

Perfil dos cirurgiões-dentistas e a formação de técnicos em saúde bucal na Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil

Dentists' profile and training of dental hygienist technicians in Grande Vitória, Espírito Santo, Brazil

Edson Theodoro dos Santos Neto¹, Carolina Dutra Degli Esposti², Adauto Emmerich Oliveira³, Aline Guio Cavaca⁴, Eunice Assad Galvêas⁵, Eliana Zandonade⁶

Resumo

O objetivo do estudo foi descrever o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas (CD), potenciais docentes, para formação de técnicos em saúde bucal (TSB) na região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV-ES). Um estudo seccional foi desenvolvido com 217 CD que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) em cinco municípios da RMGV-ES. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas face a face, que abordaram questões sobre: identificação, formação, trajetória, qualificação profissional, práticas de ensino e pesquisa. Em seguida, foram calculadas as frequências e intervalos de variação com 95% de intervalo de confiança (IC). Os resultados demonstraram altas frequências do vínculo efetivo (72,4%; IC95% 66,5–78,3), experiência de trabalho com Auxiliares em Saúde Bucal (98,2%; IC95% 96,4–100), atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) (73,7%; IC95% 67,8–79,6) e participação em pesquisas (53,0%; IC95% 46,4–59,6). Em oposição, baixas frequências foram encontradas para formação especializada em saúde pública (38,2%; IC95% 31,7–44,7), capacitação em ESF (25,8%; IC95% 20,0–31,6) e escolarização em nível de mestrado (6,9%; IC95% 3,5–10,3). Aspectos dos perfis profissionais potencialmente facilitadores devem ser valorizados, enquanto características dificultadoras em potencial devem ser trabalhadas a fim de que CD estejam mais preparados para formar TSB no SUS e para o SUS.

Palavras-chave: odontólogos; educação em saúde bucal; recursos humanos em odontologia.

Abstract

The objective of this study was to describe professional dentists' (CD) profile that will be potential teachers for training dental hygienist technicians (TSB) in metropolitan region of Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV-ES). A cross-sectional study was developed with 217 CD that work in the National Health System (SUS) in five cities of RMGV-ES. Data collection were conducted through face-to-face, which covered issues about identification, training, career, professional qualifications, teaching practices and research. Then, we calculated the frequencies and ranges with 95% confidence interval (CI). Results showed high frequencies of steady job (72.4%; 95%CI 66.5–78.3), work experience with dental assistants (98.2%; 95%CI 96.4–100), work in Family Health Strategy (ESF) (73.7%; 95%CI 67.8–79.6) and participation in researches (53.0%; 95%CI 46.4–59.6). In contrast, low frequencies were found for specialized training in public health (38.2%; 95%CI 31.7–44.7), training in ESF (25.8%; 95%CI 20.0–31.6) and master's-level education (6.9%; 95%CI 3.5–10.3). Aspects of occupational profiles potentially facilitators should be valued, while characteristics which have the potential to cause problems should be worked. Thus, CD will be more prepared to educate TSB in SUS and for SUS.

Keywords: dentists; health education, dental; dental staff.

Trabalho realizado no Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.

¹ Doutorando em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professor Assistente da UFES – Vitória (ES), Brasil.

² Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professora Assistente da UFES – Vitória (ES), Brasil.

³ Pós-doutorado em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ Mestre em Saúde Coletiva pela UFES – Vitória (ES), Brasil; Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Vila Velha – Vila Velha (ES), Brasil.

⁶ Doutora em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil; Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES – Vitória (ES), Brasil.

Endereço para correspondência: Edson Theodoro dos Santos Neto – Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Avenida Marechal Campos, 1.468 – Bonfim – CEP: 29047-105 – Vitória (ES), Brasil – E-mail: edsontheodoro@uol.com.br

Fonte de financiamento: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) e Ministério da Saúde do Brasil.

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A formação de recursos humanos para a efetivação do processo de trabalho em saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido um dos principais nós críticos para reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil, em que se observa uma desqualificação de certos segmentos e uma superqualificação de outros¹. Nogueira² reconhece a necessidade de considerar três aspectos fundamentais no processo de trabalho em saúde: o compartilhamento das características comuns a outros processos de trabalho; a integração dentre suas características em aspectos intelectuais e manuais e a fragmentariedade dos atos; o reflexo nítido da divisão social e técnica do trabalho em saúde.

No que se refere ao processo de trabalho na Odontologia, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) busca reorganizar as práticas em saúde bucal em todos os níveis de atenção, colocando como eixo de reorientação o cuidado e uma concepção de saúde não centrada apenas na cura dos doentes, mas na melhoria da qualidade de vida e intervenção sobre os fatores de risco³. O cuidado proposto implica em vinculação dos serviços e dos trabalhadores em construir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada indivíduo⁴. Por isso, a nova proposta de reorientação do modelo assistencial em saúde exige novas competências profissionais, uma reformulação do processo de trabalho, e uma formação dos trabalhadores da saúde orientada pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e do debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS⁵.

A partir dessa nova concepção, a saúde bucal coletiva se apresenta, como um campo de conhecimentos e práticas que integram a saúde coletiva e contrapõe-se ao modelo de saúde bucal hegemônico, a odontologia de mercado, liberal-privatista, a qual se caracteriza pela mercantilização dos serviços odontológicos, pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas elites e pelo enfoque biológico curativista. Nesse sentido, representa uma referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, indispensáveis às práticas de saúde pautadas na democracia^{6,7}.

