

**“A contribuição do curso de formação profissional de auxiliar em saúde bucal na prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos”**

*por*

***Jaqueline Alves Lopes Sartori***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Helena Magalhães de Mendonça*

***Rio de Janeiro, novembro de 2009.***



*Esta dissertação, intitulada*

**“A contribuição do curso de formação profissional de auxiliar em saúde bucal na prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos”**

*apresentada por*

***Jaqueline Alves Lopes Sartori***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Marcos Antônio Albuquerque De Senna

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Carvalho de Mesquita Werner Wermelinger

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Magalhães de Mendonça – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 27 de novembro de 2009.*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

S251 Sartori, Jaqueline Alves Lopes

A contribuição do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal na prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos. / Jaqueline Alves Lopes Sartori. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

86 f., tab., graf.

Orientador: Mendonça, Maria Helena Magalhães de

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2009

**Aos meus pais, Maria Tereza e José Lopes Jr**  
**Exemplos de vida, luta e amor.**  
**A quem devo tudo que sou.**  
**Obrigada por tudo.**  
**Amo muito vocês.**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, força maior que me guia e orienta.

Ao meu filho Victor, meu grande amor. Obrigada por todo o apoio e compreensão nos momentos mais difíceis e nas minhas ausências.

Ao Célio, meu marido, por ter conseguido sobreviver às minhas desordens em meio a textos, livros e correria, e por ter “segurado as pontas” nas minhas vindas ao Rio de Janeiro.

À minha irmã Denise e meu sobrinho Rodrigo, pelo estímulo, torcida e exemplos de amor ao próximo.

À Lourdinha, minha querida madrinha, que apesar de distante, torceu muito por mim, desde os primeiros momentos desta jornada.

À minha orientadora Dra. Maria Helena Magalhães Mendonça, que soube com sua calma me orientar e incentivar para que seguisse até o fim desta jornada. Os poucos momentos juntos foram muito enriquecedores para mim. Serei eternamente grata pelo carinho e apoio.

Aos Professores Antenor Amâncio e Sergio Pacheco, coordenadores deste Mestrado, pelo carinho, empenho e dedicação.

À Luzimar, secretária deste Mestrado, pela grande ajuda que deu em todos os momentos deste curso e por estar presente sempre que precisamos. Você não existe!

À Cecília, que após longos anos trabalhando juntas, só agora permitimos nos conhecer realmente. Obrigada por dividir estes momentos tão íntimos, tão gostosos, tão sofridos e tão maravilhosos!

Às colegas e ao colega deste Mestrado. Como foi bom conhecer e conviver com todos vocês nestes 17 meses. Sentirei muita falta do carinho de todos. Obrigada por estes momentos tão gostosos e enriquecedores. Aprendi muito com todos vocês

À Suely Miyashiro, atual diretora do CEFOR, que no momento do processo seletivo deste Mestrado era a diretora da ETSUS-SP e permitiu que eu participasse.

À Verônica Cavalcante diretora da ETSUS-SP ao longo de quase todo o mestrado, mas acima de tudo, amiga, que sofreu com minhas ausências, mas soube me incentivar.

À Betina Dalarmelino, atual diretora da ETSUS-SP, que também soube incentivar e estar partilhando das angústias e também das alegrias.

Às amigas Alva Helena e Vera Barros, que no momento inicial da preparação do Projeto para candidatar-me à vaga do Mestrado, tiveram um papel muito significativo. Sem vocês, penso que não estaria aqui hoje.

Às amigas Suely Ferreira e Tânia Escobar e ao meu filho Victor, pela ajuda que me deram na realização da pesquisa com o grupo focal. Sem vocês, não teria realizado com a mesma qualidade.

Às companheiras da Equipe de Saúde Bucal da ETSUS-SP, Nilva Kitani e Suely Ferreira, pela união, companheirismo, por terem segurado as pontas nas minhas ausências, pelas conversas e trocas e por todo o apoio.

À querida Angela, por ter realizado a formatação com o maior empenho.

À toda a equipe da ETSUS-SP, pela torcida.

À equipe de Multimeios do CEFOR, na figura do Afrânio, pelo empenho na elaboração do material audio-visual para apresentação do trabalho.

Aos colegas do CEFOR, que direta ou indiretamente participaram deste processo, agradeço o apoio e amizade.

À equipe da ETSUS-Leste I, por terem cedido o espaço físico para a realização dos grupos focais.

Aos alunos e docentes que aceitaram prontamente participar da pesquisa, pelas experiências e exemplos que marcarão para sempre a minha trajetória profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa do Secretário de Saúde, Januário Montone, por permitir a participação neste mestrado.

À todos meus queridos amigos que mesmo à distancia participaram com a torcida e o carinho.

Enfim, peço perdão se tiver esquecido alguém, é muito difícil nomear a todos, mas sintam-se incluídos em cada um dos agradecimentos acima. Ninguém se faz sozinho, muito obrigada a todos que participaram direta e indiretamente deste trabalho.

## **EPIGRAFE**

**“Se educação sozinha não transforma a sociedade  
sem ela tão pouco a sociedade muda.”**

**Paulo Freire**

## **RESUMO**

O serviço de Saúde Bucal no município de São Paulo é realizado pela rede de Unidades Básicas de Saúde, englobando unidades com e sem Estratégia Saúde da Família. O trabalho em equipe é uma prioridade na saúde bucal e busca uma maior qualidade no atendimento e uma mudança do modelo de atenção. A Escola Técnica do SUS do Município de São Paulo oferece cursos de formação profissional com vistas a capacitar trabalhadores mais comprometidos com o SUS, onde os alunos aprendem praticando e, ao praticar, se apropriam dos princípios científicos que estão na base da organização do trabalho em saúde. Alunos e profissionais de Saúde Bucal que atuam como docentes buscam modificar o próprio processo de trabalho, promovendo uma nova prática com vistas à mudança do perfil epidemiológico e do modelo de atenção. A Qualificação do Auxiliar em Saúde Bucal é uma das etapas (itinerário) da formação do Técnico em Saúde Bucal. O Currículo do Técnico em Saúde Bucal tem como pressuposto contribuir para a melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal prestada à população, rompendo com as barreiras de uma visão fragmentada e parcial da atenção. O objetivo principal deste estudo é analisar mudanças ocorridas na prática dos serviços de saúde bucal e na vida pessoal dos egressos e dos docentes/odontólogos, que participaram do curso de formação profissional em Saúde Bucal, realizado na ETSUS-SP, na região Leste do Município de São Paulo, entre dezembro de 2003 e agosto de 2005. A pesquisa é de natureza qualitativa. O método escolhido é a entrevista de Grupo Focal dirigida aos egressos do curso e aos odontólogos que atuaram como docentes deste curso. A técnica do grupo focal oferece oportunidade para o desenvolvimento de teorizações em campo, a partir do ocorrido e do falado e é muito utilizada na área da saúde. Para definir o perfil dos participantes aplicou-se aos mesmos um questionário antes da realização dos grupos focais. O material obtido foi digitado, interpretado e analisado em seu conteúdo temático. Os resultados apontam que a formação profissional oferece aos egressos a oportunidade de retomarem os estudos formais, pela exigência de certificado de ensino fundamental, a possibilidade de ascensão profissional e o reconhecimento de um trabalho mais qualificado por parte de gestores, colegas de trabalho, usuários das unidades de saúde, familiares e comunidade. O aprendizado traz uma consciência mais crítica aos egressos, que se mostram capazes de atuar como formadores de opiniões e promover mudanças de hábitos e atitudes em sua vida pessoal e profissional. Eles se percebem portadores de direitos por meio do incentivo de uma política pública. Aos odontólogos/docentes, a participação neste processo de formação trouxe a possibilidade

de se atualizarem, reverem a própria prática e retomarem os estudos. Conclui-se que a metodologia da problematização, usada pela ETSUS-SP propicia momentos de reflexões aos atores envolvidos e faz com que se sintam sujeitos participativos de ações transformadoras em um contexto mais amplo do ponto de vista social, econômico e político.

**Palavras-chave: Educação Profissional em Saúde, Modelo de Atenção em Saúde Bucal, Auxiliar em Saúde Bucal, Técnico em Saúde Bucal, Educação Permanente.**

## **ABSTRACT**

The Buccal Health service in the city of São Paulo is performed by the net of the Health Basic Units which comprehends units with or without Family Health Strategy. Team work is a priority in mouth/buccal/oral health and aims at better quality service and a change in the attention pattern. The SUS Technical School in the City of São Paulo offers courses for professional capacitation with the intent to qualify professionals who are more committed to the SUS, where students learn through practice, and by doing so, get hold of the scientific principles that are on the basis of health work organization. BH students and professionals who perform as professors aim at changing the work process itself, promoting a new practice with a view to changing the epidemiological profile and the attention pattern. The Capacitation of the Dentist's Office's Assistant is one of the steps (itinerary) in the capacitation of the Buccal Health Technician. The Buccal Health Technician's curriculum should contribute to the improvement in the attention quality in the buccal health supplied to the population, breaking the barriers of a partial and fragmented vision of attention. This study's main objective is to analyze changes that took place in the practice of buccal health service and in the personal lives of the graduates and the professors/odontologists who took part in the course for the professional capacitation of Dentist's Office's Assistants that took place at ETSUS-SP in the eastern region of the city of São Paulo, between December 2003 and August 2005. The research has a qualitative nature. The method chosen is the Focal Group interview directed to graduates and the odontologists who are professors there. The focal group technique provides the opportunity for the development of field theories based on what happened and what is told, and is often used in the health area. In order to define the profile of respondents, they were given a questionnaire before focal groups took place. The material obtained was typed, interpreted and analyzed in its thematic content. The results show that professional capacitation offers graduates the opportunity to go back to formal studies because of the demands of a secondary education certificate and the possibility of professional development and the acknowledgment of more qualified work on the part of managers, workmates, users of health units, members of the family and the community. The apprenticeship promotes a more critical awareness in the graduates who have shown their ability to perform as opinion makers and to promote the change of habits and attitude in their personal and professional lives. They understand they have rights through the incentive of a public policy. For

odontologists/professors, taking part in this capacitation process makes it possible for them to update their knowledge, to reexamine their own practice and resume their studies. We conclude that the problematization methodology used by ETSUS-SP favors moments of reflex ion for those involved, and makes them feel they are individuals taking part in transformative actions in a wider context from the social, economical and political point of view.

**Key words: Professional Education in Health, Attention Pattern in Buccal Health, Buccal Health Assistant, Buccal Health Technician, Permanent Education.**

## Sumário

<b>1. CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. CAPÍTULO II - MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>09</b>
<b>2.1. O GRUPO FOCAL.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. A COLETA DE DADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3. CAPÍTULO III – MARCOS CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1. MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAUDE BUCAL NO BRASIL.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A CONSTRUÇÃO DE UM                 NOVO MODELO.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.2. A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA                 SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.3. A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.4. A SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.1. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2.2. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO                 PAULO - ETSUS-SP .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3. PILARES DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA ETSUS-SP</b>	<b>39</b>
<b>3.3.1. TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3.2. EDUCAÇÃO NA PERSPECTIVA HISTÓRICO CRÍTICA.....</b>	<b>40</b>
<b>3.3.3. METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>3.3.4. CURRÍCULO INTEGRADO.....</b>	<b>45</b>
<b>4. CAPÍTULO IV – RESULTADOS DO ESTUDO E ANÁLISE DAS TRANSFORMAÇÕES DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DO CURSO.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1. PERFIL DOS DOCENTES E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE O CURSO         DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ASB.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1.1 PRÁTICA PROFISSIONAL.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1.2 VIDA PESSOAL.....</b>	<b>53</b>
<b>4.2. PERFIL DOS EGRESSOS E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE O CURSO         DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ASB.....</b>	<b>55</b>
<b>4.2.1 PRÁTICA PROFISSIONAL.....</b>	<b>57</b>

4.2.2 VIDA PESSOAL.....	61
4.3. ANÁLISE SOBRE OS EFEITOS DO CURSO SOBRE AS PRÁTICAS SOCIAIS EM SAÚDE BUCAL.....	63
5. CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXO 1 – Instrumento de Identificação do Egresso .....	79
ANEXO 2 - Instrumento de Identificação do Docente.....	81
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	83
ANEXO 4 – Roteiro de Grupo Focal – Docente.....	85
ANEXO 5 - Roteiro de Grupo Focal – Egressos.....	86

## **Lista de abreviações**

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

THD - Técnico em Higiene Dental

CD - Cirurgião Dentista

MS - Ministério da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FIO - Federação Interestadual de Odontologia

CFO - Conselho Federal de Odontologia

ABO - Associação Brasileira de Odontologia

ABCD - Associação Brasileira de Odontologia

ASB - Auxiliar em Saúde Bucal

TSB - Técnico em Saúde Bucal

ETSUS - Escola Técnica do Sistema Único de Saúde

ETSUS-SP - Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo

ETSUS Leste I - Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo- Região de São Miguel e Ermelino Matarazzo

SMS-SP - Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo

UB - Unidade Básica

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

USF- Unidade de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

CEP-ENSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SI - Sistema Incremental

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social

OI - Odontologia Integral

PIA - Programa de Inversão da Atenção

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PAS - Plano de Assistência à Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ESB - Equipe de Saúde Bucal

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial  
CFE - Conselho Federal de Educação  
DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissível/ Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida  
PA - Pronto atendimento  
PS - Pronto Socorro  
SENAI- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
SENAC- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial  
CNE- Conselho Nacional de Saúde  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
MEC- Ministério da Educação e Cultura  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde.  
RETSUS - Rede de Escolas Técnicas do SUS  
PROFAE- Programa de Formação dos Auxiliares de Enfermagem  
FAT- Fundo de Amparo ao Trabalhador  
MT- Ministério do Trabalho  
CEFOR - Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde  
CRH - Coordenadoria de Recursos Humanos  
CME - Conselho Municipal de Educação  
DOM - Diário Oficial do Município  
PLE - Projeto Larga Escala

## 1. CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objeto o curso de formação profissional em Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), que é uma categoria auxiliar que, juntamente com o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Cirurgião Dentista (CD), compõem a equipe de Saúde Bucal. A proposta de reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, conduzida pelo Ministério da Saúde, por meio da implantação da Estratégia Saúde da Família, reconhece a importância da inserção desses profissionais para mudar a prática e o modelo de atenção. A regulamentação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 reforça esta tendência quando se posiciona “para operar esta transformação, é preciso romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças”<sup>1</sup>.

No transcurso desta investigação a denominação e as competências dos auxiliares e técnicos no campo da Saúde Bucal são alteradas pela Lei nº 11.889,<sup>2</sup> de 24/12/2008, após longos anos de lutas envolvendo várias entidades, entre elas, a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Odontologia (ABO Nacional) e a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD).

Assim a denominação de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) passa para ASB e de Técnico de Higiene Dental (THD) passa para TSB, nomes já adotados pelo estudo.

A incorporação desses profissionais à equipe de saúde bucal visa:

- a racionalização do trabalho;
- o aumento da produtividade e da qualidade no trabalho;
- o desenvolvimento científico-tecnológico;
- as mudanças nas práticas e nos modelos de assistência.

O Curso de Formação Profissional em ASB objeto deste estudo é realizado pela Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo (ETSUS-SP). A ETSUS-SP elaborou um itinerário voltado para a formação de pessoal auxiliar de Saúde Bucal em três módulos, distribuídos conforme Quadro 1:

### Quadro 1- Itinerário formativo do Técnico em Saúde Bucal

Módulo I	É o início do itinerário da educação profissional na área de saúde bucal. Sua conclusão não dá direito à certificação. É pré-requisito dos Módulos II e III.
Módulo II ASB	A conclusão dá direito ao certificado de Qualificação Profissional em Auxiliar em Saúde Bucal. É pré-requisito do Módulo III.
Módulo III TSB	A conclusão dá direito ao diploma de Habilitação Profissional de Técnico em Saúde Bucal.

Fonte: São Paulo, 2008<sup>3</sup>

No Módulo I, o aluno inicia o itinerário da Educação Profissional com o objetivo de desenvolver competências comuns a todos os profissionais da área da saúde. Pretende servir de alicerce para a construção de um universo teórico-conceitual de análise e reflexão crítica na área da saúde, a partir de manifestações concretas do cotidiano, com o objetivo de transformar a prática do trabalhador-cidadão e contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Aponta para a perspectiva de interdisciplinaridade da atenção e integração dos diferentes técnicos no cuidado integral à saúde, fazendo uma primeira aproximação com o conteúdo específico de saúde bucal.

O currículo do Curso de Auxiliar em Saúde Bucal acompanhou os mesmos princípios que norteiam a proposta pedagógica da escola: a integração ensino-serviço; a flexibilização e descentralização na organização dos cursos; o desenvolvimento de uma percepção crítica em relação ao conteúdo técnico e ao contexto sócio-cultural do trabalho; abrangência na formação (cultural-geral e profissional).

No Módulo II, o aluno irá desenvolver as competências específicas do Auxiliar em Saúde Bucal e, no Módulo III, desenvolverá as competências específicas do Técnico em Saúde Bucal.<sup>3</sup>

O currículo de Técnico em Saúde Bucal tem como pressuposto contribuir para a melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal prestada à população, rompendo com as barreiras de uma visão fragmentada e parcial da atenção.

Em 2002, a ETSUS-SP juntamente com a Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), pleiteou financiamento junto ao Ministério da Saúde (MS) para realizar a formação profissional de ASB com vistas à

implantação do novo modelo de atenção em Saúde Bucal. Modelo este, que deixa para trás a prática isolada do cirurgião dentista, com ausência de enfoque epidemiológico, considerando apenas a determinação biológica da doença, focando agora a atenção no atendimento integral, numa visão mais ampla do processo saúde-doença, incorporando o pessoal auxiliar no trabalho em equipe a 4 e 6 mãos<sup>4</sup>.

Para isto, fez-se o levantamento das necessidades de formação e de interessados em fazer o curso. Foi apontada a necessidade de formar 10 turmas de ASB no município de São Paulo, demanda esta apontada pelos coordenadores de Saúde Bucal das várias regiões do município.

Foram planejadas 7 turmas iniciais que aconteceriam nas 4 regiões do município de São Paulo: 4 turmas na Região Leste, 1 turma na Região Sudeste, 1 turma na Região Norte e 1 turma na Região Sul. Nas regiões onde houve maior número de interessados do que o número de vagas oferecidas foi realizado um processo seletivo através de prova de conhecimentos gerais e entrevistas. Foram também levantados os profissionais interessados em ser docentes do curso, que poderiam ser cirurgiões dentistas ou outros profissionais da área de saúde que tivessem conhecimento de Saúde Pública.

A proximidade física dos alunos e profissionais aos locais onde se realizam os cursos descentralizados facilita pedagogicamente a relação da teoria com a prática favorecendo o aprendizado, o trabalho em equipe, a organização do modelo de atenção à saúde bucal local, possibilitando o aumento do número de matrículas nas turmas e viabilizando o direito dos trabalhadores ao processo de educação formal<sup>5</sup>.

O currículo e os materiais didático-pedagógicos do curso foram elaborados com a participação de cirurgiões dentistas que trabalhavam nas Unidades Básicas e Centros de Especialidades para que trouxessem a experiência da prática local para a construção das propostas de atividades pedagógicas e sugestões de textos que poderiam ser trabalhados junto aos alunos.

A ETSUS-SP realizou as capacitações pedagógicas e técnico-pedagógicas para os docentes. As capacitações pedagógicas são oficinas onde os docentes são preparados para exercerem esse papel. Eles são aproximados das diferentes pedagogias, apresentados à proposta pedagógica da escola e são trabalhadas as diversas metodologias da educação. Nas capacitações técnico-pedagógicas são reforçados os conteúdos pedagógicos e trabalhados os conteúdos que serão desenvolvidos nas unidades de ensino-aprendizagem do curso.

