

JOSÉ MIGUEL TOMAZEVIC

**COMPONENTE EDUCATIVO NA FORMAÇÃO E PRÁTICA
PROFISSIONAL DO PESSOAL AUXILIAR ODONTOLÓGICO**

São Paulo
2005

José Miguel Tomazevic

**Componente educativo na formação e prática profissional do
pessoal auxiliar odontológico**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo

São Paulo

2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tomazevic JM. Componente educativo na formação e prática profissional do pessoal auxiliar odontológico [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

São Paulo, / / 2005.

Banca Examinadora

1) Prof.(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura:

2) Prof.(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura:

3) Prof.(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura:

DEDICATÓRIA

A duas pessoas muito importantes para que meus desejos estudantis pudessem ir além dos sonhos:

Ao meu avô José Antônio dos Santos (in memoriam) pelo incentivo às minhas "idas à escola".

E à Profa. Terezinha Sartori de Oliveira, pelo estímulo aos estudos formais iniciais.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo, pelo apoio e orientação na condução deste trabalho.

Às Profas. Dra. Carmen Sylvia Vidigal Moraes e Dra. Lúcia Emília Nuevo Barreto Bruno, ambas da Faculdade de Educação da USP, pelo ensinamento e nova visão em relação à educação.

Ao Prof. Dr. Carlos Botazzo, pelo estímulo e colaboração na produção deste trabalho.

Ao professor do departamento de Odontopediatria da Universidade de São Paulo Prof. Dr. Marcelo José Strazzeri Bönecker, pelas orientações.

Ao Sr. Volnei Gonçalves Pedroso, pelo estímulo ao trabalho com a formação do pessoal auxiliar odontológico.

À Sra. Luci Emi Guibu, pelo estímulo, compreensão e auxílio no desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Flávia Brandão Tena Pierozzi, pela amizade, compreensão, estímulo e companheirismo na formação profissional do pessoal auxiliar odontológico.

À Dra. Sueli Elisabeth Lemes Moreira, pela paciência e dedicação nos ensinamentos sobre o Epi Info, na maioria das vezes, via e-mail.

Aos coordenadores de saúde bucal: Dra. Hiroko H. Nishiyama, Dra. Olga Dias de Agostinho Pires, Dr. Luiz Cláudio Sartori e Dra. Fernanda Lúcia de Campos, pelo auxílio, compreensão e colaboração na pesquisa.

À Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas e, especialmente, à Dra. Cristiane F. Saes, pela colaboração na pré-pesquisa.

Ao Everson José de Souza pelo carinho, compreensão e auxílio na reprodução dos materiais.

“Hoje, construir o futuro significa saber quais são as heranças produtivas a trazer do passado e qual a maneira de aprimorá-las”.

Frei Beto

Tomazevic JM. Componente educativo na formação e prática profissional do pessoal auxiliar odontológico [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo fornecer aspectos históricos da educação profissional e inserção do pessoal auxiliar odontológico no Brasil, utilizando-se como referências o campo da Educação, Trabalho e Saúde. A investigação teve como objetivo o levantamento de ações desenvolvidas pelos Auxiliares de Consultório Dentário e Técnicos em Higiene Dental e compará-las ao que aprenderam no curso profissional de três instituições públicas na Grande São Paulo. A pesquisa contou com a participação de 68 funcionários, sendo que, independente da função, receberam o mesmo questionário. A maioria deles tinha formação profissional (83%), e a resposta mais comum sobre a pergunta: o que não aprenderam no curso, mas aprenderam na prática, diz respeito às atividades consideradas administrativas. E, em relação às atividades educativas, a maioria do pessoal auxiliar as realiza, mas nem sempre as planeja e executa em conjunto com o cirurgião-dentista. Assim, percebeu-se que fatores como inclusão de conhecimentos considerados administrativos nos currículos (teóricos e práticos) dos cursos de Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental dos centros formadores podem preparar melhor seus alunos para tais ações e contribuir para o do trabalho adequado em equipe, além de estarem de acordo com o preconizado pelo Ministério da Educação: Resolução CEB nº 4/99, Decreto nº 16/99; e documento do Ministério da Saúde: Perfil das Competências Profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário.