Contudo, deve-se reconhecer que profissionais de saúde formados segundo a lógica do modelo biomédico podem encontrar maiores dificuldades e resistências para trabalharem segundo um conceito ampliado de saúde^{8,9}, inclusive na Odontologia, onde predomina a cultura da especialização e do trabalho individualizado do dentista⁴. Por isso, a superação do modelo biomédico de atenção às doenças é a proposta de adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção, premente no SUS, requerendo o multiprofissionalismo, a

interdisciplinaridade, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação da assistência, melhores condições de trabalho e a discussão e pactuação de parâmetros que orientem esse processo de trabalho.

Pensando o processo de trabalho, a PNSB prevê, dentre suas ações destinadas à promoção e proteção da saúde, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor, a serem desenvolvidas, principalmente, por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) que estimulam a inserção, além dos Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), também dos Técnicos em Saúde Bucal (TSB) para atuar no processo de trabalho das ESB modalidade II³.

Essa categoria profissional específica desempenha importante papel nas questões preventivas e de promoção de saúde, disseminando conhecimento e aumentando a qualidade e produtividade¹⁰⁻¹³ com a redução dos custos^{14,15}. Sua função será realizar o maior número de tarefas possíveis para que o CD esteja disponível para o trabalho mais complexo^{13,15} maximizando sua hora clínica³. Dessa forma, no trabalho em equipe, os núcleos de atuação profissional específica são mantidos; a abordagem dos problemas é que passa a ser uma responsabilidade compartilhada¹⁶. Assim, a adequada atuação do pessoal auxiliar permite que os CD voltem-se principalmente para a assistência (75 a 85% das horas contratadas na ESF), o planejamento, a supervisão e a avaliação das ações em saúde bucal³.

A efetivação dessa política favorece a incorporação de profissionais de diversos níveis de formação como necessidade primordial para ampliação do acesso e cobertura dos serviços da atenção básica em todo o Brasil. Todo esse movimento em direção à ampliação do acesso à saúde bucal de qualidade leva à reflexão sobre os recursos humanos em saúde bucal. Nesse sentido, para reorientar o modelo de atenção à saúde bucal, não mais seguindo a lógica cirúrgica-restauradora-mutilatória, são necessárias mudanças quantitativas e qualitativas do sujeito do trabalho odontológico¹⁷. Pois, o CD, detentor de um conhecimento técnico e de uma racionalidade corporativa, pode embutir no processo de trabalho uma lógica assistencial que nem sempre consegue modificar os modos de operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS.

Tradicionalmente, o CD vinha assumindo posição central no campo de trabalho da saúde bucal. Contudo, há uma convergência das discussões para a necessidade de se orientar a prática odontológica a partir dos princípios preventivos e de humanização, além do reconhecimento de que ações requeridas para essa prática incluem ações de competência do pessoal auxiliar de nível técnico¹⁷⁻¹⁹. Isso se torna imprescindível a partir da constatação da saúde bucal como campo de conhecimento e de

atuação complexa que concebe a incorporação de profissionais técnicos e auxiliares como uma necessidade, principalmente nas atividades de promoção da saúde bucal²⁰ e, também, nas atividades clínicas¹⁷ e na gestão do trabalho na saúde bucal, cumprindo com a efetividade dos serviços.

Esse vislumbre é evidenciado pela regulamentação das profissões de TSB e ASB pela Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008²¹, marco político que busca fomentar e consolidar as mudanças no processo de trabalho na atenção básica em saúde bucal no Brasil. Apesar dos longos anos de participação desses recursos humanos no trabalho em saúde bucal, a falta de regulamentação dessas profissões impulsionou debates na Odontologia^{17,22}. Além disso, a troca das antigas nomenclaturas – Técnicos em Higiene Dental (THD) e Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) – pelas novas, tendo a saúde bucal como foco, reflete o objetivo de inserir de maneira definitiva os profissionais técnicos e auxiliares capacitados ao trabalho em saúde bucal, além da adequação do processo de formação desses profissionais, para a potencialização das ações desenvolvidas no SUS. Esse caminho mostra-se importante para o resgate de uma categoria profissional que estava à margem do processo e projeta a relevância e a compreensão clara sobre as competências e a área de atuação desses profissionais, que já compunham as ESB, tanto no setor privado, quanto público²³.

Diante da proposta da PNSB, o Núcleo de Educação e Formação em Saúde (NUEFS) da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, com o incentivo do Ministério da Saúde para formação de recursos humanos nas Escolas Técnicas de Saúde no SUS, em parceria com o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, objetivou estabelecer um diagnóstico dos principais aspectos que envolvem a categoria profissional dos CD atuantes no SUS, nos sistemas locais de saúde, em cinco municípios da Região da Grande Vitória (ES), ao considerar que esses seriam os profissionais em potencial para formação, capacitação e atualização dos profissionais de nível técnico na odontologia, segundo a proposta inovadora de educar no SUS e para o SUS. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi descrever o perfil profissional dos CD, potenciais docentes para formação de TSB, na região metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES).

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo seccional para o levantamento de características dos CD que atuam nos estabelecimentos públicos de saúde dos principais municípios da RMGV-ES. A RMGV-ES foi constituída pela Lei Complementar Estadual 58, de 21/02/1995, incluindo cinco municípios.

Posteriormente, essa lei foi modificada, para incorporar os municípios de Guarapari, em 1999, e de Fundão em 2001. Tais municípios não foram considerados neste estudo para padronizar os tempos de integração na região, visto que políticas de incentivos financeiros e de mobilidade urbana instituídas ao longo do tempo podem influenciar na organização dos serviços de saúde. Esses municípios possuem diferenças importantes em relação ao acesso a serviços odontológicos das populações. Um exemplo é o indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática dos municípios de Vitória (7,54%), Serra (6,21%), Viana (4,54%), Vila Velha (4,19%) e Cariacica (3,72%), com o município de Vitória apresentando o maior índice e o município de Cariacica o menor índice de cobertura²⁴.