A composição das turmas se apresenta na tabela 1:

**Tabela 1-** Composição das turmas, por região, nome da unidade executora, local e número de alunos, São Paulo-2003.

<b>Região</b>	<b>Nome da Unidade da ETSUS</b>	<b>Local</b>	<b>Nº de alunos</b>
Turma 1 - Norte	Norte I	Santana	19
Turma 2 - Sul	Cefor	Vila Olímpia	24
Turma 3 - Leste	Leste II	São Matheus	20
Turma 4 - Leste	Leste I	São Miguel Paulista	24
Turma 5 - Sudeste	Sudeste I	Ipiranga	26
Turma 6 - Leste	Leste I	São Miguel Paulista	29
Turma 7 - Leste	LesteII	São Matheus	17
Turma 8 - Sudeste	Sudeste II	Penha	20
Turma 9 - Centro-Oeste	Centro-oeste	Pinheiros	18
Turma 10 - Norte	Norte II	Freguesia do Ó	23
Total			220

Fonte – ETSUS-SP

Escolheu-se, para fins do estudo realizado, trabalhar com a Região Leste, pelo fato das turmas serem compostas por alunos que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas sem estratégia Saúde da Família (UBS). Esta região de São Paulo foi a primeira a incorporar a Estratégia de Saúde da Família na atenção primária em saúde, que é o modelo proposto pelo Ministério da Saúde para apoiar a reorientação da atenção e organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta região foram formadas 4 turmas, conforme mostra a tabela 2.

**Tabela 2-** Turmas do curso de ASB organizadas na Região Leste por local, período de execução, n.total de alunos, alunos inseridos no PSF e em UBS

<b>Região</b>	<b>Nº da turma</b>	<b>Local</b>	<b>Período</b>	<b>Nº total de alunos</b>	<b>Alunos em USF</b>	<b>Alunos em UBS</b>
<b>Leste II</b>	3	São Matheus	Manhã	20	4	16
<b>Leste I</b>	4	São Miguel	Manhã	24	7	17
<b>Leste II</b>	6	São Matheus	Tarde	29	12	17
<b>Leste I</b>	7	São Miguel	Tarde	17	-	17
<b>Total</b>				90	23	67

Fonte – ETSUS-SP

A relevância deste estudo está em permitir conhecer as transformações ocorridas na vida profissional e pessoal dos atores envolvidos no processo de formação (alunos e docentes). Acredita-se que os resultados possam contribuir para o aperfeiçoamento da formação profissional enquanto proposta de educação permanente, tornando-a proposta efetiva da Secretaria Municipal da Saúde e subsidiar discussões que contribuam para a qualificação dos trabalhadores da saúde, permitindo assim, uma revisão da política de formação de recursos humanos em saúde bucal.

Assim, as questões que nortearam este trabalho voltam-se para os atores envolvidos:

- A formação profissional dos ASB promoveu mudanças na forma de pensar e agir destes trabalhadores, tanto no trabalho quanto na vida pessoal?

- Como os ASB, egressos do curso de formação percebem o resultado do curso na sua prática profissional?

- A participação como docente no curso de formação profissional dos ASB acarretou mudanças na prática profissional dos odontólogos e em sua vida pessoal?

- O processo de formação dos ASB promoveu mudanças no âmbito das práticas sociais de Saúde Bucal na atenção primária em saúde e na organização do processo de trabalho?

- Houve mudança na sua “visão de mundo”?

Tendo em vista que a indagação principal desse estudo se refere à formação profissional e às mudanças da prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos na qualificação profissional do ASB, este estudo tem como objetivo geral analisar mudanças ocorridas na prática dos serviços de saúde bucal e na vida pessoal da equipe de saúde bucal a partir do curso de formação profissional realizado na ETSUS- SP, unidades Leste I e II situadas na região Leste do município de São Paulo, entre dezembro de 2003 e agosto de 2005. Como objetivos específicos, constitutivos busca:

1 - Identificar junto aos egressos do curso de qualificação para Auxiliar em Saúde Bucal oferecido pela ETSUS-SP nos serviços de saúde bucal da região leste do Município de São Paulo, sua percepção sobre a contribuição que o curso trouxe à sua vida profissional e pessoal.

2 - Identificar junto aos odontólogos que participaram como docentes do curso de qualificação dos ASB oferecido pela ETSUS-SP, nos serviços de saúde bucal da região leste do Município de São Paulo, sua percepção sobre a contribuição que o curso trouxe à sua vida profissional e pessoal

3 - Analisar junto aos dois grupos as mudanças ocorridas que favorecem ou dificultam uma nova prática da equipe de saúde bucal dentro do contexto de mudança de modelo de atenção.

Cabe lembrar que este trabalho reflete a vivência e a experiência acumuladas pela pesquisadora ao longo de sua trajetória profissional como odontóloga, docente de curso de formação profissional e coordenadora dos cursos de formação profissional da área de saúde bucal da ETSUS-SP.

O contexto em que a pesquisa se desenvolveu - o curso de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que teve como objetivo, formar profissionais para atuar no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde teve importante papel pelo no seu resultado. A clientela deste Mestrado Profissional é de dirigentes e docentes das Escolas Técnicas do SUS e gestores de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde, pertencentes ao quadro de pessoal efetivo e procedente das regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste.

O Ministério da Saúde ao detectar a necessidade de aprimorar a formação dos gestores tanto na área de educação, representada pela Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, estabeleceu um programa de formação específico no sentido de contribuir para que os mestrandos dessas duas

realidades (educação e serviço) se tornassem multiplicadores das idéias, fortalecendo as diretrizes e princípios do SUS.

O seu programa foi dividido em quatro linhas de pesquisa: Políticas Públicas e Sistemas de Saúde; Trabalho e Organização Profissional; Gestão de Pessoas e Gestão nos Sistemas de Saúde e Políticas e Processos Educacionais. Foi resultado de uma concorrência pública estabelecida entre a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Ministério da Saúde, na qual a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca foi uma das instituições classificadas para ofertá-lo.

Esta dissertação se desenvolve em quatro capítulos.

O **Capítulo I** introduz o objeto da dissertação, que é o curso de formação de Auxiliar em Saúde Bucal realizado pela ETSUS-SP no período de 2003 a 2005 na região Leste do município de São Paulo. Aponta a sua relevância e explicita os objetivos geral e específicos da mesma.

O **Capítulo II** aborda os Materiais e Métodos utilizados para a apreensão do objeto deste estudo. Relata a adoção e uso da técnica de entrevista de grupo focal como estratégia para captação das transformações ocorridas na vida pessoal e na prática dos profissionais envolvidos na formação. A principal característica da técnica de grupo focal reside em se trabalhar com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre o tema em estudo. Em paralelo, utiliza um questionário fechado para traçar o perfil dos entrevistados.

O **Capítulo III** discorre sobre os marcos conceituais e contextuais que embasam este trabalho, faz um breve histórico dos Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil até mostrar como está organizada, no momento, a Saúde Bucal no Município de São Paulo. Fala também sobre a Educação Profissional em Saúde: a proposta no Brasil e no Município de São Paulo, realizada pela ETSUS-SP. Finaliza com a apresentação dos pilares norteadores do projeto pedagógico da escola.

O **Capítulo IV** apresenta os resultados desta pesquisa. A análise do grupo focal levantou categorias entre as quais a metodologia da problematização que relatam aplicar em todos os momentos profissionais e pessoais e o retomar dos estudos pelos participantes foram os mais relevantes.

E finalmente o **Capítulo V** aponta a discussão e as considerações finais deste estudo e pretende contribuir para que possa se pensar uma política que reconheça a importância da formação profissional em saúde enquanto proposta de educação

permanente baseada nas contribuições que o processo de formação em serviço traz à mudança de práticas e à vida pessoal dos atores envolvidos, conforme apontado neste estudo.

## 2. CAPÍTULO II - MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é de natureza qualitativa, e visa levantar a percepção dos egressos e dos docentes, que participaram do curso de Qualificação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal, elementos que forneçam subsídios para analisar a contribuição que o curso de formação profissional em auxiliar de consultório dentário trouxe para a prática dos serviços de saúde bucal e para a vida desses profissionais.

O método empregado foi a entrevista em grupo no formato de grupo focal que segundo Morgan<sup>6</sup>, permite a observação de um grupo em um determinado período de tempo, com grande interação acerca de um tema específico e, além de possibilitar trabalhar com um número maior de participantes em um espaço menor de tempo, oportuniza ao entrevistador perceber, durante as reuniões, manifestações de sentimentos, opiniões e pareceres sobre o tema investigado.

A técnica do grupo focal requer esforços analíticos que a (re) interpretem e trabalhem em consonância com as demandas dos cidadãos, colocando-a em posição de destaque no campo metodológico.

*...é preciso assinalar que, assim como quaisquer outras técnicas, a de grupos focais não é capaz de iluminar por si própria os caminhos metodológicos de uma pesquisa social, nem tampouco condicionar ou influenciar a escolha de seus objetos e objetivos. Ao contrário, sua escolha encontra-se condicionada à orientação teórico metodológica da investigação, do objeto de investigação e da real necessidade de dados e informações a serem coletados. Tal postulação não implica a afirmação de que a técnica é um elemento secundário da pesquisa social, mas sim a de que ela não possui autonomia metodológica para reger ou definir sua própria utilização<sup>7</sup>.*

Ainda Cruz Neto; Moreira e Sucena,<sup>7</sup> defendem que:

*“os próprios pesquisadores devem realizar os grupos focais, uma vez que a proximidade, o estudo e o conhecimento do objeto de investigação são de fundamental importância para o bom desenvolvimento da técnica, da mesma maneira que a participação no processo de debate é vital para a interpretação das informações obtidas”.*

Segundo Krueger,<sup>7</sup>

*“o número de participantes de um grupo focal é condicionado por dois fatores: deverá se pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas idéias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões. Quantificando esse raciocínio, podemos concluir que uma sessão de grupo focal deve ser composta por no mínimo quatro e no máximo doze pessoas.”*

Segundo Gatti<sup>8</sup>, por ser uma técnica de levantamento de dados que se produz pela dinâmica interacional de um grupo de pessoas, com um facilitador, seu emprego exige alguns cuidados metodológicos e certa experiência do facilitador em trabalhar com grupos. O foco no assunto em pauta deve ser mantido, porém em um clima aberto às discussões. Os participantes precisam sentir confiança para expressar as suas opiniões, em uma participação ativa.

O trabalho com grupos focais oferece boa oportunidade para o desenvolvimento de teorizações em campo, a partir do ocorrido e do falado. No Brasil, a área da saúde é a que tem utilizado com maior frequência os grupos focais em trabalhos de pesquisa e avaliação, mas essa técnica vem tendo seu uso ampliado em vários outros campos, como os da psicologia, da educação, do serviço social e da sociologia, segundo Gatti<sup>8</sup>.

## **2.1. O GRUPO FOCAL**

Ao chegarem para a realização da entrevista, os participantes receberam um instrumento de identificação para preenchimento, que continha um pequeno questionário de apoio à construção de um breve perfil dos docentes e dos egressos.

Para o momento dos grupos, a pesquisadora contou com a ajuda de um assistente de áudio, que ficou encarregado das gravações, ver o melhor local e posição para os gravadores, testá-los e acompanhar toda a gravação para interceder caso fosse necessário. No grupo de egressos, foram duas relatoras que sem fazer intervenção no grupo, fizeram anotações cursivas do que se passou e do que se falou. Já no grupo de docentes, tivemos a participação de apenas uma relatora. A pesquisadora, enquanto moderadora, também fez anotações de algumas falas que considerou importante não perder.

Morgan <sup>6</sup> discute bem essas questões ligadas aos registros, chamando a atenção para o que se ganha e o que perde pelas escolhas feitas. A utilização de gravação em vídeo pode deixar os participantes inibidos pela exposição da própria imagem. Daí termos escolhido trabalhar apenas com gravação de áudio.

Antes de iniciar o grupo focal, foi reiterada a proposta da pesquisa, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido e após todos preencherem e assinarem uma via para ser devolvida à pesquisadora, recebiam uma via assinada pela mesma.

A pesquisadora que no momento do grupo foi também a moderadora, se apresentou e solicitou aos participantes que também o fizessem. Os objetivos do encontro foram explicitados assim como o porquê da escolha dos participantes. A forma de registro do trabalho foi explicitada e obtida à anuência dos participantes. Reforçou-se a explicitação de que devido ao pequeno número de participantes, o sigilo absoluto das identidades dos participantes não poderia ser dado, mas foi dada a garantia do sigilo dos registros. Foi solicitado aos participantes que procurassem falar um por vez e claramente para permitir uma boa gravação.

Deixou-se claro que todas as idéias e opiniões interessavam e que não havia certo ou errado, bom ou mau argumento. Ali era um espaço para colocarem as suas opiniões.

A função do moderador inclui, entre outras ações, manter produtiva a discussão, garantir que todos participantes exponham as suas idéias, impedir a dispersão da questão em foco e evitar a monopolização da discussão por um dos participantes<sup>8</sup>.

Ao final da atividade do grupo o moderador deu a palavra para que os participantes falassem o que quisessem antes que concluíssem o trabalho.

Ao término de cada grupo focal, a moderadora e os anotadores, sentaram para trocar informações e complementar as anotações realizadas, evitando assim, perder informações que não foram anotadas.

O grupo transcorreu muito bem, todos estavam bem à vontade. Em algumas questões eles se empolgavam mais e falavam ao mesmo tempo, mas retornavam depois a falar individualmente com vistas à gravação.

Para a interpretação das entrevistas utilizamos a metodologia da Análise de Conteúdo, que tem como ponto de partida, a mensagem, sendo ela verbal, gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada<sup>9</sup>.

*“as mensagens expressam as representações sociais na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento. (opus. citi).”*

Esta relação acontece na prática social e histórica da humanidade e se generaliza via linguagem e tem reflexos na vida cotidiana, influenciando a comunicação e a expressão das mensagens e também os comportamentos.

*“... para compreender melhor a relação que se estabelece entre o comportamento humano e as representações sociais, devemos partir da análise do conteúdo das representações e considerar, conjuntamente, os afetos, as condutas, os modos como os atores sociais compartilham crenças, valores, perspectivas futuras e experiências afetivas e sociais”<sup>9</sup>.*

Os eixos temáticos, caracterizados a partir das falas serão apresentados no capítulo IV, destacando-se algumas citações, no intuito de prover evidências e ampliar a compreensão do leitor acerca do debate. A partir da análise temática buscou-se, no processo de inferência, identificar significados para as ações e percepções dos entrevistados que permitissem ampliar a compreensão do objeto deste estudo<sup>10</sup>.

### **Os sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos desta pesquisa foram os alunos/trabalhadores, egressos do curso de formação profissional de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) das ETSUS-Leste I e II e os cirurgiões dentistas que trabalham na rede e que atuaram como docentes neste curso. O curso que é objeto desta pesquisa teve início em novembro de 2003 e terminou em agosto de 2005.

A escolha destas unidades da ETSUS se deve ao fato de somente esta região do município de São Paulo, na época que aconteceu o curso, apresentar unidades que trabalhavam com a estratégia Saúde da Família e unidades que não trabalhavam sob esta estratégia, supostamente se organizando de forma tradicional. O objetivo desta escolha era identificar se existiram diferenças ou mudanças nos processos de trabalho em função do modelo de atenção (ESF ou UBS).

Os grupos foram compostos a partir de alguns critérios associados aos objetivos da pesquisa e aos resultados que a pesquisa deseja alcançar. A sua composição foi baseada em características comuns dos participantes. Todos participaram como

alunos ou docentes das turmas que aconteceram nas ETSUS- Leste I (abrange os bairros de São Miguel Paulista e Itaim Paulista) e ETSUS- Leste II (abrange os bairros de São Mateus, Cidade Tiradentes e Guaianases), onde cada turma tem a sua especificidade, buscando encontrar opiniões diferentes ou divergentes.

Optou-se por formar dois grupos focais, um com docentes e outro com discentes. Ambos foram constituídos por profissionais que trabalham tanto nas UBS com e sem Estratégia de Saúde da Família. Todos participaram do processo de formação em estudo, foram convidados com antecedência e devidamente esclarecidos sobre o tema abordado.

## **2.2. COLETA DE DADOS e cuidados éticos**

Foram respeitados os cuidados éticos inerentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos, cujas bases são o respeito à liberdade e à dignidade humana e o compromisso social da ciência. Em consonância com declarações e consensos internacionais e nacionais no campo dos direitos humanos e da saúde, a regulamentação da pesquisa no Brasil “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros.” Resolução 196/96<sup>11</sup>.

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP-ENSP), tendo sido aprovado pelo parecer Nº 84/09 – CAAE: 0089.0.031.000-09.

Após autorização para a realização da pesquisa, pela diretora da Escola Técnica do SUS, do Município de São Paulo, contatamos as pessoas responsáveis pela unidade Leste I.

A unidade da ETSUS-Leste I sediou uma turma do curso e sua escolha se deu pela proximidade de seus locais de trabalho e familiaridade com o espaço. Foi criado um ambiente agradável e de cordialidade em uma sala especialmente destinada para este trabalho, contribuindo assim para a espontaneidade dos participantes e facilitando a integração dos grupos.

No momento da realização dos grupos focais, reiterou-se o propósito daquela atividade e foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos receberam duas vias com a assinatura da pesquisadora e devolveram uma via devidamente preenchida com seus dados e sua assinatura. A pesquisadora tem os mesmos guardados sob sua responsabilidade, junto com as fitas de áudio.



### **3. CAPÍTULO III - MARCOS CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS**

Este capítulo apresenta os marcos conceituais e contextuais de temas que se entrecruzam neste trabalho, sejam os debates sobre modelo assistencial em Saúde Bucal e a educação profissional no Brasil, focando como estes se desdobram no município de São Paulo e como eles são apropriados por uma escola que pretende trabalhar com base em princípios socialistas, capazes de transformar as práticas sociais ao mesmo tempo que produz um processo socializador na interação de seus alunos e docentes

#### **3.1 - MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Para se começar a falar sobre modelos assistenciais em saúde no Brasil é bom lembrar que as políticas sociais brasileiras, historicamente, destinam-se, na maioria das vezes, a apagar os incêndios da economia, sobretudo em épocas de crises mais agudas, intervindo localizadamente, enquanto a desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui-se em um eterno desafio para garantir os direitos de saúde da população<sup>12</sup>.

O primeiro tipo de atendimento odontológico prestado à população nos serviços públicos caracterizou-se por ser de livre demanda e tipicamente flexneriano. Essa livre demanda não expressava uma lógica programática previamente elaborada e foi transplantada para o serviço público sob a influência de mercado. Assim a livre demanda surgiu como lógica de atendimento na esfera pública tanto em instituições da tradicional Saúde Pública, quanto nas primeiras instituições previdenciárias na década de 1920, as Caixas de Aposentadorias e Pensões - (CAPs)<sup>12</sup>.

Em 1951, surge o sistema incremental (SI) com a criação da Seção da Odontologia do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Roncalli <sup>13</sup> ressalta que o sistema incremental independentemente das inovações sempre esteve voltado para as populações de idade escolar, em geral de 6 a 14 anos, e que se tornou modelo hegemônico por mais de 40 anos.

Sistema incremental é definido por Pinto <sup>14</sup> como um “método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”.

O Sistema Incremental tem como principal vertente ideológica o movimento que estava se desenvolvendo denominado de Odontologia Sanitária. Mario Chaves define a Odontologia Sanitária como “*a disciplina de Saúde Pública que tem como missão, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade.*”<sup>15</sup>.

Narvai<sup>16</sup> afirma que a Odontologia Sanitária adotada como referencial teórico para o desenvolvimento das ações no SESP é uma estratégia “fundamentada em modelos norte americana, importada de forma acrítica” e adotada em países para responder a pressões sociais e para conter o “avanço do comunismo”. Alerta ainda que o S.I não se constituiu em um modelo de assistência, mas apenas um sistema de atendimento que, contudo, em função de sua grande expansão e replicação acrítica, acabou se confundindo com os programas odontológicos escolares. Ainda para ele, a precariedade gerencial, a falta de recursos e a ausência de enfoque epidemiológico dos programas são colocadas como as principais críticas direcionadas ao S. I.

Assim, entre os anos 50 até o final dos anos 80, a assistência odontológica pública no Brasil se caracteriza por um modelo predominantemente de assistência a escolares. Para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas, as conveniadas com o Sistema Previdenciário (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), as secretarias estaduais de saúde e entidades filantrópicas<sup>16, 17</sup>.

