

## INSERÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A INSTABILIDADE DOS VÍNCULOS DE TRABALHO E A DESVALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

INCLUSION OF THE ORAL HEALTH TECHNICIAN IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: THE INSTABILITY OF THE EMPLOYMENT RELATIONSHIPS AND THE PROFESSIONAL DEVALUATION

INSERCIÓN DEL TÉCNICO EN SALUD BUCAL EN EL SISTEMA DE SALUD: LA INSTABILIDAD DE LOS VÍNCULOS DE TRABAJO Y LA DESVALORIZACIÓN PROFESIONAL

Arinilson Moreira Chaves Lima<sup>1</sup>  
Cléa Adas Saliba Garbin<sup>2</sup>  
Artênio José Ísper Garbin<sup>3</sup>  
Elis Regina Vasconcelos Farias Aragão<sup>4</sup>

Betânia Moreira Chaves Lima<sup>5</sup>  
Ondina Maria Chagas Canuto<sup>6</sup>  
Suzely Adas Saliba Moimaz<sup>7</sup>

**Resumo** A Política Nacional de Saúde Bucal destaca a importância da formação de pessoal auxiliar para a sua consolidação. Este estudo avaliou a inserção de técnicos em saúde bucal formados pela Escola de Saúde Pública do Ceará no Sistema Único de Saúde. Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas etapas. Na primeira, traçou-se o perfil profissional de 573 técnicos em saúde bucal ex-alunos da Escola. Na segunda, foram realizados grupos focais e utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática. A pergunta direcionadora foi: que aspectos influenciam na inserção dos técnicos em saúde bucal no Sistema Único de Saúde? Verificou-se que 73,3% estavam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Destes, 20,7% estavam cadastrados como técnico em saúde bucal e 67,9% como auxiliar de saúde bucal. Nos grupos focais, foram identificadas três categorias temáticas: interesse dos gestores; tipo de vínculo de trabalho; e valorização profissional. Concluiu-se que a maioria estava inserida no Sistema Único de Saúde, mas como auxiliar de saúde bucal. Na visão dos egressos, faltam interesse por parte dos gestores para contratação de técnicos em saúde bucal, vínculos de trabalho mais estáveis e maior valorização profissional.

**Palavras-chave** higienistas dentários; assistentes de odontologia; auxiliares de odontologia; pessoal técnico de saúde; grupos focais.

**Abstract** The Oral Health National Policy emphasizes the importance of the training of assistant personnel for its consolidation. This study evaluated the inclusion of Oral Health Technicians, trained by Escola de Saúde Pública do Ceará, Brazil, in the Unified Health System. This is a descriptive study with a qualitative approach, developed in two stages. In the first one, the professional profile of 573 oral health technicians was outlined. In the second stage, we used focal groups, as well as the technique of content analysis, thematic modality. The orienting question was: which aspects influence the inclusion of the oral health technician in the Unified Health System? It was found that 73.3% of technicians were in the National Health Facilities Register. Out of these, 20.7% were registered as oral health technician, and 67.9% as oral health assistant. In the focal groups, three thematic categories were identified: manager's interests; type of employment relationship; and professional appreciation. It was concluded that the majority was included in the Unified Health System, but as oral health assistant. From the graduates' point of view, managers lack interest in hiring oral health technicians, and there is lack of more stable employment relationships and of greater professional appreciation.

**Keywords** dental hygienists; dental assistants; dental helpers; technical health staff; focal groups.

## Introdução

No Brasil, por várias décadas, a assistência odontológica foi caracterizada pela oferta de serviços a escolares, relegando os outros grupos populacionais a receberem apenas atendimento odontológico de urgência, dentro de um modelo curativista e com baixa cobertura (Souza et al., 2001). Após esse longo período, em 1998, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) revelou que 18,7% dos brasileiros nunca haviam ido ao dentista (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1999). Diante desse cenário, a necessidade de ampliação da assistência odontológica passou a ser pauta política relevante, e a discussão se estendeu às questões relativas ao acesso às ações de saúde bucal. Nesse sentido, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na Estratégia Saúde da Família (ESF) teve o intuito de garantir maior ênfase à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal da população (Mattos et al., 2014; Souza et al., 2001).