O processo de amostragem considerou o levantamento realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, em 2006, que revelou um total aproximado de 420 profissionais atuantes no sistema público de saúde desses municípios. Isso mostrou uma distribuição proporcional desigual entre os municípios, sendo Vitória (31,8%) o que concentrava o maior percentual, seguido de Serra (27,1%), Vila Velha (17,9%), Cariacica (17,7%) e Viana (5,4%).

Diante das diferenças detectadas entre os municípios, utilizou-se a amostragem probabilística estratificada proporcional, considerando cada município como um estrato e cada estabelecimento de saúde em que havia atuação de CD como um conglomerado. Levantou-se a quantidade de profissionais atuantes em cada estabelecimento de saúde e realizou-se a amostragem aleatória simples dos locais, até atingir o quantitativo proporcional do município. Somente no município de Vila Velha foi necessária a diferenciação desse processo pela característica peculiar de concentrar, em apenas um estabelecimento, cerca de 30% dos profissionais desse município. O cálculo amostral para se estimar uma proporção populacional considerou o número aproximado de CD igual a 420, uma precisão desejada de 5%, uma prevalência estimada de 50%, o efeito do desenho igual a 1 e intervalo de confiança (IC) de 95%, o que resultou no tamanho amostral de 201 profissionais a serem entrevistados.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2008, por meio de entrevistas face a face com os CD, nos estabelecimentos de saúde ou em locais previamente combinados, logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário objetivo abordou questões relacionadas à identificação pessoal, formação, trajetória, qualificação profissional e práticas de ensino e pesquisa, tendo sido aplicado por três entrevistadores, todos profissionais de nível superior.

Os entrevistadores foram treinados por meio de um estudo piloto, conduzido em um estabelecimento de saúde no município de Vitória, não sorteado no processo de amostragem, entre os meses de maio e junho de 2008. Após a realização de 11 entrevistas, a análise dos resultados indicou a necessidade de adequações relacionadas à apresentação do formulário e ao vocabulário das questões, por isso os dados provenientes dessas entrevistas não foram incluídos no estudo final.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Associação Brasileira de Odontologia – Seção Espírito Santo – sob o protocolo 43/06. Além disso, foram solicitadas às Secretarias Municipais de Saúde as autorizações formais para execução da pesquisa, o que condicionou o início das atividades de campo.

Os dados foram computados em variáveis, num formato de banco de dados no programa *SPSS 12.0 for Windows*, seu tratamento foi por análise descritiva, com cálculos de frequências relativa e absoluta, adotando um nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS

Integrou a amostra 66 CD atuantes no município de Vitória, 42 CD de Vila Velha, 13 CD de Viana, 36 CD de Cariacica e 60 CD de Serra, totalizando 217 sujeitos, número superior à amostra mínima de 201 sujeitos.

Em relação à distribuição por gênero, a grande maioria era do sexo feminino (77,0%), sendo 50 (23,0%) do sexo masculino. Sobre a distribuição etária, a idade média foi de $40,1 \pm 9,8$ anos, uma mediana de 39 anos, sendo o percentil25 igual a 31,25 anos e o percentil75 igual a 48 anos de idade. O profissional mais jovem em atividade possuía 24 anos e o mais idoso possuía 66 anos.

No que se refere à formação profissional dos CD, a Tabela 1 evidencia que é baixo o percentual de qualificação em níveis mais elevados como mestrado e doutorado. De forma oposta, a maioria possui algum tipo de especialização. Houve o predomínio na realização de cursos relacionados às especialidades

odontológicas clínicas, tais como periodontia, dentística, ortodontia, prótese, odontopediatria e endodontia. Um percentual pouco menor fez especialização na área de Saúde Pública e apenas um dos entrevistados realizou especialização em Educação. Entretanto, deve-se considerar que 35,9% dos profissionais possuíam mais de uma especialização.

A atuação profissional exclusiva na Odontologia é característica marcante dos profissionais avaliados, visto que apenas 7 possuíam formação de nível técnico ou auxiliar e apenas 13 tiveram outra formação de nível superior. Já, no que se refere à qualificação e/ou capacitação específica para atuar no setor público, quase metade relatou não ter recebido nenhum tipo de qualificação. Apenas 56 relataram ter participado do curso de ESF e/ou curso de CD na ESF e/ou curso de Facilitadores em Educação Permanente (FEP). Quase 30% dos outros profissionais declararam a participação em cursos tais como: doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiências adquirida (DST/AIDS), hipertensão, diabetes, biossegurança, materiais restauradores e uso de flúor.

Segundo a Tabela 2, nota-se que a vinculação do profissional no serviço público é predominantemente permanente, pois mais de 70% dos entrevistados declaram ter vínculo efetivo nas prefeituras municipais. A carga horária despendida semanalmente é menor do que 40 h semanais para mais de 50% dos CD entrevistados. Quanto à atuação conjunta com profissional de nível técnico, verificou-se que quase 40% nunca haviam trabalhado em conjunto com TSB no setor público e mais de 90% também nunca o fizeram nos setores privado e/ou autônomo.

A Figura 1 evidencia as diferentes proporções relativas ao tempo total de atuação profissional na Odontologia, especificando o tempo de atuação em seus setores público e privado. Apenas um profissional relatou nunca ter atuado nos setores privado e/ou autônomo. Na faixa que corresponde ao tempo de atuação menor do que cinco anos, nota-se que a maior parte dos profissionais iniciou sua atuação no setor público há pouco tempo. Além disso, cerca de 10% atuam recentemente na odontologia e, aproximadamente, 17% atuam no setor privado e/ou autônomo há menos de cinco anos.

