	15	121	13	38	10
Santa Catarina	290	1.689	279	938	43
São Paulo	575	5.121	436	1.871	238
Sergipe	73	596	72	405	2
Tocantins	135	461	132	338	15

Fonte: DAB/SUS (2016)

Do total de TSB registrados no CFO, por volta de 10% atua na esfera pública nas ESB modalidade II (CFO, 2016; DAB/SUS, 2016). Todavia, ainda conforme apresentado nas fontes consultadas, não foi possível identificar se os demais profissionais trabalham no setor privado ou são subutilizados em outras atividades não ligadas a sua profissão.

Em números absolutos, percebe-se, por meio da Tabela 2, que a região sudeste concentra o maior número de TSB (8.868). Esta maior concentração pode estar relacionada com o fato de esta região também concentrar o maior número de centros preparatórios para esta profissão, além de apresentar o maior número de ESB da modalidade II, 1.168 ao todo (CFO, 2016; DAB/SUS, 2016).

O estado com maior número de profissionais, por sua vez, é Minas Gerais, sendo 3.786 profissionais registrados no CFO. Tal destaque no quantitativo de TSB pode estar relacionado com a grande quantidade de ESB modalidade II implementadas no mesmo estado. Cabe destacar que 5 estados apresentam menos que 5 unidades de ESB modalidade II implantadas, quantitativo este que acompanha a baixa quantidade de TSB registrados nestes estados. A exceção parece ser o Distrito Federal, onde ocorre um fenômeno conflitante: apesar de não apresentar nenhuma ESB modalidade II, o DF conta com 1.136 TSB, ou seja, o sétimo território nacional neste *ranking*. Este fato pode ser explicado pela hipótese destes TSB atuarem fortemente no setor privado ou atuarem em outras áreas do poder público (CFO, 2016; DAB/SUS, 2016).

É possível constatar que aproximadamente 92% dos municípios possuem ESF, mas não contam com ESB. Ainda, identifica-se que aproximadamente 60% das ESF implantadas contam com ESB, para ambas as modalidades. Entende-se, entretanto, que não se trata de um número significativo, tendo em vista que este programa foi implantado há mais de 15 anos e objetivou levar a saúde bucal ao maior número de comunidades desassistidas (Brasil, 2002).

Outro dado que agrava a informação anterior é o fato de que as ESB da modalidade II, que são as equipes mais completas por contarem com CD, TSB e ASB, possuem 10% do tamanho das ESB da

modalidade I, e estão em apenas 0,5% das ESF. O trabalho conjunto destes três profissionais agiliza o processo, sendo possível um melhor atendimento a um custo menor, o que justifica totalmente sua implantação (Oliveira, 2007).

As ESB modalidade I, nas regiões sul e sudeste, estão presentes 5 vezes mais que as ESB modalidade II, enquanto na região centro-oeste tem-se 11 vezes mais ESB modalidade I em comparação à II. Estes números vão de encontro ao que é proposto por Oliveira (2007), que diz não existir razão para a implantação de ESB modalidade I existindo a modalidade II, que é considerada mais completa, por contar com o TSB, com exceção de casos em que a contratação do TSB não tenha se tornado ainda possível pelo município.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao partir-se do objetivo de identificar o contexto nacional no que concerne o TSB, quanto ao alcance de sua atuação e sobre como esta se dá, foi possível identificar que as atribuições do TSB, apesar de abrangerem três esferas principais, não são definidas de forma unânime. Tal aspecto pode dificultar a inserção do TSB em equipes multidisciplinares, por haver dificuldade em se trabalhar neste tipo de dinâmica, sem conhecer as atividades típicas dos profissionais integrantes de uma equipe deste tipo.

No que diz respeito ao alcance da atuação do TSB no contexto nacional, por meio de dados obtidos sobre a distribuição deste profissional nas regiões do país e como estão colocados dentro das ESF e ESB, foi possível averiguar uma má distribuição dos TSB no Brasil, a pouca quantidade deste profissional para atender demandas sociais e ainda sua subutilização no serviço público.