Palavras-Chave: Formação de Recursos Humanos, Atendente de Consultório Dentário, Técnico em Higiene Dental, Saúde, Educação e Trabalho

Tomazevic JM. Educative component in the formation and professional activity of the auxiliary personnel in odontology [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

ABSTRACT

This work had the purpose to supply historical aspects of the professional education and insertion of the personnel auxiliary in odontology in Brazil, using as reference the area of Education, Labor and Health. The investigation had the purpose of gathering information by Dental Assistants and Dental Hygienists and compare them to the one learned in the Professional course in three public institutions in São Paulo and nearby cities. The research had the participation of 68 employess, being that, regardless their function, received the same questionnaire. The majority of them had professional skills (83%), the most common reply to the question on what they had not learned in the course, but in practice, was about the activities considered as administrative. And concerning the educational the majority of the auxiliary personnel carries them out, but they don't always plan and perform them along with the dentist surgeon. Thus, it was observed that factors such as inclusion of lessons considered administrative in the course (theory and practice) of Dental Assistants and Dental Hygienists of the schools, can prepare better their pupils for such actions and contribute to the proper work in team, besides being in accordance with what the Ministry of Education requires, Resolutions CEB nº 4/99, Decree nº 16/99, and Document of the Health Departament: Profile of Professional Abilities of THD and ACD.

Keywords: Personnel Dental Auxiliaries, Health, Education and Work

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ABENO | Associação Brasileira do Ensino Odontológico |
| ABO | Associação Brasileira de Odontologia |
| ABOPREV | Associação Brasileira de Odontologia Preventiva |
| ABRASBUCO | Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva |
| ACD | Atendente(s) de Consultório Dentário |
| ACD | Auxiliar(es) de Consultório Dentário |
| AHD | Auxiliar(es) de Higiene Dentária |
| ANATO | Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Odontologia |
| ANOVA | Análise de Variância (Analysis of Variance) |
| APD | Auxiliar(es) de Prótese Dentária |
| BID | Banco Interamericano de Desenvolvimento |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CD | Cirurgião(ões)-Dentista(s) |
| CEB | Câmara de Educação Básica |
| CEE | Conselho Estadual de Educação |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CFE | Conselho Federal de Educação |
| CFO | Conselho Federal de Odontologia |
| CIPLAN | Comissão Interministerial de Planejamento |
| CNCT | Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |

| | |
|----------|--|
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CNS | Conferência (s) Nacional (ais) de Saúde |
| CNSB | Conferência Nacional de Saúde Bucal |
| CNSB | Coordenação Nacional de Saúde Bucal |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde |
| CRO | Conselho(s) Regional(is) de Odontologia |
| DIR | Direção Regional de Saúde |
| DOE | Diário Oficial do Estado |
| DRHUS | Departamento de Recursos Humanos para a Saúde |
| EPSJV | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio |
| ERSA | Escritório Regional de Saúde |
| ETESUS | Escola(s) Técnica(s) do Sistema Único de Saúde |
| FAT | Fundo de Amparo ao Trabalhador |
| FIO | Federação Interestadual dos Odontologistas |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FNO | Federação Nacional dos Odontologistas |
| Gepro | Grupo Especial do Programa |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| LOS | Lei Orgânica da Saúde |
| MBRO | Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica |
| MEC | Ministério da Educação |
| MRO | Movimento de Renovação Odontológica |
| MS | Ministério da Saúde |
| MTE | Ministério do Trabalho e Emprego |
| NOB | Norma (s) Operacional (ais) Básica (s) |

| | |
|--------|---|
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PAO | Pessoal Auxiliar Odontológico |
| PC | Procedimento(s) Coletivo(s) |
| PIASS | Programa de Interiorização das Ações de Saúde |
| PLE | Projeto Larga Escala |
| PPRES | Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde |
| PROEP | Programa de Expansão da Educação Profissional |
| PROFAE | Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SEMTEC | Secretaria de Educação Média e Tecnológica |
| SENAC | Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial |
| SENAI | Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial |
| SES | Secretaria de Estado da Saúde |
| SESP | Serviços Especiais de Saúde Pública |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde |
| Siab | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SS | Secretaria da Saúde |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| THD | Técnico(s) em Higiene Dental |
| TME | Técnico(s) em Manutenção de Equipamentos |

| | |
|----------------|--|
| TPD | Técnico(s) em Prótese Dentária |
| USP | Universidade de São Paulo |
| ULTRAMIG | Universidade do Trabalho de Minas Gerais |
| X ² | Teste do Qui-quadrado |

SUMÁRIO

p.

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 21 |
| 2.1 Breve histórico: inserção dos ACD e THD..... | 21 |
| 2.2 Educação, Saúde e formação dos ACD e THD no Brasil..... | 35 |
| 2.2.1 a LDB nº 9394/96 em relação à formação dos ACD e THD..... | 53 |
| 2.3 Competências profissionais..... | 61 |
| 2.3.1 perfil das competências profissionais..... | 68 |
| 3 PROPOSIÇÃO..... | 83 |
| 4 METODOLOGIA..... | 84 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 91 |
| 5.1 Conhecendo os atores..... | 91 |
| 6 CONCLUSÕES..... | 114 |
| REFERÊNCIAS..... | 117 |
| APÊNDICES..... | 124 |
| ANEXOS..... | 138 |

1 INTRODUÇÃO

O trabalho odontológico, como qualquer outro trabalho, surgiu e se desenvolveu para satisfazer as necessidades humanas, (NARVAI, 1997), tornando-se claro que ele deve evoluir de acordo com tais necessidades. Assim, atualmente, verificamos que, cada vez mais, há necessidade do trabalho em equipe, com a proposta de incorporação de um tipo de recurso humano que possa melhorar a qualidade dos serviços, ampliar a cobertura e desenvolver ações educativo-preventivas.