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à formação profissional dos cirurgiões-dentistas. Região metropolitana da Grande Vitória (ES), 2008

Variáveis (n=217)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	IC95%
Formação de nível técnico ou auxiliar	07	3,2	0,9–5,5
Especialização	185	84,8	80,0–89,6
Especialização em Saúde Pública e/ou Educação	83	38,2	31,7–44,7
Especialização em Clínica Odontológica	99	45,6	38,8–52,4
Participação em cursos (ESF, CD em ESF, FEP)	56	25,8	20,0–31,6
Mestrado	15	6,9	3,5–10,3
Doutorado	01	0,5	-0,4–1,4

ESF: Estratégia em Saúde da Família; CD: Cirurgião-Dentista; FEP: Formação em Educação Permanente; IC: intervalo de confiança

Tabela 2. Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à trajetória profissional dos cirurgiões-dentistas no serviço público, região metropolitana da Grande Vitória (ES), 2008

Variáveis (n=217)	Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	IC95%
Vínculo	Efetivo	157	72,4	66,5–78,3
	Contratado	39	18,0	12,9–23,1
	Comissionado	03	1,4	-0,2–3,0
	Outros	10	4,6	1,8–7,4
	Efetivo e contratado	08	3,7	1,2–6,2
Carga horária semanal	20–40 horas	117	53,9	47,3–60,5
	40–60 horas	96	44,2	37,6–50,8
	>60 horas	04	1,8	0,0–3,6
Experiência com TSB	Sim	135	62,2	55,7–68,7
	Não	82	37,8	31,3–44,3
Tempo de atuação com TSB	Até um ano	38	17,5	12,4–22,6
	1–5 anos	72	33,2	26,9–39,5
	5–10 anos	21	9,7	5,8–13,6
	>10 anos	04	1,8	0,0–3,6
Experiência com ASB	Sim	213	98,2	96,4–100
	Não	04	1,8	0,0–3,6
Tempo de atuação com ASB	<5 Anos	88	40,6	34,1–47,1
	5–10 Anos	37	17,1	12,1–22,1
	10–20 Anos	46	21,2	15,8–26,6
	20–30 Anos	30	13,8	9,2–18,4
	>30	12	5,5	2,5–8,5
Atuação em USF/USB	Sim	160	73,7	67,8–79,6
	Não	57	26,3	20,4–32,2
Função de CD na USF/USB	Sim	208	95,9	93,3–98,5
	Não	09	4,1	1,5–6,7
Atuação na ESF	Sim	81	37,3	30,9–43,7
	Não	136	62,7	56,3–69,1
Tempo de atuação na ESF	<1 ano	12	5,5	2,5–8,5
	1–5 anos	59	27,2	21,3–33,1
	5–10 anos	09	4,1	1,5–6,7
Função de CD na ESF	Sim	77	35,5	29,1–41,9
	Não	03	1,4	-0,2–3,0

IC: intervalo de confiança; TSB: Técnico em Saúde Bucal; ASB: Auxiliar em Saúde Bucal; CD: Cirurgião-Dentista; USF: Unidade de Saúde da Família; USB: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia em Saúde da Família

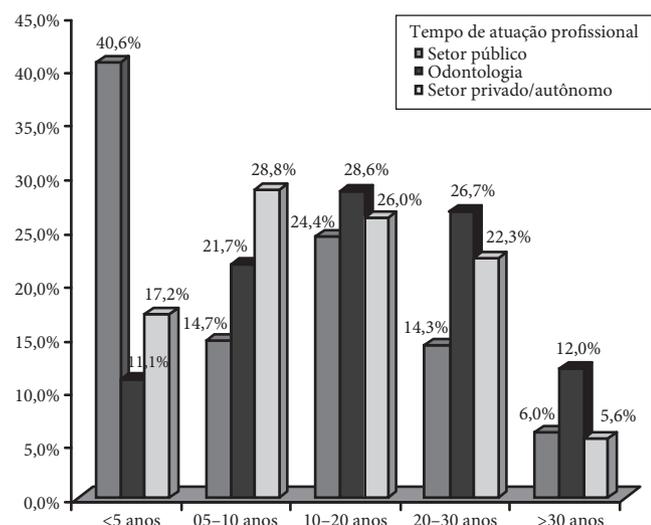


Figura 1. Tempo de atuação profissional dos cirurgiões-dentistas segundo às faixas temporais, região metropolitana da Grande Vitória (ES), 2008

É maior o percentual de profissionais que atuam de 5 a 10 anos nos setores privado e/ou autônomo do que o percentual dos que atuam na Odontologia de uma forma geral e no setor público. Na faixa de atuação de 10 a 20 anos o tempo de atuação nos setores público e no privado e/ou autônomo assumem valores próximos a 25%, entretanto é nessa categoria que predomina a maior frequência dos profissionais que atuam na Odontologia. Em relação à faixa de tempo de serviço de 20 a 30 anos, encontram-se um percentual significativo de profissionais que atuam na Odontologia, sendo que cerca de 20% atuam nos setores privado e/ou autônomo e cerca de 15% atua no setor público. Considerando os profissionais mais antigos, 12% atuam há mais de 30 anos na Odontologia, sendo que cerca de 6% atuam no setor público e outros 5,5% atuam nos setores autônomo e/ou privado.