Com os resultados oriundos desta pesquisa, demonstra-se aos gestores públicos da área de saúde a importância deste profissional nas ESB e de que modo o TSB torna mais fácil o trabalho do cirurgião-dentista e aumenta sua produtividade, além de desempenhar papel de destaque nos programas preventivos. Além disso, a possibilidade do TSB participar de equipes

multidisciplinares facilita o aumento do alcance dos programas de saúde, ressalvado serem identificados previamente as atividades que são, de fato, atribuições do TSB.

Percebe-se que existem mais esclarecimentos que podem ser feitos sobre o tema proposto neste trabalho e algumas sugestões para futuras pesquisas nessa área envolveriam a busca de dados sobre o porquê de até hoje terem sido criadas poucas ESB, principalmente na modalidade II, que são as ESB que contam com o TSB. Outro tema que pode ser explorado é o que levou a má distribuição territorial das ESB I e II.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, M. C. P.; Mishima, S. M. (2001). O Desafio do Trabalho em Equipe na Atenção à Saúde da Família: Construindo “novas autonomias” no trabalho. *Revista Interface*, 9, 150-153.
- Antunes, J. L. F. A.; Narvai, P. C. (2010). Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista Saúde Pública*, 44(2), 360-365.
- Araújo, M. B. S; Rocha, P. M. (2007). Trabalho em Equipe: Um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 12(2).
- Baldani, M. H; Fadel, C. B; Possamai, T; Queiroz, M. G. S. A Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. *Caderno de Saúde Pública*, 21(4), 1026-1035.
- Bastos, L. G. C. (2003). Trabalho em Equipe em Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina: Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
- Boareto, P. P. (2011). A Inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família ESF. Trabalho de conclusão de Especialização, Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Campos Gerais, Minas Gerais, MG, Brasil.
- Borges, L. (2012). TSB: Quem é esse profissional. *Revista Odonto Magazine*: V.P. Group. Barueri-SP.
- Borges, L. (2016). Importância da Presença do ASB e do TSB na Prática Clínica. *Revista Assunto em Pauta*. 22. Disponível em: <[http://www.colgateprofissional.com.br/LeadershipBR/NewsArticles/NewsMedia/Assunto%20em%20Pauta%20-%20ASB\\_e\\_TSB.pdf](http://www.colgateprofissional.com.br/LeadershipBR/NewsArticles/NewsMedia/Assunto%20em%20Pauta%20-%20ASB_e_TSB.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2016.
- Brasil. DAB. (2000) Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 34(3), 316-319.
- Brasil. (2002) Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao\\_normativa\\_psf.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_normativa_psf.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2016.
- Brasil. (2004a). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Ministério da Saúde.
- Brasília, DF, Brasil. (2004b). Perfil de Competências do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.
- Brasil. (2006). Portaria nº. 648. Ministério da Saúde. 28 de março de 2006.
- Brasil. (2008). Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal – TSB e de auxiliar em saúde bucal – ASB. *Diário Oficial da União*, 26 dezembro 2008. Disponível em: <16www. Diário Oficial da União. Seção 1. 26/12/2008. p. 2>. Acesso em: 18 out. 2016.
- CFO. (2003). Resolução CFO-42, 20 de maio de 2003.
- CFO. (2006). Código de Ética Odontológica. 21 de junho de 2006.
- Cornwall, A. (2008). Engaging Citizens: Lessons from building Brazil’s national health system. *Revista Soc. Sci. Med.* 66(10). 2173-2184. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18336976>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- Costa, H. (2004). Um Brasil Sorridente. Competências do técnico e auxiliar de higiene dental. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.
- DAB/SUS. (2016). Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php?conteudo=equipes](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes)>. Acesso em: 19 out. 2016.
- Dunning, J. M. (1958). Extending the Field for Dental Auxiliary Personnel in the United States. *Am. J. Public Health*. Sacramento; 1059-1064.
- Esposito, C. D. D. (2007). A Saúde Bucal na Saúde da Família: Ação comunicativa de Habermas guiando as relações. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