Segundo Roncalli<sup>13</sup> as experiências acumuladas pelo Sistema Incremental possibilitaram tentativas de adaptações à realidade brasileira e mesmo podendo ser aplicado a qualquer clientela delimitada, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em Saúde Bucal, tipicamente para escolares, durante todo este período.

A partir dos anos 70, surgem novas alternativas em substituição à Odontologia Sanitária (Sistema Incremental), como a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral que não se consolidaram, raro em algumas experiências pontuais.

A Odontologia Simplificada segue o movimento da Medicina Comunitária (ou simplificada) com a proposta de aumentar a produtividade, ampliar a cobertura com menor custo, através da simplificação de técnicas, equipamentos e recursos humanos.

O movimento da odontologia simplificada consegue romper com o modelo flexneriano, mas traz importantes rupturas, principalmente na incorporação de práticas alternativas e no trabalho em equipe, como a incorporação de profissionais, principalmente nos serviços públicos, reconhecidos como Técnicos em Higiene Dental. A partir de dezembro de 2008, conforme a lei aprovada se altera a sua nomenclatura para Técnicos em Saúde Bucal<sup>12</sup>.

Já a Odontologia Integral traz como principal característica a ênfase na promoção, ações voltadas à prevenção realizadas por outros profissionais além do cirurgião dentista onde o olhar à doença não está mais voltado só ao fator biológico.

Já sob orientação da Saúde Bucal Coletiva tivemos outros modelos de atenção sendo destaques o Programa de Inversão da Atenção (PIA), Atenção Precoce em Saúde Bucal (Odontologia para bebês) e modelos estruturados a partir do núcleo familiar (saúde da família).

O princípio básico do PIA é a mudança do enfoque de cura da cárie para o de controle. São definidas três fases operacionais distintas dentro do programa, inter-relacionadas e retroalimentadas por um sistema de informação eficiente e que representa um período de “transição epidemiológica”.

Sob a ótica da lógica programática, utiliza conceitos do planejamento estratégico situacional (PES), territorialização, busca da universalidade da atenção e trabalha com tecnologias preventivas de alto conteúdo controlador e tecnológico dependente, como o uso massificado de selantes, por exemplo. Apesar de trabalhar o coletivo, este deve ser restrito, daí as críticas a esse sistema.

Outro modelo é a atenção precoce em odontologia (ou odontologia para Bebês) que no seu começo é mal visto uma vez que atinge a uma idade inferior a seis anos e foge dos grupos escolares, além de baixa base teórica sobre a cárie nesta faixa etária.

Somente com o desenvolvimento da Cariologia, onde a cárie é considerada doença infecciosa e de sua incorporação em vários países como Estados Unidos, Inglaterra, Japão e Suécia, ressalta-se a importância de seu controle o mais precocemente possível.

No setor público, as experiências mais remotas de bebê-clínicas implantados no Brasil foram em Volta Redonda (RJ) e em Cambé (PR), tendo sido implantada em todo o município de Londrina.

Foi a partir da implantação do SUS, sob a influência da reforma sanitária, e do movimento da Saúde Bucal Coletiva, com ênfase à promoção da saúde, que os modelos assistenciais em saúde bucal vêm tomando novas formas. Surge um novo reordenamento da prática odontológica com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal.

A novidade é o olhar político. A saúde bucal do cidadão passa agora a ter status de direito constitucionalmente garantido.

A estruturação de modelos de assistência à saúde a partir da família tem seu primeiro exemplo no Brasil, no município de Curitiba (PR) onde desde sua implantação, o PSF desenvolve atividades em Saúde Bucal<sup>13</sup>.

A atuação da saúde bucal junto às equipes do PSF se caracteriza por meio do uso do cadastro familiar comum, que permite as visitas domiciliares compartilhadas. No âmbito do domicílio, a ênfase maior é dada às ações educativas e preventivas, além de uma ação curativa, dentro das possibilidades da equipe, para as pessoas com dificuldade de locomoção; idosas e pessoas que, de alguma forma não possam se deslocar até a unidade de saúde.

Em dezembro de 2001, o Estado de São Paulo tinha cerca de 1200 equipes de PSF que já atuavam em 352 municípios. No município de São Paulo, organizado via Plano de Assistência à Saúde (PAS- 1993 a 2000), o governo do Estado implantou um projeto similar chamado Projeto Qualidade Integral à Saúde (Projeto Qualis), implantado desde abril de 1996 e considerado a 1<sup>o</sup> experiência do PSF em área densamente povoada. Para sua implantação utilizou-se da parceria com uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, a Casa de Saúde Santa Marcelina e o governo estadual, por meio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo<sup>18</sup>.

O que deve ser destacado na estratégia de saúde da família, é que a assistência com base no domicílio pode introduzir na esfera odontológica, uma nova lógica assistencial que rompe, ou possibilita romper com a prática histórica da odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro de quatro paredes do consultório.

Lembramos que por trás desses modelos assistenciais em saúde, estão as pressões políticas, financeiras e ideológicas direcionadas no sentido contrário ao processo de construção do SUS, no contexto de um país que luta com escassez crônica de recursos financeiros para a economia social.

Na Odontologia permanece explícita a dicotomia entre a prática liberal propriamente dita, formada pela iniciativa privada em consultórios e clínicas privadas (cujo objetivo final é a produção do lucro), e a forma peculiar de organização histórica e vínculo social da prática privada liberal reproduzida nos espaços públicos, nas empresas de saúde e nos hospitais vinculados ao setor público.

Hoje vislumbramos também modelos mais universais e equitativos, que relacionam a proteção ambiental, a qualidade de vida e uma visão de ser humano integral, diretamente ligadas às chamadas políticas públicas. Sendo assim torna-se

importante concluir que ambos os modelos enfrentam dificuldades estruturais e isso pede um grande debate na sociedade.

### **3.1.1 - Estratégia da Saúde da Família – a construção de um novo modelo?**

O Programa Saúde da Família (PSF) atualmente tratado como Estratégia Saúde da Família, foi implantado em 1994, tendo como antecessor o PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde). Como uma estratégia se coloca como política pública de saúde para a reorganização dos serviços em saúde, no âmbito da atenção primária segundo os princípios e diretrizes do SUS. Esse estatuto é resultado segundo Paim<sup>19</sup>, de várias normatizações e modalidades de incentivo (financiamento), definidos por decretos e portarias ministeriais e da demonstração de êxito em vários municípios brasileiros. O arcabouço conceitual do programa ancora-se na implementação dos princípios do SUS, tais como a universalização no atendimento, a integralidade de atenção, a equidade, a descentralização e a hierarquização dos serviços prestados e a possibilidade de controle social. Isto lhe dá um caráter substitutivo ao buscar um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde.

Devemos lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, diretriz da Estratégia Saúde da Família por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada. Para que isso ocorra, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se. Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos.

No trabalho em equipe ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas assume uma nova dimensão, onde conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada<sup>20</sup>.

A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, concebida como cuidado, significando uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância, adotando postura pró-ativa de proteção, procurando conhecer os fatores que possam estar interferindo na qualidade de

vida da comunidade, respeitando seus padrões culturais e evitando impor crivos rígidos sobre certo e errado<sup>21</sup>.

A implementação da Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos tem sido lenta, pois se deparou com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída.

Manfredini<sup>22</sup> ainda aponta como entrave à expansão do PSF, além da baixa cobertura, a alta rotatividade e descontinuidades das ESF.

**Quadro 1** – Modelos assistenciais.

<b>MODELO ATUAL</b>	<b>ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>
Centra a atenção na doença	Centra a atenção na família
Privilegia a demanda espontânea	Responde a demanda de forma contínua e racionalizada
Tem como centro o indivíduo	O objeto é o indivíduo como membro de uma família de uma mesma comunidade
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da assistência
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber e poder centrado no médico	Saber e poder centrado na equipe
Geralmente limitada à ação setorial	Promove a ação intersetorial
Vínculos do profissional com os serviços de saúde	Vinculação do profissional e dos serviços de saúde com a comunidade
Relação custo-benefício desvantajoso	Relação custo-benefício otimizada

Fonte: Liñan, MBG. 2009<sup>23</sup>.

“A Estratégia Saúde da Família prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade”<sup>24</sup>.

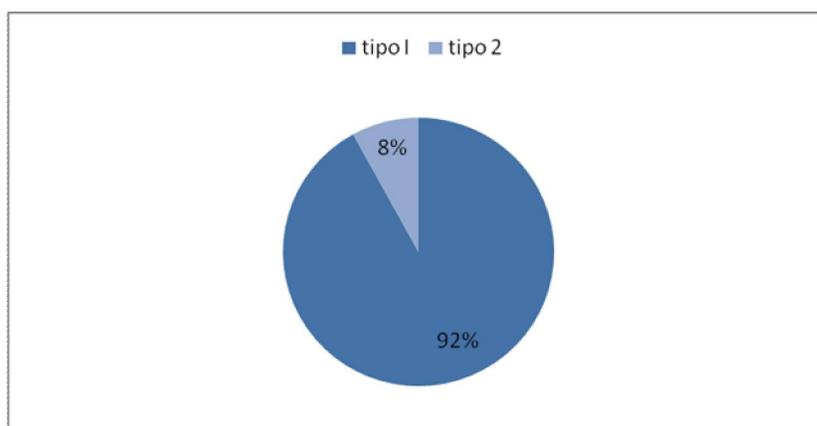
### 3.1.2 - A Incorporação da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família

A Saúde Bucal só é associada à estratégia da Saúde da Família em dezembro de 2000, por meio da Portaria 1.444<sup>26</sup>, que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do Programa da Saúde da Família. Nesse documento o Ministério da Saúde reconhece a “*necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos*”.

Criaram-se duas modalidades de Equipes em Saúde Bucal (ESB) para as quais os municípios podem se qualificar: modalidade 1 – composta por cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal; modalidade 2 – com a inclusão do Técnico em Saúde Bucal, e cada modalidade qualificada, receberia um repasse financeiro (incentivo) diferente. Apesar deste incentivo, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), mostra que a modalidade 2 é pouco adotada no Brasil, configurando que a prática exercida na saúde bucal na ESF ainda é realizada sob uma concepção mais tradicional, num processo de trabalho sem incorporação do TSB<sup>24</sup>.

Em março de 2009, os dados do SIAB revelam que há 16.393 equipes de Saúde Bucal Modalidade I (CD e ASB) para 1425 equipes de Saúde Bucal de modalidade II (CD, ASB e TSB) no Brasil.(Gráfico 1).

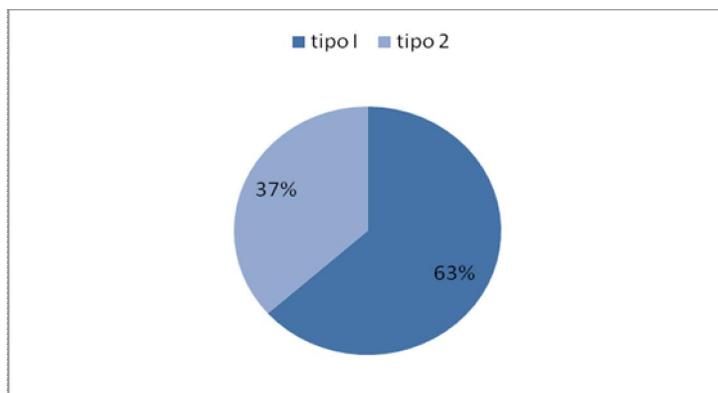
**Gráfico 1 - Relação de ESB segundo modalidade no Brasil.**



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

O Município de São Paulo tem como meta a habilitação de um mesmo número de equipes da Modalidade I e II. Contudo, esta proporção ainda não é igual como mostra o gráfico 2.

## Gráfico 2 - Relação de Equipes de Saúde Bucal Modalidade I e II no Município de São Paulo em março de 2009



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Em números concretos o município de São Paulo apresenta 71 equipes de Saúde Bucal Modalidade I implantadas e 41 equipes de equipes de Saúde Bucal Modalidade II implantadas. (em agosto de 2009).

Segundo o Ministério da Saúde<sup>25</sup> previu-se que em 2001, fossem formadas cinco mil equipes de saúde bucal para trabalhar em conjunto com as equipes de saúde da família já existentes. Com a expansão do PSF, a estimativa era de que as ações de saúde bucal dessem cobertura para mais de 96 milhões de brasileiros, ou seja, 56,7% da população do país.

Para atender a essa demanda com qualidade foi previsto ainda, cursos de formação e capacitação para os profissionais. A meta era capacitar 5.431 CDs, 2.173 TSBs e 5.431 ASBs, além dos 61.200 ACSs<sup>25</sup>.

A portaria 1.444<sup>26</sup> estabeleceu também a proporção de uma equipe de saúde bucal (ESB) para cada duas ESF, proporção esta muito criticada. Para cada equipe qualificada também haveria um incentivo adicional de R\$ 5.000,00, o que indica que seriam aproveitadas as instalações físicas já presentes e que essa parcela única seria utilizada não para a compra de novos consultórios, mas para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos para a adaptação da Unidade Básica de Saúde à nova lógica de atendimento em saúde bucal.

Em 06/03/2001, a Portaria Ministerial nº 267<sup>27</sup> foi publicada para regulamentar a Portaria nº 1.444<sup>26</sup>, e aprova normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, as quais integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e explicita as funções de cada um dos integrantes da ESB, as

responsabilidades institucionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde e o elenco de procedimentos no âmbito da Saúde Bucal, na Atenção Básica.

De maneira sucinta pode-se dizer que o Plano definia como objetivos melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviços do SUS; e avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

Nessa portaria os seguintes princípios são citados: caráter substitutivo das práticas tradicionais; adscrição da população à Unidade Básica de Saúde; integralidade da assistência em saúde bucal; articulação da referência e contra-referência dos serviços de maior complexidade; definição da família como núcleo de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção da saúde, à intersectorialidade e ao controle social; educação continuada dos profissionais e acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

A Portaria 267<sup>27</sup> acrescentou a necessidade de carga horária de 40 horas semanais, a adequação de espaços e instalações já existentes e o aproveitamento das iniciativas locais de organização dos serviços, além da obrigatoriedade de registrarem no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), inclusive dos procedimentos coletivos. Isto se faz necessário para o monitoramento, avaliação e controle por parte do Ministério da Saúde e para a realização do pagamento do financiamento de tais ações.

Esta portaria ainda define as atribuições específicas do TSB na Estratégia Saúde da Família:

- realizar, sob a supervisão do CD, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico;
- realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras sob supervisão do CD;
- auxiliar o CD;
- realizar procedimentos coletivos;
- cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos;

- acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe da ESF no tocante à saúde bucal e
- registrar no SIA/SUS os procedimentos realizados no âmbito de sua competência<sup>28</sup>.

Quanto ao ASB, suas atribuições são de acordo com a mesma portaria:

- proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para atendimento clínico, sob acompanhamento do TSB;
- preparar o instrumental e os materiais para o uso;
- instrumentalizar o CD ou o TSB durante a realização de procedimentos clínicos;
- cuidar da manutenção dos equipamentos; agendar e orientar o paciente;
- acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da ESF no tocante à saúde bucal;
- realizar procedimentos coletivos e
- registrar no SIA/SUS os procedimentos realizados no âmbito de sua competência<sup>28</sup>.

*... Ao dentista que trabalha na lógica da estratégia da saúde da família, cabe ser muito mais que um dentista clínico apto a prevenir, diagnosticar doenças bucais e tratá-las. Deverá também ser capaz de gerir bem sua Unidade Básica de Saúde no tocante aos assuntos em saúde bucal. Deverá ser um pequeno administrador e para tais atividades dificilmente há formação suficiente durante a graduação.*<sup>29</sup>

Com a portaria de nº 673 de 03/06/2003<sup>30</sup>, a relação de equipes de saúde bucal para equipes de saúde da família passa a ser de um para um, ficando esta decisão a cargo do gestor.

### **3.1.3 - A Equipe de Saúde Bucal**

O que a prática odontológica foi, é e pode vir a ser, resulta de uma complexa articulação de fatores externos e internos ao processo de trabalho, destacando-se o

conhecimento científico disponível em cada momento, as tecnologias, os ambientes, os instrumentos e materiais utilizados, e os recursos humanos. Embora se admita a importância de todos esses aspectos no processo de trabalho, o papel central dos recursos humanos é reconhecido universalmente. Com efeito, o recurso humano é decisivo, em função de sua condição de sujeito do processo, constituído pela força (energia) e pela capacidade (qualificação) de trabalho, as quais conferem diferentes características a cada serviço odontológico produzido (produto do trabalho)<sup>31</sup>.

Segundo Narvai<sup>32</sup> à semelhança de qualquer outro trabalho humano, o trabalho odontológico surgiu e se desenvolveu para satisfazer necessidades humanas. Ao longo dos séculos, o processo de trabalho foi se tornando mais e mais complexo, até atingir o estágio atual, que se caracteriza pela acentuada divisão técnica. Mudanças nos processos de trabalho vêm determinando mudanças nos sujeitos desses processos conforme assinalam diversos autores entre eles Pinto<sup>14</sup>.

Até a alguns anos, a prática privada predominava de maneira absoluta como alternativa de ocupação para os dentistas e sua inserção no sistema público estava limitada à atenção básica (gestantes e crianças) e à atenção ao trauma.

O trabalho odontológico vem, ao longo dos anos, se tornando mais complexo, até que no estágio atual, se caracteriza pela acentuada divisão técnica, produto histórico do desenvolvimento científico-técnico. Essa divisão técnica gerou divisão no trabalho; tanto no sentido horizontal (especialistas) como no sentido vertical (auxiliares)<sup>31</sup>.

O fato de a prática odontológica poder se dar fora do consultório odontológico, exemplo disso são os procedimentos coletivos e ações educativas, tem implicado mudanças no sujeito do trabalho odontológico: o cirurgião dentista trabalhando isoladamente vem dando lugar à equipe de saúde bucal.<sup>33</sup>

A equipe de saúde bucal é o novo sujeito da nova prática odontológica que se está implantando, prática esta, capaz efetivamente de promover saúde bucal. Isto implica em transformações no sistema formador de recursos humanos odontológicos.

A grande demanda da população por serviços odontológicos tem forçado o serviço público, em seus diferentes níveis de governo, a ampliar a oferta de serviços. Esse aumento dos serviços (ainda que pequeno frente às necessidades da população), somado ao grande número de trabalhadores odontológicos que já vinham exercendo funções auxiliares em consultórios odontológicos, criou condições favoráveis à aprovação do Parecer 460 /75<sup>34</sup>, do Conselho Federal de Educação (CFE), autorizando e estabelecendo as exigências para a formação de dois tipos de pessoal auxiliar

odontológico: o atendente de consultório odontológico (ACD) e o técnico em higiene dental (THD).

Nove anos depois, em 1984, o Conselho Federal de Odontologia aprovou a decisão 26/84<sup>35</sup>, disciplinando o exercício dessas profissões no Brasil. Essa decisão, 26/84 foi posteriormente incorporada e complementada pelas Resoluções 155/84, 157/87 e 153/93, do Conselho Federal de Odontologia.

Em dezembro de 2008, a Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008<sup>2</sup>, pôs fim a uma longa trajetória de esforços pelo reconhecimento legal dos Técnicos em Saúde Bucal (antigo THD) e dos Auxiliares em Saúde Bucal (antigo ACD). Esta Lei regulamenta o exercício dessas profissões. Mais que uma regulamentação, ela faz um resgate social de uma ocupação historicamente relegada e por isso, prejudicada no que tange à expansão do mercado de trabalho, aos direitos trabalhistas, à inclusão de representantes em comissões regulamentares, ao direito de votar e serem votados nos plenários dos Conselhos Regionais e Conselho Federal, à abertura de espaços para a participação dos profissionais nas decisões e na evolução da profissão.