Em dezembro de 2000, por intermédio da portaria nº 1.444 do Ministério da Saúde, foi instituído o incentivo financeiro para a reorganização da saúde bucal na atenção básica, desenvolvida nos municípios brasileiros por meio da ESF (Brasil, 2000a). A partir de então, os municípios passaram a se habilitar em dois tipos de ESBs: a de modalidade I, formada por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB) – à época chamado atendente de consultório dentário (ACD); e a de modalidade II, formada por CD, ASB e técnico em saúde bucal (TSB) – à época chamado de técnico em higiene dentária (THD) (Brasil, 2000a). As nomenclaturas das profissões auxiliares foram modificadas por ocasião da regulamentação dessas profissões em 2008 (Brasil, 2008). Em março de 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, que listou o TSB como um dos profissionais preferenciais para a realização de ações coletivas (Brasil, 2004a). Em julho do mesmo ano, a portaria nº 1.570 do Ministério da Saúde estabeleceu os critérios para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), sendo um de seus requisitos ter aparelho de raios-X (Brasil, 2004b), cuja operação, para a realização de tomadas radiográficas, está entre as competências do TSB (Brasil, 2008). Além dessas possibilidades de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), a portaria nº 74 do Ministério da Saúde, de janeiro de 2004, contribuiu para reforçar a necessidade de formação e inserção de TSBs nas ESBs, ao determinar o fornecimento de um equipo odontológico completo para as equipes já habilitadas ou que se habilitassem na modalidade II (Brasil, 2004c).

A utilização do trabalho de pessoal auxiliar em odontologia, entre eles o TSB, significa diminuição dos custos, visto que a mão de obra mais cara no processo de trabalho para o atendimento clínico em odontologia é a do CD, e que todas as outras representariam certo grau de economia financeira

(Queluz, 2005). Em um contexto de reorientação das práticas de saúde bucal, é importante salientar que as contribuições dadas pelos TSBs vão além da redução de custos, e que o trabalho dessa categoria se realiza plenamente, no seu sentido social, ao estar integrado a uma ESB (Esposti et al., 2012). No território brasileiro é vedado ao TSB exercer sua atividade de forma autônoma (Brasil, 2008), ao contrário do que ocorre em outros países (Sanglard-Oliveira et al., 2012), como no Reino Unido (Eaton et al., 2012) e Holanda (Jongbloed-Zoet et al., 2012), onde isso é possível. Dessa forma, os locais de atuação desses profissionais no Brasil são as clínicas privadas (sejam de personalidade física ou jurídica) e o SUS, contudo sempre sob a supervisão do CD. O trabalho dos TSBs tem sido bastante estimulado no serviço público, principalmente após a inserção da saúde bucal na ESF (Esposti et al., 2012).

Em 2003, a relação entre TSB e CD no Brasil era de 1 TSB/36 CD, chegando, com os desequilíbrios regionais existentes, a 1 TSB/640 CD no Tocantins, quando a relação desejada era de 2 TSB/1 CD (Kovaleski, Boing e Freitas, 2005). Pesquisas em municípios do interior de São Paulo encontraram poucos TSBs trabalhando em unidades do sistema público de saúde (Freire et al., 2011; Garbin et al., 2007). No Ceará, após a implantação das primeiras ESBs, houve um número ínfimo de habilitações na modalidade II (Brasil, 2014a), tendo em vista o déficit de pessoal auxiliar que existia no país, em especial de TSBs (Kovaleski, Boing e Freitas, 2005). Tomando conhecimento de tal déficit, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), autarquia vinculada à Secretaria de Saúde do Estado (Sesa-CE), passou a promover, com o apoio dos municípios e financiamento do Ministério da Saúde, cursos de formação de TSB em todo o estado, com o objetivo principal de disponibilizar esses profissionais para o SUS. Até 2013, foram formados 849 TSBs pela ESP-CE.

Dados de agosto de 2014 mostram que o Conselho Regional de Odontologia do Ceará (CRO-CE) contava com 743 TSBs inscritos (Conselho Federal de Odontologia, 2014). No mesmo período, havia no Ceará 1.475 ESBs cadastradas na modalidade I, 137 na modalidade II (Brasil, 2014a) e 79 CEOs (Brasil, 2014b). Essas informações revelam discrepâncias entre o total de TSBs formados pela ESP-CE, o de inscritos no CRO-CE e, principalmente, o de ESBs modalidade II e CEOs, potenciais locais de trabalho desses profissionais. Mesmo com a possibilidade de haver mais de um TSB por CEO, assim como de alguns trabalharem em clínicas privadas, um número significativo parecia não estar exercendo a profissão. E esse número poderia ser maior, considerando-se que outras instituições de ensino, em geral particulares, já formaram TSBs no estado.

Assim, esta pesquisa justificou-se não apenas pela necessidade de investigar se os TSBs formados pela ESP-CE têm sido incorporados ao SUS,

mas também pela escassez de estudos semelhantes na literatura pesquisada. O objetivo foi avaliar a inserção dos TSBs formados pela ESP-CE no SUS, identificando aqueles que apresentavam vínculo de trabalho com o serviço público; descrever as características desse vínculo; e buscar compreender, a partir da visão dos próprios TSBs, os aspectos que influenciam na inserção dessa categoria profissional no SUS.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas etapas. Foram incluídos neste estudo profissionais que concluíram o curso de TSB pela ESP-CE até o ano de 2013. Não participaram da pesquisa TSBs formados por outras instituições.