O recurso humano deve ser conceituado além daquele relacionado à mão-de-obra e ao insumo da produção e, portanto, como sujeito do processo produtivo, agente potencial de mudança (SORIO, 2004). Por isso, é decisivo em função desta condição de sujeito do processo, ser constituído pela força (energia) e pela capacidade (qualificação) de trabalho, as quais conferem diferentes características a cada serviço odontológico produzido (produto do trabalho) (NARVAI, 1997).

A mudança de características da prática odontológica nos serviços públicos no Brasil não é recente, e a introdução de pessoal auxiliar em serviços públicos odontológicos vem sendo experimentada desde o início dos anos de 1950, com a experiência da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP).

Com as então Auxiliares de Higiene Dentária (AHD) pretendia-se incorporar um tipo de recurso humano odontológico que fosse capaz de, a um só tempo, melhorar a qualidade dos serviços, desenvolver ações educativo-preventivas e ampliar a cobertura dos serviços (NARVAI, 1999, p.2).

Ainda Narvai (1997) diz que a equipe de saúde bucal é o novo sujeito da prática odontológica que estamos buscando criar e consolidar, aquela capaz de, efetivamente, promover saúde bucal.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO) Resolução CFO - 185/93 e a Resolução da Secretaria da Saúde (SS) nº 15 (SÃO PAULO, 2005), quatro são os sujeitos que compõem a categoria de pessoal auxiliar odontológico (PAO), obrigados ao registro no Conselho Federal e à inscrição nos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO). Classificam-se como: Técnico em Prótese Dentária (TPD), Técnico em Higiene Dental (THD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) – atual denominação - e Auxiliar de Prótese Dentária (APD).

Segundo Carvalho (1999, p.30) suas funções, resumidamente, são:

1. *Técnico em Prótese Dentária*: compete a esse profissional executar a parte mecânica dos trabalhos odontológicos, além de treinar e supervisionar o trabalho de auxiliares de prótese dentária no espaço dos laboratórios de prótese dentária.
2. *Técnico em Higiene Dental*: trabalha sob a supervisão direta do dentista e realiza, além das atividades do Atendente de Consultório Dentário, as seguintes tarefas: colaborar nos programas educativos e nos levantamentos epidemiológicos como coordenador, anotador e monitor; ter educação individual e coletiva sobre prevenção e tratamento de doenças bucais; responder pela administração clínica, supervisionar o trabalho das atendentes, fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais; realizar teste de vitalidade pulpar, a remoção de cálculos supra-gengivais; aplicar substâncias preventivas; inserir e condensar material restaurador; cuidar do polimento de restaurações, da limpeza e anti-sepsia do campo operatório; remover suturas; confeccionar modelos e preparar moldeiras.
3. *Atendente de Consultório Dentário*: tem a função de orientar pacientes sobre higiene bucal; marcar consultas, preencher e anotar fichas clínicas; manter em ordem arquivo e fichário; controlar o movimento financeiro; revelar e montar radiografias intra-orais; preparar o paciente para o atendimento; auxiliar no atendimento ao paciente; instrumentar o CIRURGIÃO-DENTISTA e o THD junto à cadeira operatória; promover o isolamento do campo operatório; manipular materiais de uso odontológico; selecionar moldeiras; confeccionar modelos em gesso; aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental; proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico.
4. *Auxiliar de Prótese Dentária*: cabe-lhe o trabalho de reprodução, vazamento e montagem de moldes e modelos; prensagem de peças protéticas, fundição curagem, acabamento e polimento de peças.

Para Queluz (2003), ainda existem mais dois sujeitos: o técnico em manutenção de equipamentos (TME) que é um tipo de pessoal auxiliar, cuja

importância, embora reconhecida, ainda não se traduziu em profissionalização, e um grupo de apoio, que é composto por secretária, servente de limpeza etc.

Neste trabalho, serão estudados os ACD e THD por serem ocupações que estão sob supervisão direta do cirurgião-dentista (CD), ou do THD, este no caso do trabalho do ACD, de acordo com a Resolução CFO nº 185/93.