Quanto à participação dos CDs em práticas de ensino, a Tabela 3 mostra que menos de 40% estiveram ou estão

Tabela 3. Frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas às práticas profissionais dos cirurgiões-dentistas em ensino e pesquisa, região metropolitana da Grande Vitória (ES), 2008

Variáveis (n=217)	Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	IC95%
Atuação docente em sala de aula	Sim	78	35,9	29,5–42,3
	Não	139	64,1	57,7–70,5
Tempo de atuação docente em sala de aula	Até um ano	35	16,1	11,2–21,0
	1–5	31	14,3	9,6–19,0
	5–10	09	4,1	1,5–6,7
	>10 anos	03	1,4	-0,2–3,0
Nível de atuação docente em sala de aula*	Nível Médio e Formação técnica	37	17,1	12,1–22,1
	Graduação	13	6,0	2,8–9,2
	Pós-graduação e/ou Capacitação	15	6,9	3,5–10,3
	Outros	10	4,6	1,8–7,4
Vínculo docente em sala de aula	Efetivo e Contratado	37	17,1	7,5–26,7
	Autônomo e outros	22	10,1	2,4–17,8
Atuação docente em estágios	Sim	96	44,2	37,6–50,8
	Não	121	55,8	49,2–62,4
Tempo de atuação docente em estágios	Até um ano	46	21,2	15,8–26,6
	1–5	39	18,0	12,9–23,1
	5–10	09	4,1	1,5–6,7
	>10 anos	02	0,9	-0,4–2,2
Nível de atuação docente em estágios*	Nível médio e Formação Técnica	27	12,4	8,0–16,8
	Graduação	59	27,2	21,3–33,1
	Pós-graduação e/ou capacitação	10	4,6	1,8–7,4
Vínculo docente em estágios	Efetivo e/ou contratado	31	14,3	9,6–19,0
	Autônomo e/ou outros	49	22,6	17,0–28,2
Experiência em pesquisa	Sim	115	53,0	46,4–59,6
	Não	102	47,0	40,4–53,6
Área de pesquisa (últimos 5 anos)	Clínica Odontológica	36	16,6	11,6–21,6
	Saúde Pública	46	21,2	15,8–26,6
	Outra	13	6,0	2,8–9,2

IC: intervalo de confiança

*No caso do entrevistado atuar em mais de um nível, adotou-se o nível mais alto

envolvidos em atividades docentes em salas de aula, mais de 40% atuam ou já atuaram como docente em campo de estágio na orientação de atividades de aulas práticas.

Em relação ao tempo de exercício dessas atividades, nota-se que os maiores percentuais de experiência em práticas de ensino estão situados nas faixas temporais de menor ou igual a um ano e na faixa de um a cinco anos, o que reflete a breve experiência docente dos CD em todas as categorias. Sobre as formas de vinculação do profissional às atividades de ensino, nota-se que nas atividades em sala de aula predomina o vínculo de efetivo e/ou contratado, enquanto na atividade de ensino em campo de estágios predominam os vínculos de autônomo e/ou outros não especificados.

Ao se explorar em que níveis de formação os profissionais atuaram nas atividades de ensino, observa-se que a maioria dos CD atua ou já atuou no nível de formação média e/ou técnica. Em menor percentual, aparecem os profissionais que exerceram ou exercem atividades de ensino no nível de pós-graduação e/ou capacitação, em seguida, os que participam

ou participaram de atividades de ensino em nível de graduação. Na atuação em níveis médios e técnicos predominam as atividades em sala de aula. Já no campo de estágios os CD atuaram mais em nível de graduação.

Em relação às práticas de pesquisa, mais de 50% relataram ter alguma experiência em pesquisa independente sendo que, tal participação, ocorreu durante o planejamento, execução ou análise. Em relação às áreas do conhecimento em que realizaram pesquisa nos últimos cinco anos, predominou a área de saúde pública, seguida da área de clínica odontológica e de outras áreas.

DISCUSSÃO

A Odontologia Científica privilegiou características como o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas e a tecnificação do ato odontológico⁸, transformando o consultório privado no *locus* de produção da saúde bucal, calcada no odontocentrismo e na extração-mutilação-dentária²⁵. Nesse contexto, a Odontologia

desenvolveu suas ações centradas no trabalho do CD, profissional de nível superior, e esteve baseada na odontologia de mercado, concentrada na assistência ao indivíduo doente e restrita ao ambiente clinicocirúrgico⁵. Por isso, entende-se o maior número de especialistas em áreas clínicas entre os CD que atuam em serviço público, do que em áreas da saúde pública e/ou educação, uma vez que essa realidade reflete a hegemonia da formação e da valorização do tecnicismo odontológico presente ainda na realidade brasileira.

Além disso, no cenário nacional, a Saúde Coletiva é a área que possui o menor número de especialistas entre as mais frequentes na Odontologia^{26,27}, apesar do relato de Manfredini²⁸ sobre a experiência de um município brasileiro ter mostrado um percentual de 22% de CD pertencentes ao quadro da Secretaria Municipal de Saúde terem concluído ou estarem em fase de conclusão de cursos de Especialização de Odontologia em Saúde Coletiva. O autor afirma, no entanto, que tal fato não gerou ampliação do acesso, pois vários desses profissionais ora capacitados assumiram cargos gerenciais na instituição, sem que houvesse abertura de novas vagas em concurso público para o trabalho na assistência.

De modo análogo, parece ser ínfimo o esforço do setor público em treinar, capacitar e incentivar a realização de cursos nas áreas de interesse público, visto que grande parte atua no serviço de saúde sem estar inteirado sobre o modelo de reorientação da atenção básica dentro do SUS, a ESF. Essa falta de incentivo à capacitação para o serviço público também foi relatada no estudo realizado por Lazeris et al.²⁹ que avaliou a formação de recursos humanos em Odontologia frente às exigências do setor público. Esses autores verificam que 84% dos entrevistados avaliaram não haver incentivo para o aperfeiçoamento profissional por parte do órgão público que os contrataram. Assim, evidencia-se a necessidade do funcionamento da Educação Continuada e Permanente dos CD, pois a maioria esmagadora atua na Unidade de Saúde da Família/ Unidade Básica de Saúde (USF/UBS), na função de CD e não em funções administrativas.