Inicialmente, calculou-se uma amostra representativa dos 849 egressos que concluíram o curso de TSB pela ESP-CE até o ano de 2013. Para o cálculo amostral, foi estipulado um nível de confiança de 99,9% e erro amostral máximo de 5%. Ao resultado obtido, foi feito o acréscimo de 20%, totalizando uma amostra de 573 egressos. A seleção dos participantes foi feita por amostragem aleatória. Em seguida, foi obtida, com a Diretoria de Educação Profissional em Saúde da ESP-CE, uma listagem contendo nome, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), sexo, data de nascimento, cidade onde fez o curso e contato de todos os selecionados para participarem da pesquisa.

A partir disso, foram feitas consultas ao sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), usando a ferramenta de busca de profissionais por CPF (para evitar homônimos). Para aqueles cadastrados, foram coletados: a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO); o tipo de estabelecimento onde trabalhava; a esfera administrativa à qual pertencia o estabelecimento; a unidade da federação onde o estabelecimento estava instalado; a carga horária semanal exercida; a existência ou não de vínculo com o SUS; e o tipo de vínculo trabalhista do profissional. Utilizando as informações disponíveis, procedeu-se à análise descritiva dos dados obtidos.

Em uma segunda etapa e para o aprofundamento do estudo, foram realizados dois grupos focais (GFs) com egressos dos cursos de TSB da ESP-CE. O formato dos GFs mostrou-se apropriado para esta pesquisa, pois estimula o debate entre os participantes, permitindo que os temas abordados sejam mais problematizados que numa situação de entrevista individual (Trad, 2009). Participaram do grupo focal 1 (GF1) apenas egressos cadastrados no CNES como TSB. Participaram do grupo focal 2 (GF2) apenas egressos cadastrados no CNES como ASB. Cada GF teve seis participantes, selecionados

dentro do respectivo estrato (cadastrados no CNES como TSB, ou como ASB). Para o processo de seleção dos participantes dessa etapa do estudo, os pesquisadores realizaram consultas a CDs facilitadores do curso de TSB da ESP-CE, que se mostraram importantes informantes-chave. Os convites para participação nos GFs foram feitos a partir dos contatos fornecidos pela ESP-CE. O local de realização dos GFs foi a sala de videoconferência de uma instituição pública de ensino, definido seguindo os critérios de conforto, neutralidade e facilidade de acesso. Todos os participantes dos GFs assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A inserção dos TSBs no SUS foi discutida por meio de um roteiro semi-estruturado e da seguinte pergunta direcionadora: que aspectos influenciam na inserção dos TSBs no SUS? O moderador, o mesmo nos dois GFs, foi um dos pesquisadores. As reuniões tiveram duração aproximada de 90 minutos, sendo encerradas de acordo com o critério de saturação, quando os depoimentos passaram a se tornar repetitivos. Os registros de áudio foram gravados em duplicidade. As gravações foram transcritas e as falas identificadas com a seguinte codificação: participantes do GF1 (TSB); participantes do GF2 (ASB). O tratamento dos resultados se deu pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), na modalidade temática.

Esta pesquisa obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, e da Escola de Saúde Pública do Ceará, sob os números 541.125 e 602.930, respectivamente.

## Resultados

A Tabela 1 traz os dados coletados na ESP-CE e no CNES. A maioria dos pesquisados era do sexo feminino (96,9%), tinha entre 21 e 30 anos de idade ao fim do curso (45,4%) e fez o curso no interior do estado (76,7%). Apenas 6,8% não tinham cadastro no CNES, 19,9% tinham seus cadastros em branco, sem nenhuma informação, restando 420 (73,3%) com todas as informações preenchidas. Para esses, foi possível dar prosseguimento à coleta dos dados. Dentre os 420, 67,9% apresentavam no campo CBO, a ocupação de ASB; e 20,7%, a de TSB. A maior parte dos profissionais com dados cadastrais no CNES trabalhava no SUS (99,8%), no estado do Ceará (99,8%), em unidades de atenção primária à saúde (Unidades de Saúde da Família - USF ou Unidades Básicas de Saúde - UBS) (69,3%), na esfera administrativa municipal (89,0%) e com jornada semanal de trabalho de 40 horas (93,8%). Deles, 37,1% eram regidos pelo regime estatutário de contratação e 24,5%, por contrato de trabalho por prazo determinado.