- Fonseca, J. J. S. (2002). Metodologia da Pesquisa Científica. Fortaleza: UEC. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M. Matumoto, S., Pereira, M. J. B. (2005). O Trabalho de Equipe no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13(2) Ribeirão Preto, SP, Brasil..
- Frazão, P. (1998). A participação do Pessoal Auxiliar Odontológico na Promoção de Saúde Bucal. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo*, 12(4).
- Gil, A. C. (2007). Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Goldenberg, M. (2004). A Arte de Pesquisar. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.
- Kitani, N. T.; Castro, G. P. (2015). Manual do TSB e ASB. Câmara técnica de TSB e ASB do CRO-SP. 1ª Ed. São Paulo, SP, Brasil.
- Maciel, R. H. M. O., Lima, A. F. A., Albuquerque, A. M. F. C. A., Aguiar, A. S. W. Santos, J. B. F. (2007). O Multiprofissionalismo em Saúde e a Interação das Equipes do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo\\_saude.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2016.
- Motta, F. C. P. (1995). Cultura Nacional e Cultura Organizacional. *Revista da ESPM*, 2(2), São Paulo, SP, Brasil.
- Oliveira, A. A. Filho, Landarin, E. C., Carvalho, M. F. M. (2010). Manual do TSB e ASB. Coleção manuais CRO-PR. Disponível em: <<http://www.cropr.org.br/uploads/arquivo/0f778f33261c82c546f70563ecee3f0.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.
- Oliveira, C. A. S. (2012). Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais. Faculdade de Odontologia, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Oliveira, D. G. (2011). O Técnico em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Faculdade de Medicina, UFMG, Catas Altas, MG, Brasil.
- Oliveira, J. A. A. (2007). O Técnico de Higiene Bucal: Trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Oliveira, J. L. C.; Saliba, N. A. (2005). Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10.
- Paula, A. R. (2009). Relação Multiprofissional do Trabalho em Equipe na Atenção Básica de Saúde. Trabalho de Conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Pedrosa, J. I. S.; Telles, J. B. M. (2001). Consenso e Diferenças em Equipes do Programa Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 35(3), 303-311.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*. 35(1), 103-109.
- Peduzzi, M.; Palma, J. J. L. A. (1996). Equipe de Saúde. In: Gonçalves, R. B. M; Nemes, M. I. B; Schraiber, L. B. (Orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade de saúde*. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0102-311X2009000800016&caller=www.scielo.org&lang=en>>. Acesso em: 19 out. 2016.
- Queluz, D. P. (2005). Perfil dos Profissionais Auxiliares da Odontologia e suas Implicações no Mercado de Trabalho. *Revista Odonto Ciência, Porto Alegre*, 20(49), 270-280.
- Ribeiro, E. M.; Pires, D.; Blank, V. L. G. A. (2004). Teorização sobre Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 438-446.
- Saunders, Mark; Lewis, Philip; Thornhill, Adrian. (2009). *Research methods for business students*. 5ª ed. Pitman Publishing, Inglaterra.
- Scherer, M. D. A.; Pires, D.; Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*, 43(4), 721-25.
- Schraiber, L. B.; Peduzzi, M.; Sala, A.; Nemes, M. I. B.; Castanhera, E. R. L.; Kon, R. (1999).

Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando problemas. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, 4(2):221-242.

Silvestre, J. A. C.; Aguiar, A. S. W. Teixeira, E. H. (2013). Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. *Cadernos ESP*, 7(2), 28-38.

Souza, T. M. S.; Roncalli, A. G. (2007). Saúde bucal no programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Caderno de Saúde Pública*, 23(11), 2727-2739.

Teixeira, C. F. (2003). Princípios do Sistema Único de Saúde. *PROFORMAR*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Escola Politécnica Joaquim Venâncio.

Torres, R. (2009). Atendimento em Saúde Bucal. *Revista Poli: saúde, educação, trabalho*. 1(4).

Vasconcelos, M.; Gillo, M. J. C.; Soares, S. M. (2009). Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Apostila do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade de Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

Vergara, S. C. (2000). *Gestão de Pessoas*. 2ª. ed. São Paulo: Atlas.

Zanetti, C. H. G. (2010). Utilidade e Justiça na Alocação do Técnico em Higiene Dental THD para a Oferta Assistencial Programada do Programa de Saúde da Família PSF. Disponível em: <<http://www.escavador.com/sobre/963251/carlo-henrique-goretti-zanetti>>. Acesso em: 15 out. 2016.