O processo de profissionalização de um determinado grupo ocupacional constitui-se em temática explorada especialmente pela sociologia do trabalho em uma perspectiva que considera as relações sociais, econômicas e políticas presentes, as quais influenciam, entre outros aspectos, o comportamento do mercado de trabalho, o equilíbrio da oferta e demanda de trabalhadores e a flexibilização dos vínculos empregatícios

Segundo Pezzato<sup>37</sup>, o primeiro curso autorizado pelos órgãos de educação do país para formar TSB foi realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, em 1984, no âmbito de um programa nacional de formação em saúde, conhecido como Projeto Larga Escala. Esse Projeto, de incentivo do Ministério da Saúde, teve boa aceitação pelas Secretarias de Saúde de vários estados brasileiros entre eles São Paulo.

No município de São Paulo, o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFORS), também por meio do mesmo programa, PLE, ficou encarregado de realizar a formação dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, de 1990 a 2002. A partir de 2002 a ETSUS-SP, é que ficou responsável pelas formações técnicas profissionais, sempre na proposta de formação em serviço, promovendo a integração ensino-serviço e teoria-prática, durante a jornada e no próprio local de trabalho.

### **3.1.4. A Saúde Bucal no Município de São Paulo**

São Paulo é um município com um sistema de saúde marcado por descontinuidade e problemas operacionais, sendo um grande desafio manter os princípios do SUS com tantas disparidades, devido a sua magnitude. No município de São Paulo, acontecem ações intersetoriais, com parcerias institucionais, gestão em parcerias com Organizações Sociais, programas governamentais de saúde que incluem saúde bucal com e sem Estratégia Saúde da Família e programas especiais para atender a demanda atuando conjuntamente na solução de problemas de saúde<sup>38</sup>.

É importante lembrar que na gestão de 1993 a 2000, o município de São Paulo não aderiu ao SUS, tendo como programa norteador de saúde no município, o Programa de Assistência a Saúde (PAS). Isto fez com que o município de São Paulo deixasse de receber os incentivos à formação de equipes de saúde da família, ofertados pelo Ministério da Saúde.

Em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP) contava com serviços odontológicos numa rede constituída por 303 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 unidades de serviços especializados para atendimento a portadores de doenças sexualmente transmissíveis e síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS) e 17 centros de especialidades. Em 89 UBS estava implantada exclusivamente a Estratégia de Saúde da Família, sendo que em 16 unidades se realiza atendimento em saúde bucal com Equipes de Saúde da Família. Contava também com serviços de urgência em 6 hospitais, 11 serviços de Pronto Socorro (PS) ou serviços de Pronto Atendimento (PA); 6 hospitais possuíam serviços de traumatologia buco-maxilo-facial e um hospital possuía tratamento de fissuras lábio-palatinas.<sup>39</sup>

No Município de São Paulo, a atenção à saúde é impactada pela forte demanda por atendimento especializado referenciado pelas UBS articuladas ao sistema de saúde, que junto a outros fatores caracteriza uma atenção à saúde heterogênea e singular em relação a outras cidades do país<sup>38</sup>.

A atenção básica é realizada pela rede de UBS, englobando unidades com a estratégia Saúde da Família (USF) e sem a estratégia (UBS). Ambas deverão estar organizadas, tomando por base o território delimitado, a sua área de abrangência e as necessidades em saúde da população adstrita.

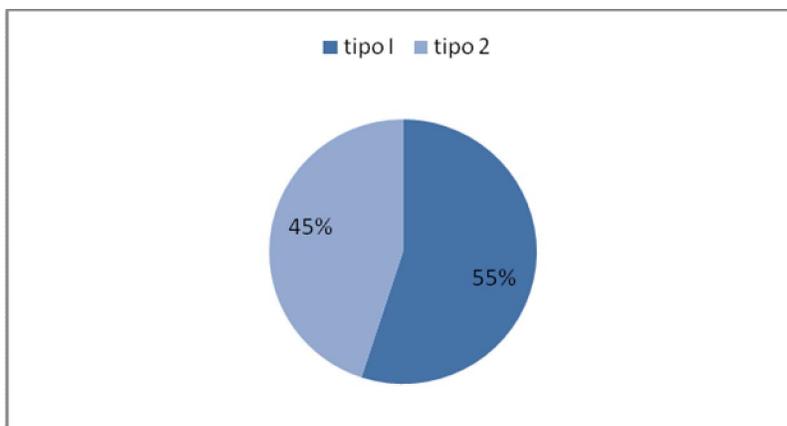
Robles<sup>38</sup> ressalta em sua pesquisa que

*“... o PSF tem facilitadores, como os ACS, área fechada menor, cadastro de famílias, recursos financeiros do parceiro e comprometimento dos profissionais devido ao regime empregatício exposto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).”*

A Estratégia Saúde da Família é considerada um programa que não está à parte do município, é coordenado pelo Ministério da Saúde, apoiado e gerenciado por parceiros, que podem ser Organizações Sociais (OS) ou Organizações não governamentais. A Portaria GM/MS 1.444<sup>26</sup>, de 28-10-00 estabeleceu repasses anuais e incentivo adicional por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.<sup>38</sup>

Em março de 2009, havia 71 equipes de Saúde Bucal na Modalidade I implantadas e 41 equipes na modalidade II, expressas no gráfico 2 acima. Já em agosto de 2009, as ESB na Modalidade II somavam 58. Esta proporção é bem diferente da apresentada para o Brasil. Isto demonstra um esforço para incorporação do TSB à equipe de Saúde Bucal no município de São Paulo como mostra o gráfico 3.

**Gráfico 3 - Relação de equipes de SB Modalidade I e II no município de São Paulo em agosto de 2009**



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Em números concretos o município de São Paulo apresenta 71 equipes de Saúde Bucal Modalidade I implantadas e 58 equipes de equipes de Saúde Bucal Modalidade II implantadas. Torna-se difícil gerir equipes que desempenham a mesma função, com

diferenças salariais, diferenças de equipamentos e também com menor número ou mesmo sem a presença de recursos humanos auxiliares, como existem nas UBS.

Nos locais onde a Estratégia Saúde da Família ainda não foi incorporada, existem muitos dentistas que ainda trabalham sem a presença de auxiliares e técnicos, diferentemente das USF, pois estas não podem ser habilitadas sem a presença destes profissionais. Para a otimização dos recursos disponíveis é importante que, onde a equipe esteja presente, se priorize o sistema de trabalho na técnica de trabalho a quatro e seis mãos.

Robles<sup>38</sup> aponta em sua pesquisa que um dos nós críticos é que o trabalho em equipe se dá de maneira incompleta em quase todas as UBS, fazendo-se necessária a contratação de pessoal auxiliar. O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns<sup>40</sup>. Se não houver interação entre os profissionais das equipes de Saúde da Família, corre-se o risco de repetir a prática hegemônica, médico centrada.<sup>41</sup>

Pereira<sup>42</sup> destaca que:

*“A qualificação profissional pode e deve, pelo menos no que diz respeito a trabalhadores em instituições voltadas às práticas sociais como a educação e a saúde, desenvolver concepções que tenham como objetivo instrumentalizar a classe trabalhadora no seu processo de trabalho e nas demais esferas da vida cotidiana de modo a possibilitar (embora sem cair no idealismo) a não adequação ao existente”.*

### **3.2 - EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL**

Do mesmo modo como a estrutura de uma linguagem se reproduz e se modifica a cada uso, é por meio da ação dos homens que se estruturam os sistemas sociais e as instituições.<sup>43</sup>

Ao longo da história brasileira, a importância dada às carreiras liberais, às letras, à política e à administração faz com que o ensino técnico profissional fosse relegado a um plano secundário. Esse modo de pensar dá forma à sociedade e se prolonga na República.

Em seu início, o ensino profissional é visto como uma ação de caridade, voltado apenas para órfãos e desvalidos, não fazendo parte das ações desenvolvidas nas escolas profissionais. O ensino técnico profissional passa a ser encarado como assistencialista e elementar a partir da criação dos liceus de artes e ofícios, em 1858. A abolição da escravatura também contribui para uma nova forma de encarar o trabalho que não fosse intelectual.

Em 1909, Nilo Peçanha cria as escolas de aprendizes artífices, destinadas aos “deserdados da fortuna”. Segundo Ciavatta<sup>44</sup>, a criação dessa rede de escolas, é a expressão histórica, naquele momento, “da questão social manifesta no desamparo dos trabalhadores e de seus filhos e na ausência de uma política efetiva de educação primária”.

Apenas com a revolução de 1930, no contexto da industrialização que a relação entre trabalho e educação é vista como problema fundamental. Entretanto, a constituição de 1937, ainda explicita o dualismo entre escolas e a destinação do ensino profissional aos menos favorecidos.

Segundo Cunha<sup>45</sup>, o “sistema de ensino primário e profissional e o sistema de ensino secundário e superior teriam diferentes objetivos culturais e sociais, constituindo-se, por isso mesmo, em instrumentos de estratificação social”. A escola primária e a profissional serviriam à classe popular, enquanto que a escola secundária e a superior à burguesia.

A partir dos anos 30, com a revolução industrial, faz-se necessário preparar trabalhadores para a indústria, dentro de uma nova ordem social, gerada pela acumulação do capital. A necessidade de preparação de mão de obra para a indústria implica uma mudança de concepção do ensino profissional. Assim, a educação profissional situa-se em um contexto maior de demandas de uma nova sociedade: a sociedade industrial. Além de preparar tecnicamente para o trabalho, é preciso também disciplinar jovens para as atividades produtivas e a divisão do trabalho.

Após 1942, Decretos-lei regulamentam as Leis Orgânicas da Educação Nacional para o ensino secundário, o ensino industrial, o ensino comercial, o ensino primário, o ensino normal e o ensino agrícola. Surgem o SENAI e o SENAC e as antigas escolas de aprendizes e artífices são transformadas em escolas técnicas federais.

As Leis Orgânicas da Educação Nacional desse período determinavam ao ensino secundário e ao ensino formal, os seguintes objetivos: “formar as elites condutoras do país” e deixavam para o ensino profissional, objetivos tais como oferecer “ formação adequada aos filhos dos operários, aos desvalidos da sorte e aos menos

afortunados, aqueles que necessitam ingressar precocemente na força de trabalho”. Continua ainda a visão dualista<sup>46</sup>.

Também eram separadas as instâncias governamentais a que se subordinavam os ensinos secundário, normal e superior que eram competência do Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores, e o ensino profissional, que era da competência do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio.

Em 1961, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 3024 de 20/12/1961(LDB)<sup>47</sup>, ficou estabelecida a completa equivalência entre os cursos técnicos e o curso secundário para efeitos de ingressos nos cursos superiores<sup>48</sup>.

A Lei 5.692/71<sup>49</sup> estabeleceu compulsoriamente a educação profissional com finalidade única para o ensino de 2º grau e deixa de estar limitada a estabelecimentos especializados. Esta lei levou as escolas a receberem muitos estudantes que não tinham interesse por seus cursos profissionais<sup>48</sup>.

A obrigatoriedade da habilitação profissional de 2º grau foi revogada com a Lei 7.044/82<sup>50</sup> e a educação profissional voltou a ficar restrita aos estabelecimentos especializados.

Na atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/96<sup>51</sup> pela primeira vez há uma lei geral da educação, onde a educação profissional tem um capítulo específico para ela.

Em 17/04/1997, o Decreto nº 2.208<sup>52</sup>, regulamenta os dispositivos da LDB referentes à educação profissional e define seus objetivos e níveis, além de estabelecer orientações para a formulação dos currículos dos cursos técnicos.

Frigotto e Ciavatta<sup>53</sup> apontam que com a proibição do desenvolvimento do ensino técnico integrado ao ensino médio, evidenciam-se de forma exemplar as principais características da reforma da educação profissional dos anos 90 no Brasil: o retorno formal ao dualismo escolar - a ruptura entre o pensar e o agir.

Somente, em Julho de 2004, o Decreto nº 5.154<sup>54</sup> revoga o Decreto nº 2.208/97<sup>52</sup> e restitui a possibilidade de articulação plena do ensino médio com a educação profissional mediante a oferta de ensino técnico integrado ao ensino médio, contudo mantém ainda a dualidade estrutural da educação brasileira.

O debate em torno das concepções que estavam presentes nas discussões que antecederam a Lei nº 9.393/96<sup>51</sup>, no final dos anos 80, é retomado nesse início do século XXI de maneira a contemplar uma proposta de articulação entre ciência, cultura e

trabalho, como elementos norteadores de uma nova política educacional. A expansão e democratização da educação profissional no Brasil assume grande relevância nesse contexto em razão de uma nova política pública para o setor, no âmbito de um projeto nacional de desenvolvimento<sup>48</sup>.

### **3.2.1. - Educação profissional em saúde**

As concepções de educação profissional de trabalhadores da saúde são pautadas nas concepções de saúde, de sociedade e sobre a relação entre educação e trabalho.

Necessidade do serviço, interesse do trabalhador e da própria sociedade, a qualificação para o trabalho exige uma estratégia integrada, construída mediante articulação e parceria entre os vários atores sociais - governo, trabalhadores, educadores de modo a beneficiar não apenas setores modernos da economia, mas toda a sociedade.

Segundo Antonio Catanni<sup>55</sup>, formação profissional em seu sentido mais amplo significa todos os processos educativos que permitam ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas. Ela é uma expressão recente para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores.

Envolve uma dimensão da cidadania, que extrapola os muros da empresa: ler, interpretar a realidade, expressar-se verbalmente e por escrito, lidar com conceitos científicos e matemáticos abstratos, trabalhar em grupos na resolução de problemas - tudo que se define como perfil de trabalhadores em setores de ponta tende a tornar-se requisito para a vida na sociedade moderna. A sociedade exige cidadãos competentes.

Na concepção marxiana, qualificação profissional pode ser entendida como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso. Assim, é fundamental para a produção o potencial de trabalho, que com o capitalismo passa a representar a mais valia, como um valor adicional ao seu próprio valor.

Com o avanço do capitalismo (apropriando-se cada vez mais da ciência e da tecnologia), o conhecimento – que para Marx era entendido como valor de uso- passa a

ser cada vez mais apreendido também como valor de troca, constituindo-se também como mercadoria.

A educação, seja no seu sentido mais genérico ou na sua particularidade como formação profissional, não está isenta de sofrer deformações produzidas pelo capital. Porém, a qualificação profissional pode e deve pelo menos no que diz respeito a trabalhadores em instituições voltadas a práticas sociais como a educação e a saúde, desenvolver concepções que tenham como objetivo instrumentalizar a classe trabalhadora no seu processo de trabalho e nas demais esferas da vida cotidiana, possibilitando assim, a não adequação ao existente.

Demerval Saviani<sup>56</sup> coloca de maneira didática que no mundo regido sob o capital, o conhecimento científico é incorporado ao trabalho produtivo, convertendo-se em potência material, ou seja, o conhecimento se converte em força produtiva e, portanto em meio de produção.

Há que se pensar educação e construção histórica da sociedade caminhando juntas, inseparáveis. Pensar uma escola que se destine a formar sujeitos ativos, responsáveis individualmente e coletivamente, que possam atuar como cidadãos e não apenas com força de trabalho.

Citando Frigotto:

*“é sob essa perspectiva educativa que se pode formar cada cidadão, e todos os cidadãos, com competência técnica para produzir melhor e mais eficientemente, mas também com elementos básicos de competência política que lhes permitam apropriar-se dos resultados do seu trabalho e dilatar cada vez mais seu mundo humano e, portanto, mundo de efetiva liberdade que interessa ao trabalhador – interesse nem sempre entendido pelos trabalhadores sob as condições de alienação a que estão submetidos”<sup>57</sup>.*

Analisando as qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde, observamos que há uma predominância de que sejam, de curta duração, em relação ao tempo, traduzidas em rápidos treinamentos e conseqüentemente reduzidas a uma qualificação mecânica. O que sustenta este pensamento, além da naturalização do trabalho desses profissionais, é o fato de que quando já inseridos nos serviços de saúde, as instituições tem dificuldade de liberá-los para a realização de cursos mais longos.

É importante termos em mente que a qualificação não é estática - é processo de construção individual e coletiva onde os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais e neste sentido não pode ser pensado como construção teórica acabada.

Do mesmo modo, os espaços de qualificação profissional em saúde devem ser pensados também nas suas singularidades.

A qualificação pressupõe conhecimento, experiência, autoridade e condições materiais. De modo que o trabalhador desempenhe a tarefa, compreendendo de maneira abrangente os problemas a serem solucionados.

Quando refletimos sobre a história da educação profissional na saúde, temos que refletir também sobre os mundos do trabalho, da saúde e da educação que foram se cruzar de maneira difícil e contraditória. Izabel dos Santos nos chama a pensar a “naturalização do trabalho” feito por estes profissionais, naturalização esta que leva a realizações de meros treinamentos para que esses trabalhadores possam desempenhar suas funções.

A tentativa de superar a concepção calcada na naturalização do trabalho desenvolvido pelos profissionais de nível médio e fundamental da saúde pode ser evidenciada pela criação de escolas voltadas à formação técnica de trabalhadores da saúde e também nas leis que regem a educação profissional.

É importante lembrar que no campo da saúde, na década de 50, a regulação do trabalho se dava majoritariamente através das instituições médicas e havia, também, uma demanda pública por profissionais que desenvolvessem práticas sanitárias. Este tema da formação profissional no contexto de uma política de recursos humanos é objeto das Conferências Nacionais de Saúde

Em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde<sup>58</sup> aponta a necessidade de políticas de formação e de melhor distribuição dos trabalhadores que atuam na área da saúde, a necessidade de se construir programas de capacitação voltados para esses trabalhadores.

Em 1967, a 4ª Conferência Nacional de Saúde<sup>59</sup> teve como meta a elaboração de uma política permanente de recursos humanos na saúde. Havia a proposta de discutir o perfil do profissional que se queria e centrava fogo na necessidade de serem formuladas estratégias de capacitação para os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde.

“Os auxiliares de nível elementar devem ser preparados ao mínimo possível, pelos próprios órgãos interessados (...) e serem recrutados localmente”<sup>59</sup>. Fica assim, fortalecida a idéia de qualificação descentralizada mais voltada para os problemas locais.

A lei 5692/71<sup>49</sup> foi alvo de muitas críticas, mas educadores comprometidos com a profissionalização de trabalhadores da saúde inseridos nos serviços encontraram

uma brecha, através do ensino de suplência, para que se viabilizasse uma qualificação profissional por meio dos Centros Formadores, Escolas Técnicas de Saúde o que deu a esta qualificação uma característica de formação profissional.

Em 1980 foi criado o Projeto de Formação em Larga Escala que viabilizou a criação de escolas e centros formadores em saúde. Trata-se de um projeto de cooperação Institucional, oriundo de acordo de recursos humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a OPAS, que tem por objetivo a formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde<sup>42</sup>. No início foi um projeto voltado para a área de enfermagem, mas com o tempo as outras categorias puderam se beneficiar também.

De acordo com o Ministério, estes centros de formação deveriam existir em cada estado e deveriam ser reconhecidos pela área de Educação. Atuariam de maneira descentralizada, ou seja, seria “uma escola aberta, que se estenderia ao local onde o aprendizado estivesse ocorrendo e, extramuros, para motivar o aluno, segui-los e avaliá-los ao longo de todo o processo, dispensando, portanto, exames específicos de suplência”<sup>60</sup>.

Na atualidade, fazer deste projeto uma política descentralizada por meio das ETSUS, atuando nos serviços de saúde não é um projeto de substituição ao ensino nas escolas técnicas “regulares”, mas sim, como ressalta Izabel dos Santos<sup>61</sup>, uma política para os trabalhadores empregados. As Escolas do SUS são voltadas para dentro do SUS, para as pessoas que trabalhavam nos serviços.

Percebeu-se que a maior ou menor viabilização e sucesso das escolas dependem da concepção e do compromisso político no que diz respeito à saúde, seja em relação à assistência de qualidade para a população, seja em relação à formação e aos direitos dos trabalhadores de nível médio e fundamental, demonstrados pelas gestões.

Enquanto processo político que são, as ETSUS ganharam força à medida que aumentou o compromisso do gestor com a saúde pública e o entendimento de que uma assistência de qualidade passa necessariamente por uma melhor formação dos trabalhadores que ali atuam. Neste mesmo sentido, a luta pela profissionalização dos trabalhadores da saúde é também a luta por um projeto político da sociedade.