Tabela 1

## Caracterização da população do estudo. Estado do Ceará, 2014

	Variável	n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	18	3,1
	Feminino	555	96,9
	Total	573	100
<b>Faixa etária ao fim do curso</b>	Até 20 anos	6	1,0
	21 a 30 anos	260	45,4
	31 a 40 anos	204	35,6
	41 a 50 anos	88	15,4
	51 a 60 anos	15	2,6
Total	573	100	
<b>Local do curso</b>	Capital/região metropolitana	134	23,3
	Interior	439	76,7
	Total	573	100
<b>Possui cadastro no CNES</b>	Sim	420	73,3
	Não	39	6,8
	Sim, mas sem informações	114	19,9
	Total	573	100
<b>CBO</b>	ASB	285	67,9
	TSB	87	20,7
	Outros	32	7,6
	Mais de um tipo	16	3,8
	Total	420	100
<b>Tipo de estabelecimento</b>	USF/UBS	291	69,3
	CEO	54	12,9
	Centro de saúde	38	9,0
	Outros	20	4,8
	Mais de um tipo	17	4,0
Total	420	100	
<b>Esfera administrativa</b>	Municipal	374	89,0
	Estadual	28	6,7
	Federal	2	0,5
	Outras	3	0,7
	Mais de uma esfera	13	3,1
Total	420	100	
<b>UF</b>	Ceará	419	99,8
	Outros	1	0,2
	Total	420	100
<b>Carga horária semanal</b>	40 horas	394	93,8
	Outras	12	2,9
	Mais de uma carga horária (mais de um vínculo)	14	3,3
	Total	420	100
<b>SUS</b>	Sim	419	99,8
	Não	1	0,2
	Total	420	100
<b>Tipo de vínculo</b>	Estatutário	156	37,1
	Contrato por prazo determinado	103	24,5
	Emprego público	88	21,0
	Sem tipo	58	13,8
	Outros	3	0,7
	Mais de um tipo	12	2,9
	Total	420	100

Fonte: Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).  
 Notas: CBO – Classificação Brasileira de Ocupações; UF – Unidade da Federação; SUS – Sistema Único de Saúde; ASB – auxiliar de saúde bucal; TSB – técnico em saúde bucal; USF – Unidade de Saúde da Família; UBS – Unidade Básica de Saúde; CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

Após várias leituras das transcrições dos GFs, foram identificadas as opiniões convergentes mais frequentes e de maior relevância. Os conteúdos foram agrupados em matrizes que deram origem às categorias temáticas. Os dois GFs apresentaram resultados semelhantes que apontaram para três categorias capazes de influenciar na inserção dos TSBs no SUS: interesse dos gestores; tipo de vínculo de trabalho; e valorização profissional.

## Discussão

Este estudo sobre a inserção dos TSBs formados pela ESP-CE no SUS evidenciou uma maioria de egressos do sexo feminino (96,9%), assim como encontrado em outros trabalhos sobre pessoal auxiliar em odontologia (Jongbloed-Zoet et al., 2012; Leite et al., 2012; Liñan e Bruno, 2007; Queluz, 2005), todos com predomínio feminino acima de 90%. Para os TSBs participantes deste estudo especificamente, essa predominância pode ser em parte atribuída ao fato de a maioria já exercer a atividade de ASB, e muitos desses ASBs podem ter secretariado consultórios odontológicos anteriormente, como sugerem Kovalski, Boing e Freitas (2005).

No que diz respeito à idade dos TSBs, 45,4% tinham entre 21 e 30 anos ao fim do curso. Isso mostra um percentual alto de profissionais jovens, com possibilidades de exercer a atividade por muitos anos. Quanto ao local de realização, 76,7% dos egressos fizeram o curso em cidades do interior do estado do Ceará, alguns no próprio município de residência, outros em municípios próximos, o que facilita a fixação dos mesmos nessas cidades e colabora para a melhoria dos serviços de saúde das microrregiões. Essa interiorização pode ser percebida por meio da distribuição do número de TSBs inscritos no CRO-CE. Dos 743 inscritos no estado, 458 (61,6%) estavam em cidades do interior; 283 (38,1%), na capital ou nas cidades da região metropolitana que tiveram egressos nesta pesquisa; e 2 (0,3%) estavam em outros estados (Conselho Federal de Odontologia, 2014).