Apesar do crescimento considerável de titulados *Stricto Sensu*, no Brasil²⁶, nos municípios estudados é baixo o número de mestres e doutores inseridos no SUS. Podem existir algumas razões para isso, tais como a possibilidade maior desses cursos serem predominantes na área clínica e os profissionais se dedicarem ao ensino e atuarem no setor privado e a baixa oferta de vagas no serviço público, quando comparada ao grande número de profissionais lançados no mercado.

Contudo, parece ser relevante a predominância do vínculo efetivo do profissional no setor público como pressuposto mínimo para o princípio da integralidade, que dentre outras interpretações, prevê a vinculação permanente entre o profissional

de saúde e a população-alvo do processo de cuidado em saúde. Segundo Lefèvre e Cornetta³⁰, algumas funções para a área da saúde deveriam ser ocupadas por trabalhadores com vínculo permanente com a instituição, havendo, como meta, a formação de equipes eficientes e eficazes que possam atuar para a efetiva construção do SUS. Além disso, o estudo revela um número grande de profissionais em cumprimento de uma carga horária acima de 40 h no serviço público, o que mostra que pode estar havendo um acúmulo de atividades entre os setores públicos e a atividade tradicionalmente privada da profissão, não significando necessariamente uma maior dedicação ao serviço público.

O percentual de recém-formados atuantes no serviço público mostrou-se reduzido, pois se entende que a formação em Odontologia, historicamente pautada principalmente no exercício privado da profissão, pode refletir na baixa inserção de recém-formados no serviço público. Porém, a inserção da Saúde Bucal na ESF e a implantação da PNSB fazem com que o serviço público constitua um mercado de trabalho em ascensão para os dentistas³¹.

Além disso, em 2002, foram implantadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, as quais orientam a elaboração dos currículos que devem ser adotados nessas Instituições de Ensino e determinam a construção de um perfil acadêmico e profissional “com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como, para atuarem, com qualidade e resolutividade no SUS”³². Dessa forma, o que se vislumbra é a possibilidade dos futuros CD aprenderem a valorizar o SUS e a almejavem sua atuação profissional nesse cenário.

O trabalho multiprofissional no campo da saúde bucal é uma necessidade inegável e irreversível. Como refletido por Chaves³³, o acúmulo de conhecimento no avanço da ciência, na área da saúde, produz o parcelamento do saber e a especialização dos profissionais, que no caso da Odontologia fez surgirem vários atores que têm como objetivo otimizar o trabalho dos CD no processo de trabalho odontológico. Com isso, foram desenvolvidas profissões auxiliares, inicialmente criadas para executar operações de rotina, adestradas pelos próprios CD. São os Técnicos em Prótese Dentária (TPD), Auxiliares de Prótese Dentária (APD), ASB e TSB, que se apresentam para o trabalho a muitas mãos, requerido para o atendimento às necessidades da saúde bucal.

Apesar dessa possibilidade, vários autores vêm discutindo as dificuldades de aceitação dessas categorias auxiliares, e especialmente dos TSB, no trabalho multiprofissional em saúde bucal, tais como o receio dos CD em dividir o espaço com eles no mercado de trabalho e dos TSB se tornarem dentistas práticos a partir do conhecimento adquirido para o desempenho da profissão^{15,17,22,34,35}.

Porém, faz-se necessário considerar o fato de que os serviços de saúde vêm sendo reorganizados sob o conceito ampliado de saúde, pressupondo, como fundamental, a atuação dos diversos profissionais da saúde em sua promoção e prevenção e o estabelecimento de ações intersetoriais. Partindo desse conceito, ao se falar em ESB compreende-se a atuação dos CD e a participação dos TSB e ASB, principalmente nas ações de promoção de saúde, possibilitando um ganho em termos qualitativos para a atenção à saúde bucal^{20,36}. Além disso, cabe ressaltar que o emprego de pessoal auxiliar na Odontologia representa uma expansão da oferta de serviços, a otimização do tempo de trabalho do CD, a diminuição do estresse e da fadiga profissional e o aumento da produtividade da equipe^{10,11,14}.

Por um lado, o presente estudo revelou que são poucos os CD que passaram pela experiência de formar-se em nível técnico e/ou auxiliar; quase 40% nunca atuaram com TSB e mais da metade atua há menos de cinco anos com TSB. Por outro, quase todos trabalham com os ASB há menos de 10 anos, no setor público. Isso mostra que é recente a incorporação das profissões auxiliares na Odontologia para atuar em conjunto com CD. Esses dados são semelhantes aos encontrados pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas²⁷ ao observar que apenas 18,8% dos CD trabalham com auxílio de TSB, na área odontológica.

Em relação ao mercado de trabalho, existe ainda hoje um processo de expansão do mercado odontológico no setor público com a inclusão da saúde bucal na ESF, acompanhando o dinamismo positivo do mercado de trabalho em saúde. Cerca de 30% do total de CD registrados no Conselho Federal de Odontologia, e que estão cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), estão vinculados ao SUS²⁶. Na população estudada, isso também é evidenciado, quando ficou demonstrado que mais de 40% dos profissionais, embora atuando na Odontologia, geralmente no setor privado, há mais de 10 anos, entraram no setor público há menos de 5 anos, apontando a busca recente por esse mercado promissor.