No estado de São Paulo há sete ETSUS, sendo que seis estão sob coordenação da Secretaria de Estado da Saúde e uma apenas, a do Município de São Paulo, sob responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde.

No Brasil, existem 36 ETSUS que compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS, (RET-SUS), a maioria delas está vinculada à Secretaria de Saúde do Estado.

Somente duas dessas escolas estão vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde, a de Blumenau e a do Município de São Paulo. A RET-SUS é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde para facilitar a articulação entre as ETSUS e fortalecer a educação profissional em saúde.

Um dos grandes ganhos promovidos pelas ETSUS é o fortalecimento da qualidade pedagógica e a preocupação com a certificação dos trabalhadores já inseridos na área da saúde, rompendo, portanto com a idéia de que bastariam os serviços por si sós, através da passagem de experiência entre os trabalhadores ou através de meros treinamentos<sup>62</sup>.

Um projeto significativo para a história das ETSUS é o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Ele é produto do Ministério da Saúde, através das Secretarias de Políticas de Saúde e de Gestão de Investimento em Saúde, “com apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Ministério do Trabalho, através do Fundo de Amparo ao trabalhador (FAT)”<sup>63</sup>. Este projeto foi, organizado em dois componentes: Qualificação Profissional e Escolarização de Trabalhadores da Enfermagem e Fortalecimento Institucional das Instâncias Formadoras e Reguladoras de Recursos Humanos do SUS.

No contexto atual de mudanças no processo de trabalho em saúde, com a introdução de inovações tecnológicas e de novas formas de organização do trabalho, torna-se fundamental para o desenvolvimento das práticas profissionais considerar o contexto e a concepção de saúde, que têm como referências doutrinárias a Reforma Sanitária e como estratégias de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde - SUS<sup>64</sup>.

Para acompanhar as mudanças destes tempos, onde a ação do trabalho tem uma dimensão que vai muito além da ação técnica, mas que incorpora questões políticas, subjetivas e de gestão, percebe-se uma intensa necessidade de renovação nos processos de formação, qualificação e aperfeiçoamento profissional ao conjunto de trabalhadores que já atuam no setor saúde e também daqueles que, em breve, irão aí atuar.

A educação profissional em saúde vem ganhando destaque numa perspectiva vertiginosa de transformação, pois as práticas de ensino profissional desde os tempos da Reforma Sanitária Brasileira, tem sido palco de inúmeras e profundas mudanças que o setor da saúde tem promovido em busca da efetiva implementação do SUS.

*“Os trabalhadores de nível técnico respondem por aproximadamente 60% da força de trabalho no SUS. Isto significa que a efetivação do SUS está expressivamente nas mãos (no sentido objetivo) dos egressos do ensino técnico. Daí a importância de desencadarmos novos modos educativos, buscando alcançar um perfil trabalhador comprometido com a realidade e produtor de um fazer em*

*saúde que promova a autonomia individual e coletiva, concebendo a formação profissional em saúde como capaz de fazer-se campo de produção de novos saberes e instituidora de novas práticas*<sup>65</sup>.

### **3.2.2 - A formação profissional no município de São Paulo - ETSUS-SP**

A educação profissional de saúde de nível técnico vem sendo realizada sistematicamente no estado de São Paulo, desde 1952, e mais recentemente (1990) pelo município de São Paulo, sob a responsabilidade das Secretarias da Saúde do estado e do município.

O primeiro curso profissional realizado no município de São Paulo foi de Auxiliar de Consultório Dentário, realizado sob coordenação da Secretaria de Estado em 1989, quando ainda não existia o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (CEFOR),

O CEFOR foi criado em 30/03/1990, por meio do Decreto nº 28.625<sup>66</sup>, quando o município de São Paulo estava sob gestão da prefeita Luisa Erundina, tendo Paulo Freire como Secretário da Educação e Eduardo Jorge como Secretário da Saúde. É um órgão da Coordenação de Recursos Humanos (CRH), da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Em sua estrutura constava o Núcleo de Formação (responsável pelos cursos de formação de nível médio), o Núcleo de Desenvolvimento (responsável pelos cursos de atualização e capacitação dos funcionários da rede de saúde municipal de saúde.

Em 2002, o Núcleo de Formação do CEFOR, foi transformado em Escola Técnica do SUS-SP, por meio do Decreto Municipal nº 42.120, de 19/06/02<sup>67</sup>. A autorização para a instalação e funcionamento foi dada pelo Conselho Municipal de Educação (CME), segundo Parecer CME nº 04/03<sup>68</sup>, publicado no Diário Oficial do Município (DOM) em 24/05/03, com aprovação do Regimento Escolar e dos Planos de Cursos Técnicos das áreas de Enfermagem, Saúde Bucal, Farmácia, Imobilização Ortopédica, Laboratório de Análises Clínicas e Especialização de auxiliar de Enfermagem em Saúde Pública. O Plano de Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde foi aprovado em 08/12/05.

O corpo docente da ETSUS é formado por profissionais da saúde que realizam capacitações pedagógicas e técnicas, tornando-se facilitadores do ensino aprendizagem, participando da qualificação dos trabalhadores da saúde.

O desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas ocorre conforme necessidade dos serviços que compõe o Sistema Único de Saúde - SUS, estas atividades podem ser realizadas de forma centralizada ou desconcentradas em unidades regionais. Hoje são sete unidades distribuídas nas regiões Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro-

Oeste. A Secretaria Escolar de todas as turmas dos Cursos de Educação Profissional fica centralizada na sede da ETSUS-SP, que está localizada à Rua Gomes de Carvalho, 250, Vila Olímpia.

A proximidade física dos alunos e profissionais aos locais onde se realizam os cursos descentralizados facilita pedagogicamente a relação da teoria com a prática favorecendo o aprendizado, o trabalho em equipe, a organização do modelo de atenção à saúde bucal local, possibilitando o aumento do número de matrículas nas turmas e viabiliza o direito dos trabalhadores ao processo de educação formal<sup>5</sup>.

Os currículos estão estruturados em módulos, possibilitando desenvolver as competências requeridas no perfil profissional e detalhadas nos planos de cursos. Essa organização modular se baseia nas definições legais da LDB e nos instrumentos que a regulamentam, respeitando as características da estrutura ocupacional e sua regulamentação profissional.

O currículo e os materiais técnico-pedagógicos do curso foram elaborados com a participação de cirurgiões dentistas que trabalhavam nas Unidades Básicas e Centros de Especialidades para que trouxessem a experiência da prática local para a construção das propostas de atividades pedagógicas e sugestões de textos que poderiam ser trabalhados junto aos alunos.

A ETSUS-SP realiza as capacitações pedagógicas e técnico-pedagógicas aos docentes. As capacitações pedagógicas são oficinas onde os docentes são preparados para exercerem esse papel. Eles são aproximados das diferentes pedagogias, apresentados à proposta pedagógica da escola e são trabalhadas as diversas metodologias da educação. Nas capacitações técnico-pedagógicas são reforçados os conteúdos pedagógicos e trabalhados os conteúdos que serão desenvolvidos nas unidades de ensino-aprendizagem dos cursos.

A ETSUS-SP propõe-se a formar e atualizar os trabalhadores na área da saúde por meio de cursos nos níveis básico e técnico, especializar os profissionais de nível técnico e atualizar técnico-pedagógicamente os profissionais de nível universitário que atuarão como docentes dos cursos de Educação Profissional.

Esta proposta busca a valorização pessoal e profissional dos trabalhadores que exercem atividades de natureza complexa, sem a qualificação profissional adequada, rompendo com utilitarismo e imediatismo presentes na tradicional formação e nos treinamentos em serviço.

Do ponto de vista do processo educativo, a educação profissional contempla a metodologia problematizadora que considera o aluno-trabalhador como sujeito ativo e

crítico na construção de seu conhecimento, aprimorando-se no mundo do trabalho e na prática social.

O eixo orientador da educação profissional é o processo de trabalho em saúde tendo como referência as concepções contidas na Reforma Sanitária que orientou o Sistema Único de Saúde. São princípios do SUS a universalidade, a equidade, a integralidade da assistência, com descentralização, hierarquização dos serviços e o controle social.

Enquanto processo pedagógico, o desenvolvimento do currículo prevê a interação dinâmica entre o professor e o aluno. O professor desencadeia, orienta e estimula esse processo, de modo que a apropriação do conhecimento científico, necessário para a aprendizagem eficaz do aluno, se dê respeitando seu ritmo individual, os esquemas de assimilação de que dispõe e suas características culturais, valorizando os conhecimentos adquiridos e experiências anteriores vivenciadas.

Nas situações de ensino-aprendizagem na qual se privilegia a dimensão teórica do conhecimento, os alunos são reunidos em sala de aula e com a orientação direta do docente, desenvolvem as atividades planejadas no currículo. Algumas dessas atividades, que se caracterizam por especificidades, inclusive as contidas no módulo básico, contarão com o apoio e participação de outros profissionais da equipe de saúde.

Os conteúdos teóricos são introduzidos progressivamente com o desenvolvimento das unidades didático-pedagógica para fundamentar a prática e favorecer a apreensão das dimensões técnica, sócio-política e ética humana e profissional, propiciando a transformação do aluno em um profissional participativo, responsável e cidadão<sup>69</sup>.

Tendo o trabalho como princípio educativo, princípio de vida em sociedade ou princípio de cidadania, a ETSUS-SP, trás como preocupação central, desenvolver a reflexão sobre as condições da organização do trabalho na sociedade, sobre as possibilidades de superação de suas condições adversas e empreender, no interior do processo educativo, ações que contribuam para a humanização plena do conjunto dos homens na sociedade.

### 3.3 - PILARES DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DA ETSUS-SP

O Projeto Político Pedagógico da ETSUS-SP está pautado em quatro pilares: trabalho como princípio educativo; educação na perspectiva histórico-crítica; metodologia problematizadora de ensino e currículo integrado.

#### 3.3.1 - Trabalho como princípio educativo

*Para Marx<sup>70</sup> “Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio”.*

O trabalho como princípio educativo foi, sem dúvida, um dos temas mais recorrentes no Brasil, nos anos 80 e início dos 90 do século XX, entre os pensadores da educação, sobretudo aqueles que pertenciam ao campo do conhecimento trabalho e educação e que se apoiavam num referencial teórico-político marxista, com enfoque em Gramsci<sup>71</sup>.

A partir da segunda metade da década de 90, ao mesmo tempo em que houve um declínio de sua discussão no âmbito acadêmico, o trabalho como princípio educativo sofreu um grande revigoramento na medida em que passa a se constituir como fundamento de propostas de educação que se pretendem inovadoras e progressistas.

Dizer que a educação é um fenômeno próprio dos seres humanos significa afirmar que ela é, ao mesmo tempo, uma exigência do e para o processo de trabalho, bem como é, ela própria, um processo de trabalho<sup>72</sup>.

Sendo assim, o processo de produção da existência humana implica primeiramente, a garantia da sua subsistência material, com a produção de bens materiais; mas essa produção requer um conhecimento prévio, seja ele do mundo real (ciências), de valorização (ética) e de simbolização (arte ou cultura). Este conhecimento trata-se de um trabalho não material, da produção de idéias, da produção do saber.

A escola é o local onde se dá o saber sistematizado. No caso das Escolas técnicas, seu papel é fazer com que os saberes da prática realizada pelos alunos se tornem sistematizados dentro de um currículo. Isto implica dosá-lo, seqüenciá-lo e viabilizar as condições de sua transmissão-assimilação através de propostas metodológicas<sup>74</sup>.

Gramsci<sup>73</sup> enriqueceu a discussão acerca da relação entre educação e trabalho apontando que a educação fundamentada no trabalho expressa a ênfase, ao mesmo tempo do momento factual e do conceitual, isto é, do momento prático e do teórico, constituindo-se como princípio educativo.

Formar profissionais, capazes de dominar os conhecimentos e as estratégias, as habilidades e as atitudes para o melhor desempenho de seu trabalho é uma condição permanente de vida humana digna e de afirmação da cidadania.

Na educação, o trabalho é princípio educativo, porque mais radicalmente é princípio de humanização do ser humano que se realiza na superação de si mesmo, na continuidade do processo histórico que lhe cabe, responsabilmente e conscientemente, assumir como ator e agente. Este é o trabalho das mulheres e dos homens, dos grupos humanos, da humanidade com um todo, no qual todos os sentidos de trabalho encontram referência: o trabalho de construir sua história, a história do seu grupo, a história da humanidade.

Com relação à lógica da integração ensino-serviço, discute-se que enquanto estiver circunscrita apenas aos aspectos metodológicos e não caminhar para a reconstrução de referenciais políticos e epistemológicos, a educação profissional em saúde continuará a sofrer os mesmos problemas.

O trabalho em saúde é definido como uma mediação na produção da existência humana – degradada ou digna – seja para quem o realiza, seja para quem o recebe. O trabalho voltado para a produção de vidas dignas de seres humanos exige a transformação radical não somente das práticas de atenção à saúde, mas das próprias relações sociais de produção. Portanto, a formação do trabalhador em saúde, muito além de ser orientada pelo e para os serviços de saúde, estando a eles integrada, deve ser orientada pela e para a emancipação humana coletiva<sup>74</sup>.

### **3.3.2. Educação na perspectiva histórico crítica**

É sabido que a educação é um fenômeno próprio dos seres humanos e sendo assim, a compreensão da natureza da educação passa pela compreensão da natureza

humana. Sabemos também que o homem precisa produzir continuamente sua própria existência e esta produção se dá por meio do trabalho. O trabalho se dá a partir do momento em que seu agente planeja a finalidade da ação<sup>75</sup>.

Para ter autonomia nas ações, precisa-se antes, aprender mecanicamente e compreender. Este compreender passa pela aquisição de uma visão mais integrada da própria prática e uma reapropriação dos processos de trabalho indo do exercitar estas ações até o ponto em que se possa desempenhá-las livremente. Aí já se terá desenvolvido o processo de aprendizagem completo. Na medida em que se liberta dos aspectos mecânicos da aprendizagem, progressivamente concentra cada vez mais sua atenção no conteúdo, isto é, no significado daquilo que está sendo realizado. Portanto, só se pode libertar dos aspectos mecânicos da aprendizagem quando eles tiverem sido incorporados, internalizados. Ou seja, só se aprende realmente quando se adquire uma disposição permanente.

Ao reconhecer a importância do aprendizado que acontece na prática dos alunos, no desempenho de seu trabalho. A escola media a passagem do saber espontâneo (que se aprendeu fazendo) ao saber sistematizado (o saber aprendido na escola). A ação escolar permite que se acrescentem novas determinações que enriquecem as anteriores a estas, portanto de forma alguma, são excluídas.

“... o sentido político da educação escolar se cumpre pela mediação da competência técnica e constitui condição necessária, embora não suficiente, para a realização desse mesmo sentido político”<sup>76</sup>.

Vásquez<sup>77</sup>, afirma que:

*“a teoria em si (...) não transforma o mundo. Pode contribuir para a sua transformação, mas para isso tem que sair de si mesma, e em primeiro lugar, tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar, com seus atos reais, efetivos, tal transformação. Entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização dos meios materiais e planos concretos de ação; tudo isso como passagem indispensável para desenvolver ações reais, efetivas. Nesse sentido, uma teoria é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações, o que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade, ou antecipação ideal de sua transformação.”*

Na teoria crítica, sempre existe a possibilidade de refletir sobre o que é dado e buscar soluções de transformação. Esta reflexão recusa o conformismo e a resignação diante da realidade e sendo assim, se dispõe a lutar por alternativas. Conseqüentemente

a educação também interfere sobre a sociedade, podendo contribuir para a sua própria transformação.

A teoria crítico-construtivista considera a educação no seu desenvolvimento histórico-objetivo e por conseqüência, a possibilidade de se articular uma proposta pedagógica cujo ponto de referência, cujo compromisso, seja a transformação da sociedade e não sua manutenção, a sua perpetuação. Isso envolve a possibilidade de compreender a educação escolar tal como ela se manifesta no presente como resultado de um longo processo de transformação histórica.

Agindo sobre a natureza, ou seja, trabalhando, o homem vai construindo o mundo histórico vai construindo o mundo de cultura, o mundo humano. E a educação tem suas origens nesse processo.

A pedagogia crítica implica a clareza dos determinantes sociais da educação, a compreensão do grau em que as contradições da sociedade marcam a educação e conseqüentemente como é preciso se posicionar diante dessas contradições e desenredar a educação das visões ambíguas, para perceber claramente qual é a direção que cabe imprimir à questão educacional.

A articulação entre a concepção política socialista com a concepção pedagógica histórico-crítica, ambas fundadas no mesmo conceito geral de realidade que envolve a compreensão da realidade humana como sendo construída pelos próprios homens, a partir do processo de trabalho, implica tratar da produção das condições materiais ao longo do tempo.

### **3.3.3 - Metodologia da problematização**

Segundo Berbel,<sup>78</sup> a Metodologia da Problematização encontra uma fundamentação teórica na concepção de educação histórico – crítica e constitui-se uma verdadeira metodologia entendida esta como um conjunto de técnicas e procedimentos ou atividades intencionalmente selecionadas e organizadas para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência do seu mundo e atuar também intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem.

Paulo Freire<sup>79</sup> diz que a educação deve servir para a libertação do ser humano. Esta libertação pode-se dizer que é a libertação da ignorância, da passividade e das diversas formas de opressão. Uma educação problematizadora vai servir para ampliar a consciência através do conhecimento.

A educação deve voltar-se sempre para a transformação da realidade. O homem só é capaz de transformar a realidade se ele se transformar, pois ele faz parte do processo.

Para a realização de uma concepção pedagógica é necessário lançar mão de meios coerentes com seus princípios. O Método do Arco de Maguerez, que foi apresentado por Bordenave; Pereira<sup>80</sup> configura uma idéia metodológica bastante apropriada, visando uma educação transformadora da sociedade.

O Arco de Maguerez tem como ponto de partida a realidade vivenciada pelo aluno. A partir da observação de sua realidade, este irá identificar aquilo que nesta realidade está se mostrando como inconsistente e problemático. Neste momento ele está problematizando a realidade.

Definido o problema, através da observação da realidade vivida, por meio da reflexão, buscam-se identificar quais são os fatores que estão associados ao problema, ou por que será que o problema existe? Aprofunda-se a busca de respostas. É com estas reflexões que os alunos levantam ou definem, com os conhecimentos que têm naquele momento inicial de seu estudo, alguns pontos a estudar.

A definição do que estudar caracteriza a 2ª etapa do arco de Maguerez. É o momento de definir os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos a fim de buscar uma resposta para esse problema. Este é o momento da Teorização.

Percebe-se pelo estudo, que alguns aspectos devem ser mantidos, pode-se rever posturas, aprofundar conhecimentos, ter uma consciência muito maior daquele problema e de sua influência sobre o meio social.

Partindo-se do estudo, com a análise e a discussão dos dados colhidos e as conclusões a que se pode chegar, está terminada a teorização e parte-se para a etapa seguinte: elaborar hipóteses de solução.

Deve-se usar de criatividade nessa etapa porque pode ser que não tenham percebido novos problemas e se forem antigos, é necessário lançar mão de criatividade para abordá-los de maneira diferente para conseguirem realizar alguma mudança ou exercer uma diferença na realidade de onde se extraiu o problema.

Tem-se então que da realidade vivenciada, extrai-se o problema. Sobre o problema realiza-se o estudo, a investigação e toda uma discussão e por fim, volta-se para a mesma realidade com ações que possam transformá-la. O objetivo maior é promover através do estudo, do olhar para a própria prática, uma transformação, mesmo que pequena, naquela realidade. Às vezes, completar o estudo de um problema significa

um reiniciar de outros arcos, iniciar com os outros problemas que foram identificados durante o estudo.

Paulo Freire<sup>79</sup> dizia que “*o professor deve ouvir seus alunos*”. Ao pedir ao aluno para levantar o problema, observar e refletir, propor soluções, está permitindo ao aluno ser ouvido, expor suas idéias e valorizá-la. A aprendizagem é facilitada se os novos conhecimentos são associados aos conhecimentos anteriores<sup>78</sup>.