Ao buscar por informações acerca dos TSBs no CNES, verificou-se que 6,8% não estavam cadastrados e 19,9% tinham cadastro, mas todos os campos existentes estavam sem preenchimento. Isso normalmente ocorre quando o profissional foi desligado de todos os vínculos antes existentes, e não trabalha mais em nenhum estabelecimento de saúde. Foram encontrados cadastros preenchidos para 420 (73,3%) dos pesquisados. Desses, 99,8% trabalhavam em estabelecimentos de saúde no estado do Ceará e vinculados ao SUS; 89%, em estabelecimentos da esfera administrativa municipal; 6,7%, em estabelecimentos da esfera administrativa estadual; 93,8% tinham carga horária semanal de 40 horas; 69,3% trabalhavam em unidades de atenção primária à saúde (USF/UBS); e 12,9% em CEOs. Essas informações podem

sugerir que os TSBs formados pela ESP-CE foram devidamente inseridos em ESBs da ESF ou em CEOs, levando a uma primeira ideia de que a absorção dessa categoria profissional ocorreu da forma desejada. Entretanto, quando se observam os dados do CNES sobre a ocupação, constata-se que apenas 20,7% estavam cadastrados com a CBO de TSB, enquanto 67,9% apresentavam a CBO de ASB. Isso revela que, apesar de estarem inseridos no SUS, há uma baixa inclusão de TSBs em ESBs e CEOs. Não foram encontrados estudos similares na literatura que fizessem uma abordagem a partir das informações do CNES, porém trabalhos utilizando metodologias diversas também encontraram TSBs realizando outras funções (Bonan et al., 2009; Liñan e Bruno, 2007; Queluz, 2005). Bonan et al. (2009), utilizando um instrumento autoaplicável, pesquisaram o perfil profissional de TSBs formados por uma instituição pública de ensino brasileira, tendo encontrado 34,4% trabalhando no serviço público e 22,7% em ocupações para as quais não era exigida a formação de TSB. Identificaram ainda o desvio de função, dado que somente 21,9% executavam, exclusivamente, a função de TSB; 25% executavam múltiplas funções, além das de TSB; e outros 25% atuavam como ASB (Bonan et al., 2009). Queluz (2005) coletou dados por meio de questionário e concluiu que os TSBs eram subutilizados no serviço, desempenhando mais as atividades de ASB.

O tipo predominante de vínculo empregatício foi o estatutário (37,1%), típico dos servidores públicos, cujas relações de trabalho são regidas por um estatuto próprio, que lhes garante estabilidade no cargo que ocupam (Brasil, 1991). Em seguida estava a contratação por prazo determinado (24,5%), que deveria ser usada somente em casos de excepcional interesse público (Brasil, 1988) e que, se mal aplicada, pode permitir que circunstâncias diversas, inclusive políticas, interfiram nas relações de trabalho. O emprego público representou 21% dos vínculos trabalhistas encontrados. Sob esse regime, o trabalhador é considerado empregado público (e não servidor público), fica subordinado às normas trabalhistas contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Brasil, 1943), mas seu contrato é por tempo indeterminado (Brasil, 2000b). Dos 420 pesquisados que apresentavam cadastro no CNES preenchido, 13,8% não tinham o tipo de vínculo de trabalho especificado, constando apenas o termo “sem tipo” no campo correspondente. Na pesquisa de Bonan et al. (2009), também prevaleceu o regime estatutário (47,7%), seguido pela CLT (26,6%) e contratos (18%), nesses dois últimos casos, não necessariamente no serviço público.

A segunda etapa deste estudo teve seus dados coletados por meio da técnica do GF, diferindo de outros trabalhos nos quais os autores utilizaram a entrevista individual ou o questionário autoaplicável (Leite et al., 2012; Liñan e Bruno, 2007; Silva et al., 2014). Após a análise do conteúdo dos diálogos dos dois grupos, foi possível construir três categorias temáticas: interesse

dos gestores; tipo de vínculo de trabalho; e valorização profissional. Essas categorias representaram, na visão dos egressos dos dois grupos, aspectos que podem influenciar na inserção dos TSBs no SUS.

Participantes dos GFs indicaram em suas falas que um maior ou menor interesse por parte dos gestores locais é fator decisivo para a inserção dos TSBs no SUS, e demonstraram insatisfação e desânimo ante a ausência de iniciativas para o desenvolvimento de ações de saúde que incluam o TSB e levem à sua contratação.

Acho que está faltando interesse dos gestores. Os gestores se acomodaram (ASB 1).

Se eu estou sendo capacitada para aquela atividade, então eu sonho em ingressar naquela atividade, mas acho que para virem equipes modalidade II vai custar muito (ASB 2).

Acho que a primeira dificuldade são as vagas mesmo. Não tem. A gente trabalhava como ASB. Terminamos o curso e continuamos como ASB por cinco anos ainda. E só conseguimos trabalhar como TSB por causa do CEO regional, que foi aberto e abriram as vagas para TSB (TSB 1).

Liñan e Bruno (2007) também encontraram TSBs que, cinco ou mais anos após a formação, ainda não conseguiam trabalhar na função. Kovalski, Boing e Freitas (2005) relataram a influência que a iniciativa dos gestores pode ter para as ações de formação de pessoal auxiliar em odontologia. Investir em educação para os trabalhadores inseridos no SUS contribui para a qualidade do serviço prestado à população (Silva et al., 2014). O relato de um TSB que atua como ASB indicou que houve atitude positiva por parte dos gestores locais quando da realização do curso, mas que o mesmo não ocorreu quanto ao aproveitamento do trabalho dos egressos.