Como a equipe odontológica é composta por cirurgião-dentista (CD) que legalmente tenha cursado uma Faculdade de Odontologia, o Técnico em Higiene Dental (THD), com ensino médio e ensino técnico, o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), com o ensino fundamental e o profissional completos para ACD, verifica-se que há, numa mesma equipe, vários profissionais vindos de diferentes níveis educacionais (superior, médio e fundamental), o que pode dificultar sua sintonia com o conceito ampliado de competência.

Há necessidade de que os CDs conheçam de onde provêm as suas equipes de PAO, conforme a legislação educacional propõe, e observem como os centros formadores estão preparando estas ocupações, pois, de acordo com Amâncio Filho e Telles (2005, p.1)

No campo da Saúde Pública, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito jurídico-institucional, tem-se intensificado, em diferentes fóruns, o debate sobre os avanços, os desafios e as estratégias para uma política de formação de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes constitucionais que dão sustentação ao sistema de saúde brasileiro.

[...] é necessário aprofundar a reflexão sobre os meios e modos como a formação profissional vem ocorrendo, isto é, se os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas permitem que o aluno aprenda tanto os procedimentos técnicos indispensáveis ao exercício profissional como, também, desenvolver visão crítica em relação ao processo de trabalho no qual está inserido.

Dessa forma, o CD deve conhecer e participar do processo de formação do PAO, para que ele possa contribuir no adequado desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que os recursos humanos são fundamentais, pois, conforme Queluz,

O sucesso ou o fracasso de nossos projetos destinados a elevar o nível de saúde bucal da população, por melhor que seja o seu planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, por mais favorável que seja o ambiente e por mais clara que seja a definição dos seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente bem-qualificados e não apenas da quantidade de recursos humanos disponíveis (QUELUZ, 2003, p.142).

Como na maioria das universidades brasileiras, não há participação ativa do PAO na formação do CD – havendo, no máximo, demonstração de trabalho a quatro mãos pelo ACD e/ou THD – torna-se difícil para aquele desenvolver uma visão crítica a respeito do trabalho em equipe, pois não conhece a realidade da formação do PAO. Dessa forma, é importante a universidade repensar na formação do CD, no sentido de avaliar se realmente ela reflete a prática de saúde bucal exigida: o trabalho em equipe.

Conforme reporta o Ministro da Saúde, Humberto Costa, necessitamos agora de novos enfoques para o trabalho em saúde bucal; da lógica do trabalho em equipe, do compartilhamento do conhecimento, da abordagem multidisciplinar e integral da assistência em saúde bucal (BRASIL, 2004a).

O interesse por essa problemática surgiu como conseqüência da necessidade de identificação das atividades desenvolvidas pelo PAO, com relação à sua formação, e se estariam impedindo que eles – no caso deste estudo – os ACD e THD, desempenhassem adequadamente as suas funções.

O que nos motivou à elaboração do presente trabalho foi analisar a atuação dos ACD e THD nos Procedimentos Coletivos (PC), através da Resolução SS-39 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Através dela, equipes de saúde bucal executavam Procedimentos Coletivos. Tais procedimentos eram compreendidos como um conjunto de atividades desenvolvidas com participantes de grupos populacionais em espaços sociais previamente definidos (como crianças de uma escola, operários de uma fábrica etc.)

e que podiam ser acompanhados durante o ciclo anual de sua duração, realizado pelo serviço público e instituições universitárias, através de suas Unidades de Saúde devidamente cadastradas no SUS e sob a responsabilidade do gestor local, visando ao controle epidemiológico de todo o grupo.

Na promoção e na prevenção em saúde bucal, os procedimentos deveriam ser de baixa complexidade: exame epidemiológico, educação em saúde, atividades com flúor e higiene bucal supervisionada, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados: 0 a 6 anos, 7 a 14 anos, adolescentes, gestantes e adultos. Tais atividades poderiam e deveriam contar com a colaboração do PAO, e podemos considerar que esses foram alguns dos momentos em que se valorizaram os procedimentos executados pelos então denominados Atendentes de Consultório Dentário (ACD).

Essa resolução considerava o disposto na Norma Operacional Básica (NOB) 1/96, a qual definiu algumas estratégias importantes como a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB) e incentivos a ações ou programas, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerados essenciais. As NOBs do Ministério da Saúde (MS) estabeleciam critérios e diretrizes para o repasse de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) aos Estados e Municípios; dessa forma, todo o sistema de saúde que compõe o SUS deveria adaptar-se a tais normas.