Em *Pedagogia do Oprimido*, Paulo Freire<sup>79</sup> coloca que a educação não é neutra, sempre é política. Além disso, não existe prática educativa sem ética e sem estética. É preciso respeitar a identidade cultural do estudante e ensiná-lo a aprender. De nada serve uma educação bancária, onde o aluno memoriza quilos de conteúdo que não tem nenhuma importância para a sua vida

Paulo Freire<sup>79</sup> sempre defendeu uma educação problematizadora, que se contrapondo à educação bancária ou à pedagogia bancária pudesse servir para libertar o homem dos seus opressores e pudesse servir para a emancipação do homem, para a sua humanização.

Berbel<sup>78</sup>, também fala que ao praticar esta metodologia, busca-se o desenvolvimento com autonomia intelectual, com vistas ao pensamento crítico e criativo e também a preparação para uma atuação política. Assim, trabalha-se por uma educação que prepara gradativamente o ser humano para ser um cidadão e para se humanizar<sup>78</sup>.

O professor deve desenvolver no aluno a consciência crítica que resulta na sua inserção no mundo como transformadores dele, como sujeitos. A metodologia da problematização é um poderoso recurso metodológico, para concretizar os princípios teóricos e filosóficos de uma educação progressista e humanizador, desde que estes princípios façam parte da intencionalidade e do modo de ser do educador, pois não será o mesmo se ela for utilizada como apenas mais uma técnica<sup>78</sup>.

Não é fácil, diante de tantas prioridades, vencer o desafio de se atuar politicamente, quando as condições materiais são tão adversas e quando não se tem tempo para refletir sobre o que se está fazendo, como em favor de quem se está atuando.

Experiências bem sucedidas de práticas educativas problematizadoras têm sido relatadas no setor saúde, tanto para profissionais quanto para a população, o que reitera seu uso,

*“como um meio para transformar a qualidade do atendimento em Saúde Coletiva nos serviços públicos e contribuir para o fortalecimento da implementação do SUS, projeto político este de interesse para a população como também para os técnicos da área da saúde”<sup>81</sup>.*

O caminho da problematização da ação educativa, parte do diálogo, busca romper a forma vertical de ensinar, estimulando o poder criador do aluno e de compreensão da realidade em permanente transformação.

A concepção bancária da educação nega o diálogo entre educador e educando como essência da educação fazendo-se anti-dialógica; buscando a superação, a educação problematizadora afirma o diálogo e se faz dialógica.

Assim, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos se tornam sujeitos do processo, ambos crescem juntos e o argumento da autoridade já não existe. Os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo<sup>79</sup>.

A reflexão, nessa perspectiva problematizadora, não se faz no vazio, no abstrato, mas sobre os homens e sua relação com o mundo, o que significa refletir com os alunos, sobre todas as dimensões de sua vida, de maneira que se faça um esforço permanente por meio do qual eles percebam, criticamente, como estão sendo no mundo<sup>79</sup>. Em síntese, a prática problematizadora propõe aos homens a sua própria situação como problema e desafio a ser superado pela ação. Assim, não se separa a transformação individual da transformação social.

*“É como seres transformadores e criadores que os homens em suas permanentes relações com a realidade produzem, não somente bens materiais, as coisas sensíveis, os objetos, mas também as instituições sociais, suas idéias, suas concepções”<sup>79</sup>.*

### **3.3.4 - Currículo Integrado**

A intencionalidade do currículo integrado é propiciar o ensino das ciências de forma integrada e interdisciplinar, possibilitando a integração do ensino e da prática profissional, articulando-o através da aplicação imediata, o que requer dos educadores e educandos a procura de respostas específicas e originais para os diversos contextos sociais concretos.

A prática social é tida como ponto de partida e de chegada do trabalho pedagógico, buscando estimular a observação, a análise, o estabelecimento de relações entre os dados, as fontes, as informações e os diversos conhecimentos presentes naquela realidade, as causas e conseqüências das ações dos sujeitos naquele momento histórico-

social, buscando a participação na construção do conhecimento, a integração de conteúdos e práticas, a construção da solidariedade e da cidadania dos sujeitos.

*o processo pedagógico que objetiva a construção do saber, estimula a reflexão, desenvolve a capacidade de observação, análise, síntese, crítica, autonomia de pensar, de fazer, ampliando os horizontes, tornando o sujeito educativo um agente ativo que interage com a realidade na qual está inserido, levando-o a refletir antes, durante e depois o significado, os pressupostos, os objetivos e as finalidades de sua ação<sup>82</sup>.*

As propostas de organização curricular globalizantes explicitam uma clareza na finalidade do ensino: para além de um saber memorizado e usado como produto, os saberes estão diretamente associados ao processo de construção e, conseqüentemente, associados a um *saber fazer, ao saber como, ao saber por que, ao saber para que*, possibilitando ao indivíduo o ato de saborear ou conhecer o saber integrante do processo<sup>83</sup>.

#### 4. CAPITULO IV – RESULTADOS DO ESTUDO E ANÁLISE DAS TRANSFORMAÇÕES DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DO CURSO

Ao apresentar os resultados da pesquisa realizada para avaliar os efeitos da realização do curso de ASB sobre os egressos e sobre os docentes que participaram do mesmo faz-se um esforço de interpretação dos dados obtidos pelo questionário identificador e pelas entrevistas do grupo focal. Considerou-se, portanto, um conjunto variável de fatos de ordem simbólica, racional, provocados pela utilização de um roteiro específico e de perguntas objetivas de caráter valorativo. Com isto, obteve-se um perfil dos atores envolvidos, um conjunto de percepções sobre a contribuição do curso nas vidas pessoal e profissional dos mesmos para ao fim buscar traçar se houve mudanças e como estas impactam a organização de uma nova prática no contexto mais amplo de mudança no modelo de atenção.

A análise das falas de docentes e egressos permitiu levantar os temas recorrentes, por eles discutidos, quanto a sua prática profissional e a vida pessoal.

##### 4.1. PERFIL DOS DOCENTES E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE O CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ASB

O grupo de docentes é de seis odontólogos. Foram convidados onze docentes, para o grupo focal marcado para o final da tarde, mas cinco alegaram impossibilidade de comparecer por outros compromissos como cursos ou outro emprego, mostraram-se tristes por não poder participar. Os que participaram se apresentavam felizes por colaborarem com a pesquisa e por estarem se reencontrando.

**Tabela 3 – Número de docentes do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal, segundo sexo e faixa etária, São Paulo, 2005**

Faixa etária	31-40	41-50	51-60	Total
Sexo feminino	1	3	1	5
Sexo masculino	1	0	0	1
Total	2	3	1	6

Fonte: Pesquisa de campo

**Tabela 4 – Perfil dos docentes do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal, segundo as percepções do curso, São Paulo, 2005**

<b>Questões</b>	<b>Sim muito</b>	<b>Sim pouco</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
<b>1- Os conhecimentos e técnicas utilizados neste curso são aceitos e usados no seu serviço ?</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>4-Você acha que o fato de ter sido docente do curso de Auxiliar de Consultório Dentário contribuiu para melhorar o desempenho de suas práticas profissionais em saúde bucal?</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>5-A participação como docente do curso de formação profissional em Auxiliar de Saúde Bucal melhorou sua capacidade de solucionar os problemas no seu local trabalho?</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>7- Você se sentiu mais valorizado com esta experiência?</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

**Fonte:** Pesquisa de campo

**Tabela 5 - Perfil dos docentes do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal, segundo a atuação na área, São Paulo, 2005**

Questões	Sim	Não	Total
<b>2- Você já havia trabalhado como docente de curso técnico profissionalizante, antes deste curso?</b>	1	5	6
<b>3 – Após sua atuação como docente do curso de formação de Auxiliar de Consultório Dentário, está fazendo algum outro curso?</b>	2	4	6
<b>6- Depois de participar deste curso você procurou ou foi convidado a trabalhar em outros locais?</b>	5	1	6

**Fonte:** Pesquisa de campo

Cabe lembrar que dos seis docentes apenas um não tem qualquer curso de pós graduação. Um deles tem mestrado e especialização em Gestão Pública, outros quatro têm especialização, sendo que dois com foco em Estratégia Saúde da Família.

Quanto às percepções dos docentes sobre o curso de formação profissional voltado para o ASB, destacam-se dois eixos: a prática profissional e a vida pessoal. As categorias apontadas para cada eixo se diferenciam entre os dois atores.

#### **4.1.1 - Prática profissional:**

##### **Problematização**

Para os docentes, a metodologia da problematização tem um impacto forte na sua prática profissional. A abordagem de grupos agora é feita de maneira diferente, o tratamento com as equipes da unidade se dá de maneira mais harmoniosa. Eles passam a ouvir mais do que falam, partem do conhecimento do outro para trabalhar um assunto novo. Apontam ainda que a metodologia de problematização ajudou-os a se desinibirem e ficou incorporada em suas ações. Assim:

*“... a capacitação pedagógica mudou a minha vida...”*

*“... a metodologia mesmo te abre umas questões para você conseguir chegar mais próximo das pessoas...”*

*“... a gente passou a aplicar esta metodologia em tudo que fazemos.... eu procuro aplicar em reuniões, em grupos que a gente faz...”*

##### **Interesse em estudar mais**

A maioria dos odontólogos sentiu-se estimulada a voltar a estudar. A retomada dos estudos está muito explícita na fala dos docentes. Foi relatado que ela ocorre ao prepararem as aulas, ao atenderem os pacientes dentro das normas preconizadas. Sentem que foi uma maneira de rever a prática e buscarem um aperfeiçoamento, que pode não ser formal, pela realização de cursos, mas pelo simples ato de estudar e de pesquisar em livros.

*“... desperta para estudar um pouco mais...”*

*“... me despertou o interesse pela área acadêmica e eu fiz especialização...”*

## **Desinibição**

O fato de atuarem como docentes faz com que assumam uma postura mais aberta ao diálogo. Ao se posicionarem mais abertos às falas dos alunos e até de outros colegas nos momentos de capacitação, ao aplicarem a metodologia percebem-se mais desinibidos. Ao saírem do consultório odontológico, ao participarem de grupos, de oficinas, de reuniões para discussão de casos, tornam-se mais sociáveis, conhecem novas pessoas e ampliam os relacionamentos.

*“... eu acho que essa formação me ajudou a desinibir bastante...”*

*“... e muda o nosso relacionamento, não sei, da minha parte pelo menos eu conheci outros colegas de outras regiões, fica uma convivência mais próxima que eu não conhecia...”*

## **Mudança vista pelos outros colegas profissionais**

O fato de estarem mais abertos às mudanças, ao ouvirem mais os colegas e a equipe, faz com que as outras pessoas participem também e reflitam. Esta postura causa de início, certo desconforto para as pessoas, mas que depois todos acabam concluindo que esta atitude contribui muito para as suas atividades.

*“As pessoas que trabalham com a gente no começo estranham bastante essa mudança, porque nós começamos a questionar mais, querer saber o que elas sabem, e elas no começo não aceitam muito ... eles percebem muito essas mudanças...”*

*“... Eu acho que perceberam sim, passei a agregar mais as pessoas, fazer grupos dentro da própria unidade...”*

## **Mudança da prática**

Eles relatam que com o passar do tempo, os profissionais tendem a fazer os procedimentos “dentro de um limite de aceitabilidade e segurança”. A partir do momento em que eles assumem o papel de docentes no curso, que são a referência, eles voltam a desenvolver as suas atividades da maneira como aprenderam, com uma maior qualidade.

Muitos nunca tinham experimentado trabalhar com auxiliar e agora têm que se adaptar e criar condições para este trabalho.

*“... Mudei completamente meus métodos de fazer as coisas, a circulação na sala...”*

*“... enriquece mesmo a gente, tem melhorado nosso conhecimento...”*

*“você está sempre aprendendo...”*

*“..., mudei muita coisa... tanto profissionalmente quanto em relação às outras pessoas...”*

### **Comparação entre USF X UBS**

Os odontólogos que atuaram como docentes falam que o trabalho em equipe é preconizado na USF, onde o profissional entra para desenvolver um trabalho em equipe. Já na UBS, às vezes ou quase nunca eles têm essa preocupação com o trabalho em equipe. Não há planejamento em grupo, eles ficam fechados nos seus consultórios e também não dão abertura para outras pessoas. Muitos ainda resistem a liberar a sua agenda para a recepção, ainda mantendo o processo de trabalho centrado no profissional, como aprenderam na sua formação. A carga horária ampliada é apontada como facilitador do trabalho em equipe e ao recurso da problematização.

Percebe-se pela fala das pessoas que este entrosamento no PSF ocorre com maior naturalidade porque o processo de trabalho deles é diferente. A proposta de trabalho em equipe já é dada quando eles são contratados.

*“... Eu trabalho nos dois. Em UBS e em USF e eu percebo que dentro do PSF é muito mais fácil aplicar a metodologia em todos os momentos, porque a gente fica a maior parte, muito tempo juntos, a carga horária do pessoal é tudo igual. A gente tem tempo para discutir muito, elaborar muito. Todos os projetos que a gente aplica são discutidos em equipe. A gente ouve a opinião desde o ACS até dos outros profissionais, dá para discutir bastante. Já na UBS tradicional é mais complexo, é muito mais difícil você ouvir a opinião... PSF facilita mais.”*

*“... pela carga horária, na USF é mais fácil fazer.”*

## **Desdobramentos profissionais**

Apontam que o fato de estarem participando da formação, das capacitações técnicas e pedagógicas os coloca um pouco em evidência. As pessoas começam a percebê-los mais. Desse modo, quando ocorre alguma reunião para trabalhar assuntos voltados à educação, eles são lembrados e convidados.

*“fui convidada para ser gerente de uma unidade,... pelo fato de não estar fechada”*

*“... sabendo que eu gostava de fazer isso, foram me convidando, fui recebendo convites.”*

### **4.1.2 - Vida pessoal**

#### **Estímulo para seguir em frente**

Também todos relataram que ao terem que se preparar para dar as aulas ou acompanharem os alunos nas aulas práticas, tinham que estudar um pouco para se sentirem mais seguros. Isto despertou em alguns, vontade de voltarem à academia, buscando outra formação, ou aprofundarem os seus conhecimentos. Os que não mostraram interesse na época em voltar a estudar relataram que mesmo sem voltar para a academia eles tiveram mais interesse em ler, buscar mais conhecimentos. Eles falaram que o material pedagógico utilizado no curso, as apostilas, foram muito bem feitos. Alguns acham até que o conteúdo é para o nível de graduação e isto os levou a estudar mais o próprio material que seria trabalhado.

*“... me deu vontade de fazer outros cursos...”*

*“... me despertou essa área acadêmica e eu fiz especialização...”*

*“... desperta o interesse para a gente que estava meio parada, desperta para estudar um pouco mais...”*

#### **Mudança no comportamento com os filhos**

A quase totalidade deles relatou também mudanças em casa, especialmente com os filhos. A metodologia da problematização possibilitou um diálogo maior, o que é percebido pelos familiares também. Quando não damos as respostas prontas, fazemos

com que as pessoas se tornem sujeitos das decisões refletindo e colocando a sua opinião.

*“... a mudança grande foi com os filhos, não ir direto ao assunto... ouvir mais...”*

*“... essa mudança de comportamento na minha vida foi um divisor de águas...”*

### **Ascensão funcional e reconhecimento**

O processo de trabalho em odontologia é marcado pelo trabalho isolado, dentro da sala de odonto, com a sua agenda, quiçá com a presença de uma auxiliar. Isto vem desde o processo de nossa formação. Fica difícil assim nos entrosarmos às outras pessoas da Unidade Básica. A partir do momento em que se abre as portas do consultório conforme foi dito por uma das entrevistadas, e sai, há a oportunidade de conhecer e ser conhecido.

*“... e após o curso fui convidada para ser gerente de uma outra unidade... e agora sou responsável pela interlocução de saúde bucal, fui para outros lugares...”*

*“..... é uma coisa que a gente incorporou, aprendeu e gostou agora vai aplicando, a gente vai se aprofundando cada vez mais.”*

*“... aluno, professor, não teve um que não falou que valeu a pena...”*

### **Desabafo ...**

*“... o sucesso de uma coisa..., é fruto do esforço pessoal, aluno, professor, não teve um que não falou valeu a pena...”*

#### 4.2 - PERFIL DOS EGRESSOS E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE O CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ASB.

Foram convidados oito alunos e todos aceitaram prontamente participar da pesquisa, pelo que sentiam orgulho de ser convidados e se mostraram felizes por estarem ali, participando daquele processo. Destes, cinco fizeram o curso na ETSUS-Leste II e três fizeram o curso na ETSUS-Leste I. O perfil do grupo de egressos apresenta traços como:

**Tabela 6 – Número de egressos do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal, segundo sexo e faixa etária, São Paulo, 2005**

Faixa etária	21-30	31-40	41-50	51-60	Total
Sexo feminino	2	2	1	1	6
Sexo masculino	0	1	1	0	2
Total	2	3	2	1	8

**Fonte:** Pesquisa de campo

**Tabela 7 – Perfil de egressos do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal, segundo a percepção do curso, São Paulo, 2005**

	Sim muito	Sim pouco	Não	Total
2-Você se sente mais valorizada/o após o curso?	8	0	0	8
3-Você utilizou o material didático ofertado pelo curso no seu dia a dia?	8	0	0	8
5- A maneira como você encarava o trabalho modificou após o curso de formação?	8	0	0	8

Fonte: Pesquisa de campo

**Tabela 8 – Perfil de egressos do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal, segundo a atuação na área, São Paulo, 2005**

	Sim	Não	Total
<b>1- Você já trabalhava como auxiliar de consultório dentário antes do curso?</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
<b>4- Os pacientes referiram alguma mudança na sua atuação junto a eles?</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>6- Depois de terminado o curso, você está atuando como Auxiliar de Consultório Dentário?</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>7- Possui vínculo empregatício?</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>

Fonte: Pesquisa de campo

Quanto às percepções dos egressos sobre o curso de formação profissional voltado para o ASB, destacam-se os mesmos dois eixos: a prática profissional e a vida pessoal, contudo as categorias apontadas para cada eixo são específicas a esse grupo.

#### **4.2.1 – Prática profissional**

##### **Tomada de consciência do fazer**

A maioria dos egressos afirmou que antes do curso desempenhavam a função de auxiliar sem saber o como e o porquê de fazer daquela maneira. Com a formação eles tiveram os fundamentos, a teoria e puderam relacionar o aprendizado com a prática, transformando esta última.

*“... eu não sabia sobre a manipulação, sobre o porquê de fazer a manipulação correta, ....” (egresso de UBS)*

*“... não tinha muito conhecimento do porquê...a gente aprendeu a lidar com o paciente ... saber para que serve o material e o que está fazendo.” (egresso de USF)*

##### **Mudança no tratamento com os pacientes**

Eles relatam que as aulas sobre humanização no atendimento e sobre ética, foram muito trabalhadas. Eles puderam refletir mais sobre a maneira como trabalhavam, como se comportavam com os pacientes, com os colegas e notaram que houve uma grande diferença. A partir do momento que refletem sobre a prática começam a rever a suas atitudes e posturas, modificando-as.

*“... e principalmente a lidar com o paciente ...a parte de ética profissional, de tudo, o curso me deu tudo.” (egresso de UBS)*

*“... aprendi muito sobre o SUS, os princípios também, a humanização, atendimento com as pessoas. Trabalhava há uns 3 a 4 anos ali na UBS mas tinha visão diferente , não me colocava no lugar das pessoas, das necessidades das pessoas que vinham. Então conforme a gente vem pro curso, a gente entra pra realidade das pessoas.”(egresso de USF)*

## **Reconhecimento por parte dos outros profissionais e pelos pacientes**

Eles se mostraram muito satisfeitos por terem o seu trabalho reconhecido pelas várias pessoas com quem trabalham, chefes, colegas, clientes e população.