A necessidade de expansão da rede de serviços de saúde com o processo de descentralização apontou para a premência de abertura de novos postos de trabalho³⁷. Apesar disso e das grandes transformações da prática odontológica, com as novas exigências nas normas de biossegurança, incorporação de princípios ergonômicos, aplicação crescente e diversificação de medidas preventivas e educativas e a acelerada incorporação da informática nos consultórios, não há, ainda, o reconhecimento e valorização do trabalho do TSB e do ASB¹². Essa falta de reconhecimento e legitimidade profissional faz com que esses profissionais fiquem à mercê das oscilações do mercado de trabalho e das políticas de saúde^{22,38}.

Existem habilidades (saber-fazer), conhecimentos (saber) e atitudes e valores (saber-ser) que compõem as diversas competências desejáveis ao final de uma formação de TSB³. Pensar sobre isso é importante ao se discutir a experiência dos CD na área de educação para a formação de recursos humanos. Diante dessa premissa, os resultados mostram que é discreta a participação deles em atividades de ensino, tanto em salas de aulas, quanto em campo de estágios e, dos que tiveram alguma participação nessas modalidades de ensino, a maioria exerceu por um período menor do que um ano. Todavia, um ponto relevante para o horizonte da formação de TSB para a rede pública é que essa ínfima experiência se deu na formação de profissionais de nível técnico e auxiliar. Isso mostra que a participação dos CD na formação de recursos humanos ainda é muito discreta, até mesmo devido à carência de políticas públicas que invistam na formação de recursos humanos em saúde bucal, o que vai de encontro às demandas desses profissionais auxiliares. Isso ficou demonstrado no documento final, redigido pelo grupo de discussão de ASB e TSB na III Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia, no qual os mesmos demonstraram preferência quanto à sua formação e capacitação profissional ofertada pelo SUS³⁹. No entanto, também defendem a responsabilidade de instituições privadas nessa tarefa, desde que estejam adequadas aos princípios e diretrizes do SUS.

Nota-se o predomínio de atuação por vínculos outros que não o efetivo e/ou contratado, revelando que a participação de profissionais fica muito mais a critério individual daqueles que se identificam com a área de educação e o fazem numa condição de vínculo precário, muitas vezes sem remuneração, do que por meio de uma política de incentivo à formação em nível técnico e auxiliar na área odontológica. Já, a participação na área de pesquisa, que pode servir como estímulo ao caráter investigativo do profissional, se deu na área de saúde pública para a maioria dos profissionais. Isso é importante na medida em que a pesquisa desenvolvida no serviço público pode representar uma maneira de integrar o profissional ao planejamento em saúde e incentivá-lo à busca por resultados que o estimulem a executar suas atividades com satisfação, reconhecendo a importância da ESB na elevação do nível de saúde de uma população-alvo.

A lógica que se segue para a proposta de formação de TSB no SUS e para o SUS tende a superar os desafios da formação e trajetória do profissional da saúde que se torna educador. Entendendo que o profissional atuante no SUS foi possivelmente o aluno massacrado com um ensino superespecialista dicotomizado que recebeu uma orientação para atender à clínica privada, saturada, longe da formação necessária para a prática real da profissão⁴⁰. A ideia é aprender para ensinar, no contexto do novo modelo de atenção à saúde, visto que a

estrutura dos cursos de graduação não contemplam, em sua matriz, disciplinas que preparem para a função de educador, prevalecendo o desconhecimento científico do processo ensino-aprendizagem.

Queluz¹⁵ define a importância da formação e qualificação dos recursos humanos em saúde bucal e enfatiza o importante papel do formador nesse processo defendendo que

a partir do prático, da caracterização e da definição de funções, chegou-se a uma situação teórica de embasamento da profissão, ou seja, a efetiva existência e exigência de cursos de formação e de qualificação dos recursos humanos. Esses encarregar-se-ão de definir, ampliar, estudar e ensinar todas as funções para o CD, o ACD, o THD para o desenvolvimento de suas potencialidades [...]

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização do perfil dos CD é de fundamental importância para que se conheçam os caminhos e escolhas desses profissionais, desde sua formação em Odontologia, que lhes possam ter aproximado ou afastado da função de educador, em nível técnico, em saúde bucal. Isso porque, o perfil de um profissional que tangencia(ou) o conhecimento ou o contato prévio com essa categoria profissional, experiência na área de docência e/ou em pesquisa, capacitações na área de saúde coletiva e/ou educação e disponibilidade de tempo para se dedicar à função docente, podem funcionar como dispositivos facilitadores do processo formativo de TSB. Contudo, a ausência dessas características não inviabiliza a participação dos CD nesse processo.

Segundo os resultados dessa investigação, alguns pontos favoráveis à prática docente foram evidenciados, como o vínculo efetivo da maioria dos CD, uma dedicação com grande carga horária ao serviço público, experiência prévia com ASB, experiência de atuação na ESF e a experiência no desenvolvimento de pesquisas. Além disso, a predominância de CD que entraram há menos de cinco anos no setor público pode sinalizar a presença de um grupo de CD recém-chegados ao serviço público, possivelmente mais receptivos à construção de novas relações no processo de trabalho odontológico.

■ REFERÊNCIAS

1. Amâncio-Filho A, Moreira MCGB. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
2. Nogueira RP. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: Santana JP. Capacitação e desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1999. p. 109-13.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília; 2001.
5. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saude Publica. 2006;40(N Esp):141-7.
6. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

No entanto, algumas características do perfil profissional dos CD apontam possíveis debilidades do preparo dos CD para atuarem como formadores de TSB para o SUS, tais como a predominância de especialização na área de clínica odontológica, a falta de participação em cursos de preparação para o trabalho na ESF, a baixa incorporação de profissionais mestres e doutores, a inexperiência de atuação em conjunto com TSB e de atuação docente em sala de aula e campo de estágios.