Aconteceu o curso na época, eles investiram [...] e não usufruíram do benefício do curso, que foi a nossa formação (ASB 1).

A questão financeira parece ter grande influência na implantação e no desenvolvimento da saúde bucal nos municípios (Mattos et al., 2014). Buscando sensibilizar um gestor municipal da área administrativa quanto à importância e às vantagens de se incorporar TSBs às ESBs, alguns desses técnicos o procuraram e usaram, entre outros argumentos, o aumento do valor do incentivo financeiro que haveria se mais ESBs incluíssem o TSB e migrassem da modalidade I para a II. Porém, como mostra o relato a seguir, a resposta foi desestimulante.

Já houve vezes em que argumentamos que se fossem habilitadas mais modalidades II aumentaria a verba, e nos disseram que não existe isso, que não é por nossa causa que a verba vem (TSB 3).

Outra categoria identificada pela análise do conteúdo dos GFs como capaz de influenciar na inserção do TSB no SUS foi o tipo de vínculo de trabalho entre o poder público e esses profissionais. Isso pode ser percebido na fala dos participantes de ambos os grupos.

Houve seleção para o CEO regional, havia vagas para TSB [...], mas eu nem fiz a inscrição para a seleção porque onde estou é estatutário, e lá é contrato temporário. Preferi ficar porque tem a segurança da estabilidade [...]. Quem fez o curso de TSB e era temporário no meu município como ASB fez a seleção e foi para o CEO, mas eu preferi ficar, mesmo ainda como ASB (ASB 3).

[...] e a questão do vínculo, pois algumas [profissionais] eram concursadas e não queriam sair para serem temporárias (TSB 5).

Houve a predileção comum a todos os participantes por atuarem como servidor público, principalmente por causa da estabilidade, em relação a trabalhar como empregado público ou por meio de contrato por prazo determinado. Um dos TSBs do GF1 reforça essa questão ao falar sobre o momento em que houve a abertura de processo seletivo para um CEO regional, da esfera administrativa estadual, com contrato de trabalho por prazo determinado. Na oportunidade, alguns TSBs optaram por participar da seleção e outros não.

Se o CEO fosse um vínculo definitivo, muitas teriam vindo. Nós também, que trabalhávamos como ASB no município, se tivéssemos vínculo efetivo também não teríamos saído, com certeza. A relação, o tipo de vínculo pesa muito. [...] No CEO, elas passam na seleção, é válido por um ano, podendo ser prorrogado por um ano (TSB 2).

A discussão mostrou que, para os participantes, em primeiro lugar estava a segurança da manutenção do vínculo empregatício, levando egressos que já ocupavam cargos de ASB como estatutários a perderem oportunidades de trabalhar no SUS como TSBs sob outros regimes de contratação que não lhes trariam a estabilidade alcançada na condição de ASB. A contratação precária pode trazer dificuldades para o desenvolvimento do atual modelo de atenção à saúde bucal (Mattos et al., 2014).

Mesmo já fazendo alguns anos que a profissão de TSB foi regulamentada (Brasil, 2008), a categoria ainda não é valorizada adequadamente. Isso foi

percebido nos GFs e identificado como um aspecto que dificulta o ingresso dos TSBs no SUS. As duas questões mais presentes, relacionadas à valorização dos TSBs foram a salarial e o reconhecimento da importância da profissão dentro da equipe de saúde.

A questão salarial foi identificada no trabalho de Esposti et al. (2012) como um assunto causador de polêmica. A baixa remuneração foi frequentemente citada nos dois GFs, e percebida como algo que causa bastante desestímulo.

[...] sei de algumas colegas que estão trabalhando como TSB, mas recebendo salário igual ao de ASB (ASB 3).

Financeiramente, atualmente não compensa ser TSB. Todos os TSBs e ASBs estão recebendo um salário igual. Eu gosto do que eu faço, mas chega nesse momento, aí dá vontade de ser só ASB (TSB 5).

Atualmente a pessoa não tem nem o curso de ASB e está ganhando igual à TSB. Não incentivam. Eu acho que vai ser difícil que pessoas queiram trabalhar como TSBs ganhando o mesmo que ASBs (TSB 3).

Novamente o GF1 trouxe para a discussão o processo seletivo para ingresso em um CEO regional, relacionando-o ao aspecto da valorização, com base na questão salarial.

[...] não foram nem completadas [as vagas] por falta de TSBs. Havia oito vagas, só se inscreveram oito pessoas, e apenas cinco quiseram. As outras eram de outras cidades, aí não compensava a questão financeira (TSB 1).