Nota-se que tanto a incorporação como a formação do pessoal auxiliar odontológico (PAO) dependem diretamente do investimento nas políticas sociais em diferentes momentos da história, mas observa-se, no entanto, que nem sempre tais ações têm continuidade. Segundo Noronha (2002), apenas de alguns anos para cá, a discussão sobre a formação profissional em saúde ganhou maior visibilidade e

importância, devido à definição de políticas públicas e a real possibilidade de investimento na formação, em larga escala, de recursos humanos mais preparados para lidar com mudanças enfrentadas pelo setor saúde. Assim,

é indispensável que o dentista de saúde pública conheça a experiência que vai sendo adquirida com os diversos tipos de pessoal a fim de poder orientar a profissão no seu país, quando esta desejar e for oportuna a introdução de qualquer tipo de pessoal (CHAVES, 1986, p.398).

Este estudo, cujo objetivo é o de realizar um levantamento das ações desenvolvidas pelos ACD e THD em seus locais de trabalho e compará-los ao que aprenderam no curso, poderá oferecer subsídios para que os centros formadores possam repensar a formação do PAO e as novas competências propostas pelo Ministério da Saúde (MS).

Foram elaboradas questões básicas para alcançar o objetivo proposto. Assim, pretende-se verificar se, na prática do serviço público, o PAO possui formação; nas atividades desenvolvidas pelo PAO, se aprenderam no curso de formação; e, ainda, se o PAO faz atividade educativa e como é a sua participação nessa atividade.

Para estudar a problemática, o pesquisador escolheu os serviços públicos: estadual da Direção Regional de Saúde (DIR) I – Capital, municipais de Embu e de São Paulo, para onde enviou questionários aos funcionários responsáveis por tais serviços.

Esta pesquisa está estruturada em **Revisão da Literatura**, trazendo, na primeira parte, o histórico da inserção do PAO, onde se encontram considerações sobre a prática odontológica, as mudanças na sua configuração em diferentes momentos e a participação do PAO nesse contexto; na segunda parte, é apresentada historicamente a educação profissional no Brasil, relacionada à área da saúde e, em particular, à formação do ACD e THD. Na terceira parte, traz

considerações sobre o conceito de competências sob o olhar do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS).

No tópico **Resultados e discussão** são apresentados e discutidos os dados coletados por esta pesquisa, tais como: idade, sexo, formação e atualização profissional e avaliação das atividades.

E, finalmente, nas **Conclusões** procura-se, a partir dos dados fornecidos pelos ACD e THD, revelar significados sobre a formação e atividade profissional dessas ocupações.

A pesquisa visa associar informações referentes ao que esses profissionais aprenderam nos cursos que fizeram – ou não –, e o que gostariam de aprender, assim como o que reconhecem importante aprender devido ao seu cotidiano no serviço público.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve histórico: inserção dos ACD e THD

“Em primeiro lugar devem vir as pessoas e não a produção”
Eric Hobsbawn

Há, no campo da saúde bucal, pelo menos duas razões históricas para a incorporação e expansão do pessoal auxiliar nos serviços de saúde: a possibilidade de que os profissionais, cada vez mais especializados, sejam liberados das funções mais simples – mas não menos importantes – do trabalho odontológico, e a necessidade de expansão dos serviços de odontologia a um custo menor, buscando a racionalização do processo de trabalho (CARVALHO, 1999).

Através desses aspectos identifica-se a lógica de mercado, na qual são fundamentais o aumento da produtividade e a divisão técnica do trabalho, conforme Pezzato (2003). Evolutivamente, de acordo com Chaves (1986) e Machado (1994), a odontologia passou por cinco etapas distintas que são identificadas a seguir:

I – Etapa de ocupação indiferenciada: é a etapa mais primitiva, na qual não existem, ainda, indivíduos na comunidade, dedicados exclusivamente à prática odontológica e, ao ser praticada por necessidade imediata, era exercida por membros da família, por curandeiros e outros indivíduos habilidosos da comunidade, sendo considerada, então, uma ocupação secundária.

II – Etapa de diferenciação ocupacional: nesta etapa quem pratica a odontologia se especializa, devido a uma diversificação de instrumentos, técnicas, materiais e equipamentos usados na prática odontológica, passando a ser

considerada como arte ou ofício, tornando-se uma ocupação principal. A aprendizagem se dá sem cursos formais, mas entre os próprios indivíduos interessados, situação em que o mais experiente ensina ao outro. Nessa etapa, ainda não há restrições governamentais ao exercício da profissão.

III. Etapa inicial da profissionalização: a passagem da etapa anterior para esta deu-se de acordo com os que exerciam a atividade odontológica e quiseram melhorar o seu nível, daí a necessidade de organizar cursos para os que desejassem exercer a odontologia, ou seja, obter a qualificação adequada. Os primeiros professores não possuíam curso, e somente a partir de um número considerável de dentistas formados, tratou-se de criar uma legislação restritiva que só permitisse a eles a prática profissional.