*“... Hoje eu recebo mais elogios do que críticas.” (egresso de unidade Mista)*

*“... os enfermeiros vêm pedir para eu fazer grupos, para falar sobre a saúde bucal...” (egresso de USF)*

*“As outras colegas ASB percebiam que o meu conhecimento era maior e vinham perguntar para mim como tinha que ser feito...” (egresso de USF)*

*“... a dentista trabalha com duas auxiliares. Ela comenta que existe uma diferença entre nós. Isto é a partir do curso que eu fiz “ (egresso de UBS)*

*“... a gente aprende muito humanização... começa a ajudar de maneira diferente...” (egresso de UBS)*

*“quando se trata de chefia eu acho que o reconhecimento é menor...” (egresso de UBS)*

## **Evolução Profissional**

As pessoas quando não têm chance no trabalho, se acomodam e acham que não tem mais idade, ou que nunca terão chance novamente para procurarem outros caminhos. O curso é percebido pela maioria como esta oportunidade para os trabalhadores da rede municipal de saúde. Eles tiveram que voltar a estudar, foram buscar o certificado do ensino médio que era exigência para o curso. Isto já lhes dá um crescimento maior e após ter concluído o curso técnico, muitos ainda foram aprovados em concurso público.

*“... Eu era ajudante geral... Depois do curso eu prestei concurso para a prefeitura, uma coisa que eu nunca pensei para mim. Passei. Tentei processo seletivo numa OS e através deste processo estou trabalhando na área.” (egresso de UBS e USF)*

*“... quando surgiu este curso eu vi a possibilidade de crescer...” (egresso de UBS)*

*“... eu tinha uma necessidade de tentar crescer e tentar fazer alguma coisa e sair daquela condição...” (egresso de UBS)*

### **Valorização Profissional**

Foram unânimes ao dizerem que tiveram uma valorização profissional. Sentiram-se capacitados a tomar decisões no cotidiano do trabalho ou seja, esta autonomia conferiu-lhes uma confiança com relação aos aspectos técnicos da atenção à saúde.

*“... quanto à minha vida profissional mudou muito... Passei a me valorizar mais e...” (egresso de UBS)*

*“... depois que fiz o curso eu passei a ter uma profissão, um conselho de classe ...E hoje o mercado está aberto para o nível técnico...” (egresso de USF e de UBS)*

*“... você se valoriza, melhora o vocabulário, quero fazer uma faculdade para melhorar... Este ano tive que escolher...optei pelo curso de TSB. Vou dar prioridade a isto... acredito no método...” (egresso do USF)*

*“... você é valorizado pelo seu trabalho.” (egresso de UBS)*

*“... Eu acredito que teve uma valorização profissional.” (egresso de UBS)*

*“... através do curso tenho uma profissão,” (egresso de USF)*

### **Limites para educação permanente**

Ainda tem um peso grande a carência de recursos humanos na saúde e também a pouca importância que é dada à educação permanente na saúde. O olhar está voltado mais para o presente, para a produção. Os gestores em sua maioria não querem deixar os profissionais saírem para curso porque pode haver uma queda na produção, e ele precisa justificar esta diminuição da produção para a sua coordenadoria.

*“... Os outros profissionais começaram a reclamar que a sala ficava suja. Fiquei com medo que a gerente pedisse para eu parar o curso...” (egresso de USF)*

*“... a própria gerente que me liberou, passado um mês veio perguntar quando ia acabar o curso.” (egresso de UBS)*

### **Desinibição**

O fato de terem uma consciência maior sobre o que fazem, lhes dá uma segurança maior e eles se sentem à vontade para falarem, se expor mais. Eles se reconhecem com uma maior fluência e curiosidade por conhecer.

*“... abriu os horizontes. Eu falo mais, converso mais, pergunto mais e me faz bem...” (egresso de UBS)*

*“... Levou os novos conceitos para família e acha que mudou muito em casa e no trabalho...” (USF)*

### **Valorização pelos colegas da equipe**

Percebe-se que a valorização por parte dos colegas da equipe tem um significado muito importante para eles.

*“... os enfermeiros vieram pedir para eu fazer grupos, para falar sobre a boca, os dentes. Isto mostra que estão me reconhecendo...” (egresso de USF)*

*“... teve diferença dentro da sala. Minha dentista... depois do curso ela começou a perceber a diferença... troca de idéias, de ações” (egresso de UBS)*

*“... Tinha os grupos para fazer e os dentistas falavam vai você... Eles tinham muita confiança porque eles conheciam o curso...” (egresso de USF)*

*“... eles comparam a nossa formação com outros cursos...” (egresso de USF)*

*“... o gerente me punha para fazer grupos até quando tinha evento com crianças... Eu acho que isso é valorização...” (egresso de UBS)*

*“... o CD sete que o curso com seu método estimula o trabalhador.” (egresso de UBS/USF)*

## **Comparação entre USF e UBS**

Percebe-se uma diferença entre UBS e USF. São observadas diferenças na forma de gestão de RH, tipo de contratação, salário, carga horária e próprio processo de trabalho.

*“Na UBS não fazemos grupos educativos por orientação da coordenadora... Os grupos só são realizados no ESF.” (egresso de USF/UBS)*

*“... No PSF tem maior valorização, reunião periódica, se discute o trabalho, tem capacitação, a diferença é o comprometimento.” (egresso de PSF)*

*“... mas no PSF tem sim educação continuada. Falta atualização, valorização e comprometimento no caso dos funcionários públicos.” (egresso de USF)*

*“... as pessoas estão se preocupando com a terceirização e esquecendo a prefeitura, ela está abandonada.” (egresso de UBS)*

*“... no PSF quem não trabalha cai fora, o perfil é diferente, a pessoa é mais capacitada.” (egresso de UBS)*

*“... o que falta na UBS são os grupos educativos, a coordenação fala para não fazer grupos..., que é para atender os pacientes.” (egresso de USF/UBS)*

*“... na UBS não existe grupo, é só curativo...” (egresso de UBS)*

*“... sinto falta de educação continuada. No PSF cada um trabalha como quer.” (egresso de PSF)*

### **4.2.2. Vida Pessoal**

#### **Quanto à auto-estima**

Observa-se que a auto-estima muda muito após o curso. Eles se sentem muito reconhecidos e valorizados ao poderem falar e ensinar. Conseguem refletir sobre a postura anterior ao curso e perceber que a mudança foi para melhor. Isto lhes dá o direito de cidadãos, que podem além de opinar, serem formadores de opiniões e

promoverem mudanças de hábitos. Eles reconhecem a importância desses direitos que lhes são dados por meio de políticas públicas.

*“... muitas coisas mudaram na minha casa. Eu tinha o papel de orientar...”*  
(egresso de USF)

*“... pego muito no pé da família...”* (egresso de USF)

*“A família acha que ficou até muito crítico.”* (egresso de USF)

*“... passamos muita informação para a família...”* (egresso de UBS)

*“... o que mudou, foi a orientação sobre a higiene preventiva, eu não tinha a orientação do porque,”* (egresso de UBS)

*“... você vira referência na família...”* (egresso de USF)

*“O curso mostrou que tenho importância, tenho uma contribuição importante dentro da equipe”* (egresso de UBS)

*“Quem me viu e quem me vê hoje, não acredita”* (egresso de USF)

*“... Melhorou no emprego e socialmente...”* (egresso de USF e UBS)

*“... acredito nas políticas públicas direcionadas para a periferia, eu sou uma prova que essa política muda a vida das pessoas...”* (egresso de USF)

## **Profissionalização**

Com a profissionalização, eles se sentem incluídos e se percebem cidadãos que têm direitos e deveres.

*“... através do curso tenho uma profissão,... me sentia excluída e hoje estou inserida, aprendi mais, tenho mais coisas para aprender.”* (egresso de USF)

*“... hoje tenho uma profissão, quero expandir...”* (egresso de UBS)

#### 4.3. ANÁLISE SOBRE OS EFEITOS DO CURSO SOBRE AS PRÁTICAS SOCIAIS EM SAÚDE BUCAL

*O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho<sup>84</sup>.*

Estes sentidos estão muito presentes na pesquisa realizada. O perfil mostra que os alunos estavam distantes dos estudos e a necessidade de escolarização, os fez retomar os estudos formais, completar o ensino fundamental e médio, e assim buscar uma profissionalização ou uma melhora no seu desempenho profissional. A oferta da ETSUS-SP significou para eles como uma oportunidade de profissionalização.

Esta retomada possibilitou de forma expressiva, o aumento da autonomia intelectual desses trabalhadores e fez com que eles pudessem refletir sobre a sua prática e sobre o serviço em que atuam, ou seja, refletir sobre o SUS que é o seu espaço de trabalho e deveria ser também o seu espaço de realização profissional e pessoal. O ensino trouxe a consciência mais crítica tanto do agir na clínica quanto na promoção da saúde. Com esta consciência crítica, se tornaram formadores de opiniões e passaram a promover mudanças de hábitos em casa, na sociedade e no trabalho quanto à alimentação, cuidados com a escovação, etc..

Estas mudanças propiciaram às pessoas que trabalham com eles, a vontade de trocar idéias, de tomá-los como referência para dúvidas com relação ao serviço, de chamá-los para atuar mais próximos da população. O reconhecimento veio também por parte do gerente, da necessidade do trabalho desenvolvido por eles, e até contar com eles para trabalhar em momentos fora de seu horário de trabalho em eventos na comunidade.

O fato de serem reconhecidos pela população nos espaços fora de seu local de trabalho, em função do que desenvolvem enquanto trabalhadores, também os deixou fascinados. Isto elevou muito a auto-estima desses alunos.

Impressionou a fala de que “antes do curso eles faziam as coisas por fazerem”, sem saber o porquê. Este movimento é que podemos situar como tomada de consciência deste fazer, ou seja, agora eles possuem o domínio do conhecimento técnico-científico. Com isso, eles desenvolvem uma autonomia e uma segurança que os torna mais capazes. Conforme fala Saviani<sup>77</sup> (1994), “*nós só podemos nos libertar dos aspectos mecânicos da aprendizagem quando eles tiverem sido incorporados, internalizados por nós.*”

Eles colocam em prática a criatividade, mas com bases técnico-científicas para dar conta da realização de seu trabalho. Quando se sabe o porquê de fazer, fica mais fácil pensar como podemos chegar ao mesmo resultado de outra maneira com a mesma eficiência e eficácia. Quando favorecemos ao aluno/trabalhador ser crítico, estamos também, preparando-o para ser cidadão e para se humanizar, conforme citou Berbel<sup>78</sup>.

A sistematização do saber contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Dewey<sup>85</sup> aponta que o uso da linguagem para a transmissão e aquisição de idéias seria a extensão e aperfeiçoamento do princípio de que as coisas adquirem significado quando usadas em uma experiência partilhada ou em uma ação conjunta.

Os usuários perceberam as mudanças no atendimento. Os egressos puderam ao longo do curso vivenciar a troca de posições, puderam se colocar no lugar do outro e refletir em como gostariam de ser tratados e assim lidar de forma diferente as pessoas que freqüentam as unidades de saúde. Eles experimentam o sentido social de suas ações.

Pode-se perceber o quanto o conteúdo de ética teve importância no aprendizado deles. O quanto a reflexão e as atitudes vivenciadas fizeram com que eles mudassem a sua postura e percebessem a importância dessa mudança. Eles consideram ganhos sobre a humanização do trabalho, através do respeito ao usuário e da atenção na orientação prestada à população.

Consoante com Machado<sup>86</sup>, concordamos que o sentido de utilidade pública e social é fundamental para se obter o monopólio do saber e da prática profissional, por meio do código de ética e de normas que assegurem homogeneidade e qualidade técnica aos serviços prestados. “*A transmissão de confiabilidade social é de fundamental importância para que a profissão se consolide no mercado de prestação de serviços.*”

O reconhecimento pela família também é referenciado pelos egressos com muita ênfase. Eles se sentem importantes podendo levar informações aos familiares e conhecidos e se realizam quando são ouvidos, quando as pessoas seguem as orientações dadas por eles e quando são reconhecidos na rua ou no bairro pelo trabalho educativo que realizaram.

Eles têm consciência da diferença de gestão e sentem na própria pele esta diferença. Eles apontam que apesar das diferenças entre os processos de trabalho na UBS e na USF, quem dá a condução sobre às atividades é o gerente da Unidade. Assim minimalizam assertivas como as USF fazem prevenção e as UBS ficam com a parte curativa, pois não há consenso em torno disto. Eles apontaram que conforme o envolvimento dos gerentes, as atividades são mais ou menos preventivas e/ou curativas e o gerente que direciona as atividades, que dependendo do envolvimento dos gerentes, as atividades são preventivas e/ou curativas.

Conforme Peduzzi<sup>87</sup> a desigualdade nos processos de trabalho em saúde significa uma valoração e legitimidade social muito desigual, não apenas diferente. Desigualdade essa

*que está expressa, concretamente no cotidiano do trabalho, no modo de inserção dos sujeitos e nas relações que estabelecem a partir da inserção desigual. Ou seja, a desigualdade não está em abstrato no trabalho, mas sim nas relações entre os sujeitos do trabalho, bem como na estrutura organizacional que estabelece e reproduz a desigualdade no salário e demais benefícios, no horário de trabalho, no acesso aos cargos na participação em instâncias de decisão e possibilidade de influência política e outros.*

Percebe-se pela fala dos egressos que este entrosamento no PSF ocorre com maior naturalidade porque o processo de trabalho deles é diferente. A proposta de trabalho em equipe é um traço da estratégia e já é dada quando eles são contratados. A carga horária (40 horas) também facilita esta forma de trabalho.

Para os odontólogos no que diz respeito ao processo de trabalho, a carga horária de 40 horas que são do PSF, também é apontado como um componente que favorece a integração da equipe e o planejamento voltado para o cuidado. Uma dificuldade ou fator negativo segundo eles é a diferença salarial entre USF e UBS, indicando os limites para gerir recursos humanos para exercerem a mesma função, com contratos e salários diferentes.

Contudo, os auxiliares mostraram que o fato de se apresentarem diferenças salariais devido às formas de contratação, no começo gerava inquietação e inimizades,

mas que no final acaba resultando no mesmo trabalho. Eles compreendem que isto é dado como diretriz da Secretaria da Saúde e que eles não têm poder para mudar, embora lamentem que a Prefeitura possa perder espaço na conclusão das políticas públicas como sugere a fala: “tem outras entidades que são espertas e que vão tentar se apropriar de tudo que a Prefeitura permitir.” (*egresso de USF*)

Segundo Saviani, o trabalho alienado não realiza e eles expressaram muito bem esta afirmação quando disseram que “faziam as coisas por fazer, sem saber o porquê”, e que só tomaram conhecimento disso ao aprenderem a fundamentação teórica do que faziam. Considera-se pois que a prática é o fundamento do conhecimento pois, o homem só conhece o que é objeto ou produto de sua atividade e só o conhece porque atua praticamente, ou seja não é qualquer prática, mas fundamentalmente o trabalho.

Por outro lado, os odontólogos mostravam-se acomodados a suas funções. Para estes também o curso é uma oportunidade, um estímulo a ir em frente.

A principal contribuição apontada pelos docentes por terem participado do processo de formação profissional dos ASB foi com relação à metodologia da problematização. Foi unânime a fala de que a postura deles mudou após terem tido contato com essa metodologia. Mudaram nos locais de trabalho e principalmente em casa com a família e filhos, pelo aprendizado em torno da escuta que dá um espaço ao outro, ao interlocutor que passa a ser visto como sujeito.

Continuam aplicando a problematização no serviço em outras ações como reunião de equipe, que busca solucionar problemas no dia-a-dia. Em casa com os filhos, foi muito ressaltado também.

Com relação à valorização profissional, eles não tinham muito claro isso. Alguns até expressaram não ter percepção alguma sobre isso, embora outros mostrassem que o fato deles terem participado de reuniões, capacitações pedagógicas ou técnicas, já é uma demonstração de que estão sendo reconhecidos.

É importante o relato sobre a volta aos estudos, rever a própria prática, a mudança de postura para melhor ou para um trabalho que possa ser utilizado como referência pelos alunos. Esse é um aspecto positivo da avaliação quanto a possibilidade de mudar uma prática constituída há anos.

Essa experiência de formação em serviço é um contraponto a visão que com cursos de curta duração, atualizações da maneira como são oferecidas para não afastar o profissional da sua prática por tanto tempo, não se provocam mudanças. Segundo esta visão, para que se dê o aprendizado, para que sejam incorporadas as mudanças propostas, é necessário que haja tempo para reflexão, rever a prática e só então mudá-la.

Aqui, contrasta o sentido de oportunidade dada pela participação dos docentes, que ao se implicarem no curso, na metodologia utilizada conseguem se libertar do consultório e se abrir para o mundo.

Assim, a formação no serviço e para o serviço, no âmbito da educação permanente operou processos formativos com dois ganhos: o da formação profissional do auxiliar e o da atualização/reolhar da prática pelo docente. O odontólogo se diz satisfeito em relação ao material didático pedagógico, que é utilizado como referência no dia-a-dia, dado sua qualidade realçada nas falas e no instrumento de identificação.

No trabalho em equipe ninguém perde o seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas assume uma nova dimensão, onde conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada<sup>20</sup>.

Os odontólogos-docentes apontaram que a demanda reprimida por ações curativas, impõe uma sobrecarga de atendimento individual sobre as ações coletivas. Isto é mais claro nas UBS do que na USF. Aí o trabalho em equipe alerta sobre estar atenta à comunicação e às ações educativas, tanto na relação com a comunidade como na comunicação entre si, num processo de localizar a importância da assistência clínica individual no contexto das ações coletivas de prevenção e promoção de saúde, fundamentais para a melhoria dos indicadores de saúde bucal.

## 5. CAPÍTULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise deste estudo evidencia a importância de um reconhecimento maior por parte da Secretária Municipal da Saúde em relação à formação profissional dos seus quadros haja visto que as contribuições apontadas neste estudo não são poucas.

A formação profissional pensada como uma proposta de educação permanente, promove mudanças nas práticas, pois aproxima os diferentes agentes envolvidos no processo de trabalho. Essa aproximação permite uma troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais propiciando uma melhor compreensão do trabalho baseado em diferentes núcleos de saber.

A maior contribuição apontada neste estudo foi relativa à metodologia da problematização e a motivação para a retomada dos estudos no sentido do auto-aperfeiçoamento seja por parte dos odontólogos docentes. A problematização, estratégia pedagógica utilizada pela ETSUS-SP, leva a uma contextualização dos casos vivenciados em seus locais de trabalho, pelas equipes, em seus locais de trabalho, e se constituem em processos educativos. Processos estes, que serão mais expressivos na medida em que os participantes da equipe de saúde bucal (CD, ASB e TSB), se percebam e sejam tratados como sujeitos do processo contínuo de construção e reformulação do modelo de atenção.

O fato de todos os egressos entrevistados terem dado continuidade à sua formação, e estarem fazendo o curso de habilitação profissional em TSB, mostra a adesão dos auxiliares ao programa proposto e uma avaliação positiva da política da SMS. E sem dúvida, indica repercussão positiva no serviço, pois, com profissionais qualificados, o atendimento à população terá uma melhor qualidade, ofertando-se um melhor atendimento à demanda, como relatam os entrevistados. Corrobora esta análise o fato de todos os egressos do curso entrevistados exercerem a função de ASB para a qual foram habilitados, e confirma a pertinência da formação em serviço.

O desafio passa a ser pensar uma política de RH que busque inseri-los no sistema promovendo o seu aproveitamento na assistência pela sua reinserção evitando assim que as Organizações Sociais que atuam na composição público-privado para organização dos serviços de atenção básica os absorvam por meio de processos seletivos, fazendo com que deixem a rede pública.

Os alunos egressos dos cursos da ETSUS-SP apresentam uma classificação muito boa nos concursos públicos e processos seletivos, se não houver uma política de

salários justa, condizentes com a realidade do mercado, a Secretaria Municipal da Saúde pode perder os seus trabalhadores para os parceiros ou para o mercado, uma vez que, hoje os salários são muito desiguais.

Para contemplar a necessidade da SMS se abrir para parcerias com Organizações Sociais, os contratos de gestão poderiam ter cláusula que indicasse a importância das pessoas contratadas passarem pelo processo de formação e capacitação ofertada pela ETSUS-SP. Esta com a formação em serviço busca também trabalhar as relações de trabalho em equipe, ampliando a perspectiva sobre o objeto de trabalho em saúde, historicamente construído.