Teve vaga e não teve gente. Acho que é valorização profissional, melhoria do salário. Quando precisaram, [...] não tinha TSB para assumir. Você acha que se o TSB ganhasse bem, esse pessoal não teria ido? Teria (TSB 2).

Realmente o TSB não tem incentivo nenhum (TSB 1).

Foi feita também uma comparação entre o salário do TSB e de outro profissional de nível técnico da área de saúde bucal, o Técnico em Prótese Dentária (TPD), reafirmando no grupo, a pouca valorização dos TSB.

A gente vê a diferença pelos técnicos de prótese. Eles ganham muito mais, e estão vindo de outra cidade próxima. Compensa para eles (TSB 2).

E é tudo curso técnico. Quer dizer: o nosso [salário] é muito baixo. A questão é mesmo salarial (TSB 1).

A outra questão relacionada à valorização profissional foi o pouco reconhecimento que a profissão tem da própria equipe de saúde. Nem todos os profissionais conhecem as potencialidades do trabalho dos TSBs (Esposti et al., 2012). O conteúdo dos GFs evidenciou tal fato quando se discutiu sobre o conhecimento que os outros membros da ESF têm sobre a atividade de TSB, suas atribuições e a diferença para o ASB.

Têm pouco esclarecimento (ASB 1).

[...] Acho que não [têm conhecimento], profundamente não. Só sabem que é a pessoa que faz “limpeza”. Acho que deveria existir uma integração maior entre os profissionais da equipe. Deveriam ser feitas de vez em quando dinâmicas para demonstrar a importância de cada um na equipe. Dentro de uma unidade de saúde todo mundo é importante (ASB 2).

Eu acho que não percebem a diferença [de TSB] para ASB não. Para eles é tudo atendente (TSB 1).

Às vezes você vai passando e eles dizem: para que duas atendentes na mesma ESB (TSB 3)?

A desinformação sobre a profissão de TSB funciona como complicador para o estabelecimento do trabalho em equipe, pois o desconhecimento por parte de outros profissionais de saúde pode gerar desconfiança e a não valorização do trabalho que ele desenvolve (Esposti et al., 2012).

### **Considerações finais**

Este estudo possibilitou, inicialmente, o agrupamento de dados individuais contidos no CNES sobre os participantes da amostra estudada. Permitiu, ainda, com base no olhar dos TSBs formados pela ESP-CE, conhecer um pouco mais sobre a participação desses profissionais no SUS.

Pôde-se verificar que quase todos os participantes da pesquisa estavam inseridos no SUS, porém a maioria não era cadastrada como TSB. Segundo os egressos, para que haja um aumento em sua inserção como TSB no SUS falta maior interesse por parte dos gestores para contratar TSBs; vínculos de trabalho mais estáveis; e valorização profissional, do ponto de vista tanto salarial quanto de reconhecimento da profissão.

Foram observadas neste trabalho limitações relacionadas à não inclusão de outros participantes, como gestores, CDs e demais profissionais da ESF que poderiam contribuir com suas opiniões, mas cuja participação tornaria

a execução do cronograma demasiadamente longa e financeiramente inviável. Estudos que incluíssem TSBs formados em eventuais cursos promovidos por outras instituições, ainda que com poucos egressos, também poderiam ampliar o conhecimento sobre essa categoria. A realização de novas pesquisas sobre o tema é fundamental para sua compreensão, que se mostrou bastante vasto e importante para o desenvolvimento e a consolidação da política de atenção à saúde bucal do SUS.

### Colaboradores

Arinilson Moreira Chaves Lima participou da concepção e desenho da pesquisa, coleta de dados e elaboração do artigo. Betânia Moreira Chaves Lima, Elis Regina Vasconcelos Farias Aragão e Ondina Maria Chagas Canuto participaram da coleta de dados e revisão crítica do conteúdo intelectual. Cléa Adas Saliba Garbin e Artênio José Ísper Garbin participaram da revisão crítica do conteúdo intelectual. Suzely Adas Saliba Moimaz participou da concepção e desenho da pesquisa e da elaboração do artigo. Ademais, todos os autores participaram da interpretação de dados e da aprovação da versão final a ser publicada.