No Brasil, o primeiro curso odontológico foi criado em 1884, funcionando anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e é quando passam a acontecer as primeiras lutas do pessoal profissional qualificado com o não-profissional, ou seja, com o não-qualificado. Os qualificados eram poucos e não dispunham de grande força como grupo de pressão, o que explica a legislação restritiva ser debilmente aplicada nessa fase. O antagonismo entre o pessoal não-profissional e o pessoal profissional se manteve até o desaparecimento do primeiro, o que só ocorrerá na quinta etapa.

IV. Etapa intermediária de profissionalização: os cursos aumentaram de duração, variando de três a seis anos, devendo o candidato ter instrução secundária completa e, a partir desse momento, a odontologia será considerada como profissão de nível superior. As escolas da etapa anterior vão desaparecendo e dando lugar às universidades e, dentro destas, foi-se firmando a tendência a favor das escolas de

odontologia como unidades autônomas, independentes de tutela de outras faculdades de ciências médicas.

Fortaleceram-se as associações pelo aumento de membros e, cada vez mais, a profissão se tornava forte e ativa, originando mecanismos necessários para a aplicação da legislação vigente dos não-formados (práticos), o que não havia ocorrido na etapa anterior.

Então, torna-se importante a criação e aplicação de legislação, pois, devido a

[...] uma necessidade de fortalecimento da profissão na luta contra os práticos e o exercício ilegal, cria-se o tabu de que qualquer intervenção na boca, por simples que seja, só pode ser permitida ao dentista. Nota-se que a nenhuma das profissões auxiliares que aparecem, então é permitido qualquer trabalho na boca do paciente. [...] (CHAVES, 1986, p.152).

Ainda nesta etapa ocorreu outro fenômeno: o cirurgião-dentista que, na etapa anterior trabalhava só e era auto-suficiente, começa a ser auxiliado, surgindo, assim, as profissões auxiliares. Pelo menos duas profissões auxiliares apareceram bem caracterizadas: a do assistente ou auxiliar de consultório e a do protético.

V. Etapa avançada de profissionalização: o ensino odontológico se tornou mais balanceado tanto nos aspectos técnicos, biológicos como, mais adiante, nos aspectos sociais, igualando a odontologia ao nível das demais profissões. O ensino de pós-graduação era feito em universidades, de maneira formal.

A profissão goza, de um modo geral, de uma situação boa, tanto do ponto de vista social como do econômico. Preocupa-se ela com o fato de não poder atender à necessidade de tratamento existente, e procura aumentar a capacidade de trabalho.[...] Decide esta, então, dar maior âmbito ao trabalho de pessoal auxiliar, permitindo-lhes executar determinados tipos de trabalho na boca do paciente. Surgem, assim, a higienista dentária nos Estados Unidos, para trabalhos preventivos e a enfermeira dentária na Nova Zelândia, para trabalhos preventivos e alguns tipos de trabalhos curativos em escolares, porém sob a supervisão do dentista (CHAVES,1986, p.153).

Carvalho (1998) registra que, com o reconhecimento da Odontologia como profissão, permitiu-se a criação de categorias auxiliares. Dessa forma, a existência

de algum tipo de assistente odontológico caminha junto com a própria prática odontológica, sobre cuja importância, atualmente, não restam dúvidas...

Para Narvai (2003), a não-utilização de pessoal auxiliar significa uma ostentação que não deve ser permitida por nenhuma sociedade, pois é um erro empregar um profissional com elevado padrão científico do cirurgião-dentista (CD), para executar ações que não requeiram tal padrão. Quando isso ocorre, pode levar a dois caminhos: ao do encarecimento da ação odontológica, tornando-se proibitiva para grande parcela da população ou ao da desilusão e do desinteresse por parte dos próprios cirurgiões-dentistas, que sentem aproveitar mal seu tempo de trabalho, quando poderiam otimizá-lo.

Nas décadas de 1960 e 70, houve uma preocupação com os rumos da formação e da prática odontológica em algumas escolas de odontologia da América Latina, devido à ineficácia e ineficiência da prática odontológica frente aos problemas de saúde bucal e o crescimento de especialidades naquele momento.

Para que houvesse mudança na prática odontológica, era preciso uma transformação, com o objetivo de racionalizar o trabalho através da simplificação de tecnologias, uso de novos materiais e incorporação de pessoal auxiliar com ampla delegação de funções (CARVALHO, 1998).

Com relação ao PAO, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 1968, após um Seminário Internacional sobre profissionalização em Odontologia, um documento com orientações aos interessados na inclusão de pessoal auxiliar em suas equipes de odontologia. Na ocasião,

foram discutidas a legislação e a qualificação dos mesmos, em que o objetivo principal era a racionalização e economia de recursos e o aumento da produtividade dessas equipes, principalmente nos países em desenvolvimento. Isso porque nesses países havia escassez de cirurgião-dentista com formação universitária, os custos de um tratamento odontológico eram elevados e havia uma alta prevalência de doenças bucais (PEZZATO, 2001, p.80).