Nessa descrição de perfil, fica claro que características facilitadoras devem ser valorizadas e levadas em consideração na atuação dos docentes nos cursos de formação de TSB. No entanto, atenção especial deve ser dada às limitações que a formação e a prática odontológica podem exercer na capacidade dos CD em lidar com essa nova realidade que é a integração dos TSB ao processo de trabalho em saúde bucal. Participar no processo formativo desses profissionais é muito mais do que lhes ensinar as técnicas e procedimentos de sua atribuição que garantirão uma maior produtividade odontológica. É contribuir para a construção do caráter cidadão desse profissional, tão importante para a reestruturação de uma prática em saúde bucal relacionada às necessidades sociais.

A partir das necessidades de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal e do papel protagonista que os CD detêm nesse processo, há que se buscar um melhor entendimento sobre as questões que permeiam a construção dessa relação profissional e a preparação e disponibilidade dos CD, educadores que interferem no processo de ensino-aprendizagem através de outros estudos que explorem essas dimensões.

■ AGRADECIMENTOS

À *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) e Ministério da Saúde do Brasil pelo financiamento da pesquisa. À Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, através do NUEFS, pela elaboração inicial do projeto de pesquisa, parceria técnica e administrativa. Ao Núcleo de Referência em Saúde, pela gestão administrativa e financeira que possibilitou o desenvolvimento da pesquisa.

7. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2a ed. São Paulo: Editora Santos; 2002.
8. Mendes EV. A Reforma Sanitária e a educação odontológica. *Cad Saude Publica*. 1986;2(4):533-52.
9. Freitas SFT. História social da cárie dentária. Bauru: Edusc; 2001.
10. Silva RF, Monini AC, Daruge Jr.E, Francesquini Jr.L, Lenza MA. Utilização de auxiliares odontológicos em ortodontia: implicações éticas e legais. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2006;11(5):121-8.
11. Serra MC, Garcia PPNS. Delegação de funções: utilização de pessoal auxiliar na clínica odontológica. *Rev Abo Nac*. 2002;10(2):98-104.
12. Pezzato LM, Cocco MIM. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. *Saúde Debate*. 2004;28(68):212-9.
13. Kovaleski DF, Boing AF, Freitas SFT. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. *Rev Odontol UNESP*. 2005;34(4):161-5.
14. Pereira AC, Moreira BHW. Utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. *Rev Assoc Paulista Cirurg Dent*. 1992;46(5):851-4.
15. Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 140-59.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal*. Brasília; 2006. (MS Cadernos da Atenção Básica, 17).
17. Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger L. *Aboprev: Promoção de Saúde Bucal*. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 475-94.
18. Conselho Federal de Odontologia (CFO). *Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos Regionais de Odontologia*. Aprovada pela resolução CFO-63/2005. Formato atualizado em 31 de março de 2009 [cited 2009 Jun 6]. Available from: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário: perfil de competências profissionais*. Brasília; 2004.
20. Frazão PA, Castellanos RA. La participación del personal auxiliar de odontología en los sistemas locales de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;5(2):106-15.
21. Brasil. 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*. 2008; 24 dez.
22. Liñan MBG, Bruno LENB. Trabalho e formação profissional do Atendente de Consultório Dentário e do Técnico em Higiene Dental. *Trab Educ Saúde*. 2007;5(2):297-316.
23. Costa H. Um Brasil sorridente. In: Brasil, Ministério da Saúde. *Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário: perfil de competências profissionais*. Brasília; 2004. p. 5-7.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [cited 2008 Aug 20]. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
25. Emmerich AO. *A corporação odontológica e o seu imaginário*. Vitória: Edufes; 2000.
26. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. *Perfil atual e tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro*. Maringá: Dental Press; 2010.
27. Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos (INBRAPE). *Perfil do Cirurgião-Dentista no Brasil 2003* [cited 2010 May 17]. Available from: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/perfil_cd.pdf
28. Manfredini MA. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Campinas, SP. In: Moysés ST, Krieger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 113-24.
29. Lazeris AM, Calvo MCM, Regis Filho GI. A formação de recursos humanos em odontologia e as exigências do setor público: uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. *Rev Odonto Ciência*. 2007;22(56):166-76.
30. Lefèvre AMC, Cornetta VK. Recursos humanos para a promoção de saúde. In: Lefevre F, Lefevre AMC. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2004. p. 133-46.
31. Morita MC, Kriger L, Carvalho AP, Haddad AE. *Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia*. Maringá: Dental Press; 2007.
32. Brasil. Ministério da Educação. Parecer Nº CNE/CES 1300/01 de 06 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de farmácia e odontologia. *Diário Oficial da União*. 2001; 06 nov.
33. Chaves MM. *Odontologia social*. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
34. Narvai PC, Manfredini MA, Botazzo C, Raineri N, Schneider D, Frazão P. *Contra o Técnico em Higiene Dental*. *Saúde Debate*. 1989;28:59-65.
35. Queluz DP. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. *Rev Odonto Ciência*. 2005;20(49):270-80.
36. Frazão PA. Participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde bucal. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1998;12(4):329-36.
37. Varella TC, Pierantoni CR. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde: a década de 90 em destaque. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(3):521-44.
38. Liñan MBG. *Manual do trabalho e formação do ACD e THD*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda.; 2009.
39. Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia (CONPA III). *Documento final dos grupos III e IV*. Brasília; 2002.
40. Ceccim RB, Feuerwerker L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1400-10.

Recebido em: 11/01/2011

Aprovado em: 10/01/2012