**Resumen** La Política Nacional de Salud Bucal destaca la importancia de la formación de personal auxiliar para su consolidación. Este estudio evaluó la inserción de Técnicos en Salud Bucal formados por la Escuela de Salud Pública del Ceará en el Sistema Único de Salud. Trata-se de estudio descriptivo con abordaje cualitativa, desarrollado en dos etapas. En la primera, se elaboró el perfil profesional de 573 técnicos en salud bucal exestudiantes. En la segunda, fueron realizados grupos focales y fue utilizada la técnica de análisis de contenido, en la modalidad temática. La pregunta rectora fue: ¿qué aspectos influyen la inserción de los técnicos en salud bucal en el Sistema Único de Salud? Fue verificado que 73,3% estaban en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud. De estos, 20,7% estaban registrados como técnico en salud bucal y 67,9% como auxiliar de salud bucal. En los grupos focales, fueron identificadas tres categorías temáticas: interés de los gestores; tipo de vínculo de trabajo; y valorización profesional. Fue concluido que la mayoría estaba inserida en el Sistema Único de Salud, pero como auxiliar de salud bucal. En la visión de los licenciados, faltan interés por parte de los gestores para contratación de técnicos en salud bucal, vínculos de trabajo más estables y mayor valorización profesional.

**Palabras clave** higienistas dentarios; asistentes de odontología; auxiliares de odontología; personal técnico de salud; grupos focales.

## Notas

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

<arinilsonchaves@hotmail.com>

Correspondência: Rua José Bonifácio, 1.193, Vila Mendonça, CEP 16015-050, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Infantil e Social, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

<cgarbin@foa.unesp.br>

<sup>3</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Infantil e Social, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

<agarbin@foa.unesp.br>

<sup>4</sup> Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<elisfarias@yahoo.com.br>

<sup>5</sup> Prefeitura Municipal de Limoeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Ceará, Brasil.

<betamcl@hotmail.com>

<sup>6</sup> Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<ondina.canuto@esp.ce.gov.br>

<sup>7</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Infantil e Social, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

<asaliba@foa.unesp.br>

## Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BONAN, Paulo R. F. et al. Perfil de técnicos em higiene dental quanto à prática profissional, à educação permanente e ao trabalho em serviço público. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 180-185, 2009.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 9 ago. 1943. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 abr. 1991. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabe-

lece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2000a, Seção I, p. 85.

BRASIL. Lei 9.962, de 22 de fevereiro de 2000. Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2000b, Seção I, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Política nacional de saúde bucal*. 2004a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jul. 2004b, Seção I, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jan. 2004c, Seção I, p. 55.

BRASIL. Lei n. 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 República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2008, Seção I, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção

Básica. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família*. 2014a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/cnsb/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/dab/cnsb/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 8 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Serviços especializados de atenção em saúde bucal no Ceará*. 2014b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=114&VListar=1&VEstado=23&VMun=&VTerc=&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=114&VListar=1&VEstado=23&VMun=&VTerc=&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>)>. Acesso em: 8 ago. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). *Distribuição dos profissionais por município*. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/municipios\\_brasil.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/municipios_brasil.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2014.

EATON, Kenneth A. et al. A survey of dental hygienists in the United Kingdom in 2011: part 1 – demographics and working patterns as dental hygienists. *British Dental Journal*, London, v. 213, n. 10, p. E18, 2012.

ESPOSTI, Carolina D. D. et al. O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 372-385, 2012.

FREIRE, Ana C. G. F. et al. O conhecimento das funções e a formação dos auxiliares odontológicos atuantes no serviço público de saúde de municípios do noroeste paulista. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 13, n. 3, p. 5-9, 2011.

GARBIN, Artênio J. I. et al. Avaliação do conhecimento, formação e capacitação do THD e ACD no desenvolvimento das atividades no Sistema Público de Saúde. *Omnia Saúde (FAI)*, Adamantina, v. 4, n. 2, p. 25-31, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional*

por amostra de domicílio 1998: análise dos resultados. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em: 10 ago. 2014.

JONGBLOED-ZOET, Corrie et al. Dental hygienists in the Netherlands: the past, present and future. *International Journal of Dental Hygiene*, Falun, v. 10, n. 3, p. 148-154, 2012.

KOVALESKI, Douglas F.; BOING, Antônio F.; FREITAS, Sérgio F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. *Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara*, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2005.

LEITE, Dayane F. B. M. et al. Perfil socioeconômico dos alunos concluintes dos cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal. *Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara*, v. 41, n. 2, p. 95-101, 2012.

LIÑAN, Márcia B. G.; BRUNO, Lúcia, E. N. B. Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 327-366, 2007.

MATTOS, Grazielle C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

QUELUZ, Dagmar P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, v. 20, n. 49, p. 270-280, 2005.

SANGLARD-OLIVEIRA, Carla A. et al. Exploring professionalization among Brazilian oral health technicians. *Human Resources for Health*, London, v. 10, p. 5, 2012.

SILVA, Maria P. et al. Percepção de equipes de saúde bucal no norte de Minas Gerais sobre a formação de técnicos em saúde bucal do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 69-85, 2014.

SOUZA, Djalmo S. et al. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 7-29, 2001.

TRAD, Leny A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

---

Recebido em 31/08/2014

Aprovado em 28/11/2014