A necessidade de ampliar a utilização do pessoal auxiliar odontológico foi gerada, em parte, pela expansão dos serviços de saúde, principalmente dos serviços públicos, para a realização de serviços de menor complexidade. Também, além da expansão dos serviços de saúde, a escassez de profissionais no setor (CD) e a necessidade de diminuição de custos fizeram com que ampliasse a utilização daquele pessoal habilitado, pois tanto a formação como sua mão-de-obra são mais baratas em relação a profissionais cirurgiões-dentistas (CARVALHO, 1998).

Com isso, a expectativa era a de que diminuíssem os custos e aumentasse a produtividade, pois não haveria necessidade de formar um grande número de CD uma vez que, trabalhando em equipe, as funções seriam delegadas entre os profissionais e haveria melhora na quantidade e na qualidade do atendimento, assim como nos índices positivos de Saúde Bucal. Mas isso, no Brasil, não ocorreu conforme deveria (PEZZATO, 2001).

Há alguns registros de movimentos pela inserção no trabalho e direitos do pessoal auxiliar odontológico em nível nacional e no Estado de São Paulo. Encontram-se exemplos, como no ofício da Secretaria de Estado da Saúde (SES), onde o então Coordenador do Grupo Especial do Programa (Gepro) de Saúde Bucal, Prof. Dr. Antônio Carlos Neder, encaminhou e propôs ao Secretário de Estado da Saúde, Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, em agosto de 1988, a criação de cargos de Técnico em Higiene Dental. Eles pertenceriam ao quadro da SES, a serem providos através de concurso público por profissionais devidamente habilitados ao exercício, e inscritos no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CRO-SP), conforme ofício 14/88 (SÃO PAULO, 1988). E, na justificativa, temos:

3. Não cabe dúvida de que é o cirurgião-dentista profissional obviamente indispensável à assistência odontológica. Mas é igualmente indiscutível, hoje que tal assistência não deve pelo alto custo em que isso implica, ficar restrita à atuação exclusiva de pessoal de nível superior, os quais muitas vezes são compelidos à realização de tarefas incompatíveis com a elevada

qualificação que representem. Impõe-se utilizar, na produção desses serviços, pessoal auxiliar de níveis elementar e médio, que integrem Equipes de Saúde Bucal, comandadas pelo cirurgião-dentista. [...]

4. O TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL é um tipo de pessoal odontológico com situação legal perfeitamente estabelecida pelos Conselhos Federais de Educação e de Odontologia, quanto à formação e a habilitação ao exercício profissional.

8. Em 14.07.1988, o Gepro de Saúde Bucal, em Reunião Plenária, deliberou, pela unanimidade de seus membros, propor a criação de cargos de Técnico em Higiene Dental, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. Tal providência viria de encontro à (sic) reorientação programática da assistência odontológica, em curso no âmbito do SUDS-SP, e concretizaria em nosso Estado, proposições da I conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, outubro de 1986), relativas aos recursos humanos odontológicos, expressas nos itens 35 a 39, do Relatório Final.[...]

Até o presente momento, não foi criado o cargo de Técnico em Higiene Dental na Secretaria de Estado da Saúde (SES) em São Paulo, havendo, apenas o cargo com a denominação de Atendente de Consultório Dentário (ACD).

Outro exemplo é do Projeto de Lei nº 2244/89 do Deputado Robson Marinho, que “Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário”. O próprio autor fez um “substitutivo ao substitutivo” (BRASIL, 1989). A elaboração do substitutivo recebeu a colaboração e assessoria técnica dos cirurgiões-dentistas: Dr. Álvaro Siqueira Vantine, Dr. Volnei Garrafa, Dr. Vitor Gomes Pinto, Dr. João Hildo de Carvalho Furtado, Dr. Emil Adib Razuk, Dr. Swdemberger do Nascimento Barbosa, e a técnica em higiene dental, Maria Lenice da Silva Avelar. Em sua justificativa, o autor menciona:

A maior dificuldade que poderia existir seria a deformação profissional. Contudo, desde 1975, a Câmara de 1º e 2º graus, do Conselho Federal de Educação, pelo parecer nº 460/75, aprovado em 06 de fevereiro de 1975, criou e disciplinou os cursos de Técnico em Higiene Dental e de Atendente de Consultório Dentário.

Decorridos 14 anos da criação dos referidos cursos para-odontológicos, é natural que exista no mercado um considerável número de pessoal qualificado para as funções auxiliares odontológicas.