A proposta do Ministério da Saúde é fortalecer a Educação Permanente e a Secretaria Municipal da Saúde na sua aproximação com essa política, deve estabelecer mecanismos de compensação para a ausência do profissional da Unidade, que trabalha com o foco na produtividade. Hoje, uma das justificativas para conter que os profissionais se afastem para fazer cursos é a queda na sua produção e, no entanto, deveria se considerar que a produção daquele aluno, no momento, é a formação, que não pode ser vista como externo ao processo de produção.

Um exemplo que se pode dar é relativo aos profissionais que atuam como docentes ou coordenadores de curso. O tempo que dispensam para preparação das aulas teóricas e práticas deve ser recompensado de alguma maneira, servindo como estímulo à sua participação, uma vez que com isto o serviço também obtém melhorias através, por exemplo, da atualização que os profissionais realizam ao se prepararem para a docência a reflexão sobre a própria prática.

O fato da formação em serviço propiciar uma reflexão sobre a prática pode levar ao estabelecimento de uma mudança desta, voltada efetivamente para o trabalho em equipe. Uma mudança que dê fim à odontologia fechada entre quatro paredes e volte o olhar às necessidades reais da população, tentando mudar o perfil epidemiológico.

A necessidade de atenção integral demanda articulação entre ações preventivas e curativas e ações individuais e coletivas. Para isto, a equipe deve superar a contradição entre ações orientadas para a prevenção ou cura, entre atenção ao indivíduo ou grupos, ao ampliar sua compreensão sobre processo saúde-doença.

A formação em serviço poderia compensar a necessidade da educação continuada que vinha sendo oferecida pelos parceiros nas USF, pois como se disse anteriormente, o processo de reflexão sobre a prática, as preparações aos docentes realizadas por meio das Capacitações Técnicas Pedagógicas anteriormente a cada

Unidade Didático Pedagógica do curso e o material didático pedagógico, cumpririam o mesmo papel.

A integração da ETSUS-SP enquanto aparelho formador ao serviço faz com que se formulem estratégias que busquem uma aproximação cada vez maior entre diferentes setores.

A reflexão sobre a própria prática gera uma contextualização e promove um diálogo entre as políticas gerais e as especificidades das UBS/USF loco-regionais, gerando análise e podendo propor mudanças se houver necessidade.

Ao abrirmos as portas do consultório odontológico, inicialmente para a equipe auxiliar, estaremos abrindo também para a equipe toda da UBS/USF, realizando assim a integração do trabalho em Saúde Bucal ao da Equipe de Saúde da UBS/USF. Vislumbra-se assim a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade nas respostas às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo, ao promover ganhos aos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

Para finalizar gostaria de deixar aqui um trecho de Gastão Wagner, com o qual este trabalho se identifica:

*“O viver cotidiano não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo. Que o trabalho em um centro de saúde, hospital, ou em qualquer outra instituição pública pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto”<sup>88</sup>.*

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. 92 p.
- 2 - Brasil. Lei 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) publicado no DOU em 26/12/2008. Brasília. DF.
- 3 - São Paulo (Município)- ETSUS-SP. Apostila de Técnico em Higiene Dental – Unidade 1, São Paulo. 2008.
- 4 - Narvai, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública, 2006; 40 (N.Esp): 141-147
- 5 - São Paulo (Município) - Plano de Curso de Técnico em Higiene Dental.. ETSUS-SP. Junho, 2005.
- 6- Morgan,D.L. Focus Group as Qualitative Research, Beverly Hills: SAGE Publications,1988.
- 7 - Cruz Neto, O; Moreira, MR; Sucena, LFM. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XIII, 2002, Ouro Preto, Minas Gerais, p.9.
- 8 - Gatti, B.A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas- Série Pesquisa em Educação. Brasília - DF, 2005.
- 9 - Franco, MLPB. Análise do Conteúdo, Brasília; 2º edição: Líber Livro Editora, 2007.
- 10 - Bardin, L. Análise de Conteúdo. Edição Revista e actualizada, 2009.
- 11 - Brasil. Ministério da Saúde: Conselho Municipal da Saúde. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Revista Bioética, Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, vol. 4, pag.15-25, 1996
- 12 - MedeirosJr, A. Modelos assistenciais em saúde bucal. In; Ferreira, MAF; Roncalli,AG;Lima,KC.(Org).Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar. Natal (cidade) - RN. EDUFRN, 2004. p. 277-286.
- 13 - Roncalli, AGO. A Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal. Araçatuba: SP, Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2000. (Tese).
- 14 - Pinto, VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2000.

- 15 - Chaves, MM. Odontologia Sanitária. Washington: Oficina Sanitária Pan-americana, 1962.599p. (Publicaciones Científicas, n.63).
- 16 - Narvai, PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec,1994.113p.
- 17 - Zanetti, CHG. As marcas do mal estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil nos anos 80. Rio de Janeiro, 1993, 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
- 18 - Calado, GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios. Rio de Janeiro, 2002, 122 p. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
- 19 - Paim, JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Interface comunicação, saúde, educação 2001; 9:143-145.
- 20 - Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.
- 21 - Silveira Filho, AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Boletim do Programa de Saúde da Família, dez. 2002.
- 22 - Manfredini, M A. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil in Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalhos e Práticas, Dias, AA. & Col. Livraria Santos Editora, 2006. p 59
- 23 - Linan, MBG. Manual do Trabalho e formação do ACD e THD. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2009.
- 24 - Brasil. Coordenação Nacional de Saúde bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília, pg.16, 2004.
- 25 - \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Divulgação em saúde para debate n. 21. P.68-73. 2000.
- 26 - \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 2000.
- 27 - \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Regulamenta as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2001b.

- 28 - \_\_\_\_ Ministério da Saúde. A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Inf.Aten. Básica (periódico na internet). 2001. mar (acesso em 15 de out 2007); Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documento/informes/psfinfo7.pdf>.
- 29 - Dias, AA. Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas, Dias, AA. & Col. Livraria Santos Editora, 2006. p. 1 a 20.
- 30 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun 2003.
- 31 - Narvai, PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal/ Coordenação Leo Kriger. 3ªed. São Paulo: Artes Médicas, 2003, v. p475-494.
- 32 - Narvai, PC. Recursos Humanos para a Promoção da Saúde Bucal. Promoção de saúde Bucal- ABOPREV. São Paulo: Artes Médicas, 1997.p.449-463
- 33 - Botazzo, C. Manfredini, MA.,Narvai, PC. Força de trabalho em Saúde Bucal. Rev. Saúde em Debate. Nº24, p 74-77. Londrina, mar/89.
- 34 - Brasil. Parecer nº 460, de 6 de fevereiro de 1975, MEC/CFE. Dispõe sobre a habilitação em nível de 2º grau de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 fev. 1975. Documenta, v. 171, p. 20-26.
- 35 - Conselho Federal de Odontologia (CFO). Decisão CFO-26/84 de 28 de agosto de 1984. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Higiene Dental e de Atendente de Consultório Dentário
- 36 - Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução CFO 155/84 de 25 de agosto de 1984. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.
- 37 - Pezatto, LM. A Formação para o Pessoal Auxiliar em Odontologia, no Brasil: Contribuição ao Tema. Revista Ação Coletiva. Brasília, nº 1, a 2, v.2, p. 35-40, jan/fev.1999.
- 38 - Robles, LP. Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007. 2008.448p. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- 39 - São Paulo (Município)- Secretaria Municipal da Saúde. COGEST: Documento Norteador. São Paulo; 2004.
- 40 - Motta, PR. Desempenho em equipes de saúde: Manual.Rio de Janeiro: Editora FGV;2001.

- 41 - Almeida, MCP., Mishima, SM. O Desafio do Trabalho em Equipe na Atenção à saúde da Família: Construindo “novas autonomias” no trabalho. Revista Interface, número 9. 2001.
- 42 - Pereira, IB. Políticas de Saúde e Formação de Trabalhador. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- 43 - Giddens, A. Modernidade e Identidade. Tradução Plinio Dentzien. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 2002.
- 44 - Ciavatta, M. O trabalho como princípio educativo: uma investigação técnico-metodológica (1980-1960). 1990. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PUC. p.330
- 45 - Cunha, LA. Educação para a democracia: uma lição de política. In: TEIXEIRA, A.(Orgs.) Educação para a Democracia: introdução à administração educacional. 2º Ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.p.13.
- 46 - Brasil. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 16/1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. Documenta (456) Brasília, set. 1999.
- 47 - Brasil. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 3.024 de 20/12/1961(LDB),
- 48 - Campello, AMMB & Lima Filho, DL. Educação Profissional. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.): Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.124.
- 49 - Brasil. Ministério da Educação. Lei 5692 de 11 de agosto de 1971. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências.
- 50- Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 7.044. Altera dispositivos da Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, referentes a profissionalização do ensino de 2º grau.
- 51 - Brasil. Ministério da Educação. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB) Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 dez. 1996.
- 52 - Brasil. Decreto nº 2.208 de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art 36 e os art. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília DF.
- 53 - Frigotto G.& Ciavata,M.(Orgs). A formação do Cidadão Produtivo : a cultura de mercado no ensino médio técnico. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

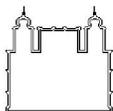
- 54 - Brasil. DEC 5154 de 23/07/2004. Regulamenta o parágrafo 2 do artigo 36 e os artigos 39 a 41 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- 55 - Cattani, AD. (Org). Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico- Petrópolis – Porto Alegre: Vozes – Editora da Universidade, 1997. 292 p.
- 56 - Saviani, D. A nova lei da educação. LDB, trajetória, limites e perspectivas. 8ª Ed. São Paulo: Autores Associados, 2003.
- 57 - Frigotto, G.. Trabalho e educação: formação técnico-profissional em questão. In Revista Universidade e Sociedade, ano III, nº5, julho. 1993.
- 58 - Brasil. Conferência Nacional de Saúde, III. Rio de Janeiro – GB, 1963. Relatório final. Disponível em [HTTP://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatório\\_3.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatório_3.pdf).1967,
- 59 - Brasil. Ministério da Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Brasília. 1967.
- 60- Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de RH. Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde. Brasília, 1982:20.
- 61 - Santos, I. Entrevista concedida a Izabel Brasil Pereira, 2000.
- 62 - Pereira, IB; Ramos, MN; Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.p.55.
- 63 - Brasil. Ministério da Saúde. Profae. Guia geral do Profae. Brasília. 2000.
- 64 - Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: MEC/CNE/CEB, 1999.
- 65 - Haddad, AE. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde frente aos desafios para consolidar o Sistema Único de Saúde in Amâncio, A, Oliveira, SP. (org.) Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Ação e Reflexões, ENSP. RJ, 2009.
- 66 - São Paulo (Município). Decreto nº 28.625 de 30 de março de 1990. Criação do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR. Publicado no DOM em 31/03/1990.
- 67 - São Paulo (Município). Decreto Municipal nº 42.120 de 19 de junho de 2002. Dispõe sobre a alteração da denominação do Núcleo de Formação do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR, da Secretaria Municipal da Saude e dá outras providências. Publicado no DOM em 19/06/02.

- 68 - Parecer CME nº 04/03. Aprovação do regimento escolar e planos de curso técnicos publicado no Diário Oficial do Município (DOM) em 24/05/03.
- 69 – São Paulo (Município) – ETSUS-SP. Projeto Político Pedagógico. 2005.
- 70 - Marx, Karl. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1988, p. 142
- 71 - Tumolo, P. S. O trabalho na forma social do capital e o trabalho como princípio educativo: uma articulação possível? Revista Educ. *Soc.*, Campinas, vol. 26, n. 90, p. 239-265, Jan./Abr. 2005. 243p.
- 72 - Saviani, D. O trabalho como princípio educativo frente as novas tecnologias. In: Ferretti, C.J. et al. (Org.). Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 73 - Gramsci, A. Marx e a pedagogia moderna. São Paulo, Cortez, Autores Associados, 1991.
- 74 - Ramos, M.. A pesquisa sobre educação profissional em saúde no MERCOSUL: uma contribuição para políticas de integração regional referentes à formação de trabalhadores técnicos em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S282-S291, 2007 in <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23s2/16.pdf> acesso em 07/09/2009.
- 75 - Saviani, D.- Comunicação apresentada na Mesa Redonda sobre a “Natureza e Especificidade da Educação” realizada pelo INEP, em Brasília, no dia 5 de julho de 1984. (Publicado anteriormente no Em Aberto, INEP, Nº 22, 1984.)
- 76 - Mello, G. N., Magistério de 1º grau. São Paulo, Cortez/Autores Associados, 1982
- 77 - Saviani, D. . Desafios Atuais da Pedagogia Histórico-Crítica., In: Silva Jr, C.A.. (Org.). Dermeval Saviani e a Educação Brasileira. São Paulo: Ed. Cortez, 1994, v. , p. -.
- 78 - Berbel, NAN. (org) Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações. Londrina, Ed. UEL, 1999, p10.
- 79 - Freire, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra S.A., 1975
- 80 - Bordenave, JD; Pereira, AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 14º Ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 81 - Azevedo, TMVE, Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do município de São Paulo: Análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde. 2002, 94p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- 82 - Bagnato, MHS. Educação Continuada na área de saúde: uma aproximação crítica. In: \_\_\_\_\_. ; COCCO, Maria I. M.; DE SORDI, Mara R. L. Educação, Saúde e Trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas, São Paulo: Alínea, 1999. Cap. 6. p. 71-98.
- 83 - Anastasiou, L G C, Metodologia do Ensino Superior: da Prática Docente A Uma Possível Teoria Pedagógica. 1. ed. Curitiba/ Paraná: IBPEX Editora, 1998.
- 84 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Série B Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde, v. 9. Brasília, 1ª Edição - 64 p., 2009.
- 85 - Moreira, C O F, *Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey*. Bragança Paulista: EDUSF, 2002.
- 86 - Machado, M H, Os médicos e sua prática profissional: As metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro. 2006, mimeo
- 87 - Aguiar, ZN, A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. 2001, 223p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. p. 190
- 88 - Campos, GW. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Merhy, EE; Campos, GW; Cecílio, LCO. (orgs.). Inventando a mudança na saúde. Editora Hucitec: São Paulo, 1994.p.67.

## ANEXOS

## Anexo 1 – Instrumento de identificação do egresso



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



### Identificação do egresso

Nome:.....

Profissão:.....

Região:.....

Tipo de vínculo:.....

Atuação na UBS ou PSF.....

Data da entrevista:.....

Horário de início:..... Término:.....

Local:.....

#### 1- Você já trabalhava como auxiliar de consultório dentário antes do curso?

1 -  Sim

2 -  Não

#### 2-Você se sente mais valorizada/o após o curso?

1-  Sim muito

2-  Sim pouco

3-  Não

#### 3-Você utilizou o material didático ofertado pelo curso no seu dia a dia?

1 -  Sim muito

2 -  Sim pouco

3 -  Não

#### 4- Os pacientes referiram alguma mudança na sua atuação junto a eles?

1 -  Sim

2 -  Não

#### 5- A maneira como você encarava o trabalho modificou após o curso de formação?

1 -  Sim muito

2-  Sim pouco

3 -  Não

**6- Depois de terminado o curso, você está atuando como Auxiliar de Consultório Dentário?**

1 -  Sim

2 -  Não

Por quê?

**7- Possui vínculo empregatício?**

1 -  Sim

2 -  Não

**8- Modalidade de vínculo:**

1 -  Concursado estadual

2 -  Concursado municipal

3 -  Contratado

municipal 4 -  Contratado estadual

5 -  outro

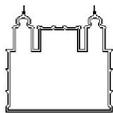
**9- Após sua formação como Auxiliar de Consultório Dentário, está fazendo ou fez algum outro curso técnico ou de graduação?**

1 -  Sim

2 -  Não

Qual curso? \_\_\_\_\_

## Anexo 2 – Instrumento de Identificação do Docente



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



### Identificação do docente

Nome:.....

Profissão:.....

Formação Acadêmica:.....

Região onde deu aula.....

Função no curso:.....

Experiência prévia e o tempo em docência:.....

.....

Período e tempo que acompanhou o curso:.....

Data do Grupo Focal.....

Horário de início:..... Horário de término:.....

Local:.....

**1- Os conhecimentos e técnicas utilizados neste curso são aceitos e usados no seu serviço ?**

1 -  Sim bastante

2 -  Sim pouco

3 -  Não

**2- Você já havia trabalhado como docente de curso técnico profissionalizante, antes deste curso? 1 -  Sim 2 -  Não**

**Há quanto tempo:**

**3 – Após sua atuação como docente do curso de formação de Auxiliar de Consultório Dentário, está fazendo algum outro curso ?**

1 -  Sim

2 -  Não

Qual Curso? \_\_\_\_\_

**4-Você acha que o fato de ter sido docente do curso de Auxiliar de Consultório Dentário contribuiu para melhorar o desempenho de suas práticas profissionais em saúde bucal?**

1 -  Sim muito

2 -  Sim pouco

3 -  Não

**5-A participação como docente do curso de formação profissional em Auxiliar de Consultório Dentário melhorou sua capacidade de solucionar os problemas no seu local trabalho?**

1 -  Sim muito

2 -  Sim pouco

3 -  Não

**6- Depois de participar deste curso você procurou ou foi convidado a trabalhar em outros locais ?**

1 -  Sim

2 -  Não

**7- Você se sentiu mais valorizado com esta experiência?**

1 -  Sim muito

2 -  Sim pouco

3 -  Não

### Anexo 3 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e em responder o questionário na pesquisa de campo intitulada - **CONTRIBUIÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E NA VIDA DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que em linhas gerais visa analisar a contribuição do curso de formação profissional em auxiliar de consultório dentário, realizado pela ETSUS-SP Leste I e II, na Região Leste do Município de São Paulo.

Fui também esclarecido (a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não oferecendo risco moral ou funcional ao meu exercício profissional.

A pesquisadora informou que devido ao pequeno número de participantes da amostra, não é possível assegurar o sigilo das informações.

Minha colaboração se dará por meio de coleta de dados via questionário e entrevista com vista a levantar informações que pretendem o aperfeiçoamento do objeto de pesquisa, realização do curso citado. Entendo que como sujeito do curso, a reflexão e o debate sobre seu impacto trarão benefícios a mim. Os questionários e gravações dos grupos focais serão guardados na ETSUS-SP, sob responsabilidade da pesquisadora e as transcrições serão guardadas em arquivo no seu computador, protegido por senha que só ela tem acesso, durante cinco anos, conforme prevê a Resolução 196/96.

Estou ciente que, em caso de dúvida, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/ FIOCRUZ, localizado à Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Sl.314 – Manginhos- RJ ou através do telefone (0xx21)2598-2863 ou ainda pelo e-mail [cep@ensp.fiocruz](mailto:cep@ensp.fiocruz).

A pesquisadora me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). Fui ainda informado de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para meu acompanhamento, ou sofrer quaisquer constrangimentos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## **Anexo 4 - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL – DOCENTES**

### **Questões chave:**

1. A participação como docente no curso de formação profissional do Auxiliar de Consultório Dentário acarretou mudanças em sua prática profissional e em sua vida pessoal? Quais, como elas se operaram e por quê?
2. E os profissionais que trabalham com você, como reagem as mudanças? Elas mudaram sua forma de interação com eles?
3. O processo de formação em que esteve envolvido favoreceu mudanças no âmbito das suas práticas profissionais exercidas na UBS e/ou PSF? Fale-nos um pouco sobre esse tema.
4. Depois de participar deste curso, você procurou ou foi convidado a trabalhar em outros locais em razão das mudanças vividas?

## **Anexo 5 - ROTEIRO DE GRUPO FOCAL- EGRESSOS**

### **Questões Chave:**

1. O curso de formação profissional em Auxiliar de Consultório Dentário promoveu mudanças na sua forma de pensar e agir no trabalho? Indique quais foram as mudanças, como elas se operaram e por que.
2. E quanto à sua vida pessoal, houve mudanças?
3. Essas mudanças foram percebidas em seu meio social como sua família e comunidade onde vive?
4. E os profissionais que trabalham com você, como reagem às mudanças? Elas mudaram sua forma de interação com eles?
5. O processo de formação em que esteve envolvido favoreceu mudanças no âmbito das suas práticas profissionais exercidas na UBS e/ou PSF? Fale-nos um pouco sobre esse tema.