Por outro lado, faz-se necessário um disciplinamento para o exercício dessas atividades ligadas e subordinadas diretamente aos cirurgiões-dentistas. [...]

Em dezembro de 1989, realizou-se em São Paulo, através do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica – MBRO (MOVIMENTO, 1989), o Encontro

Nacional sobre legislação de Pessoal Auxiliar Odontológico, com o Movimento de Renovação dos Odontologistas do Estado de São Paulo, o Sindicato dos Funcionários Públicos do Município de São Paulo e a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde “Dr. Sebastião de Moraes”.

O objetivo era analisar e debater aspectos vinculados à regulamentação das profissões de THD e ACD e desse encontro participaram aproximadamente 150 pessoas, as quais representaram mais de 30 instituições entre serviços, universidades, associações de classe e sindicatos, procurando ser o mais amplo e representativo dos vários segmentos sociais com interesse na matéria. Algumas questões foram levantadas na oportunidade, principalmente no que se referia ao Projeto de Lei “substitutivo ao substitutivo” do Projeto de Lei nº 2244/89 do Deputado Robson Marinho, o qual mandou um representante para participar do evento. No relatório final do Encontro, há discordâncias:

1. a regulamentação das profissões de THD e ACD, tal como colocada, não atende à realidade dos serviços e, fundamentalmente, às necessidades epidemiológicas da população usuária;
2. os serviços não foram consultados, ao menos de forma ampla e democrática, sobre a maneira em questão, tanto no que diz respeito ao projeto original e seu substitutivo, quanto ao próprio “substitutivo ao substitutivo”;
3. a regulamentação proposta aponta para restrições no exercício profissional desse pessoal que descaracteriza e mutila as atribuições do THD;
4. o “substitutivo ao substitutivo” interfere impertinentemente com a formação do pessoal auxiliar, ratifica denominações inadequadas (técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário) e acena com medidas punitivas aos profissionais;
- 5 finalmente, foi destacado e reiterado por todos os que usaram a palavra o atraso que a propositura representa nos termos da própria Resolução CFO 157/89.

Existiam diferenças entre o Projeto de Lei “Substitutivo ao Substitutivo” e a Resolução CFO-157 do Capítulo IV: Atividades Privativas do Técnico em Higiene Dental. Algumas atividades foram ampliadas e outras formuladas de maneira ambígua, como nos exemplos:

No item *participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos* termo que poderia ser considerado *associar-se pelo pensamento ou pelo sentimento, informar* etc. passou-se a utilizar o termo *colaborar nos levantamentos...*, sendo que o termo colaborar é considerado ajuda, auxílio, contribuição (FERREIRA, sd), sendo melhor empregado.

Também, com tal resolução, passaram a ser realizados os testes de vitalidade pulpar e a responsabilidade pela administração da clínica não existentes no Projeto de Lei.

Por sua vez, o item preparar moldeiras e modelos transformou-se em dois: *confeccionar modelos; preparar moldeiras*.

Para Narvai (2003), há pessoas e entidades que apóiam a atuação do pessoal auxiliar odontológico, como por exemplo: coordenadores de saúde bucal e instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), professores da área de odontologia preventiva e social, entidades como a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV) e a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), movimentos como o de Renovação Odontológica (MRO) e a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRASBUCCO).

Contra o Técnico em Higiene Dental (THD), sua existência e seu trabalho, têm sido apresentados argumentos de todo o tipo: alguns respeitáveis, outros mal intencionados. Narvai et al (1989, 1997) assinalam alguns desses argumentos:

1. Rouba o mercado de trabalho que é por direito do cirurgião-dentista.

Observa-se que seria o contrário, pois como o técnico só pode trabalhar sob a supervisão do cirurgião-dentista é necessário a existência desse profissional, além de possível melhora nas condições de seu trabalho.

2. Vai se transformar em falso dentista (“prático”).

A refutação é a mesma, uma vez que o técnico não poderá atuar legalmente sozinho.

3. Não é capaz de realizar trabalhos com a mesma qualidade que o CD. Poucas pesquisas foram feitas no Brasil, porém, nenhuma que denegrísse a imagem do pessoal auxiliar odontológico, frente a suas atividades (Cf. Narvai, 1997, p.458).

4. Põe o cirurgião-dentista em risco perante a Justiça, pois este é o responsável pelo trabalho que aquele auxiliar realiza.

Pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) há exigência da supervisão do CD perante o trabalho do seu auxiliar (ACD) e do técnico (THD). Neste caso, o trabalho é coletivo e tecnicamente dividido, em que a responsabilidade parcial é de cada indivíduo, segundo o que lhe compete, e a responsabilidade final é do profissional cirurgião-dentista que dirige o processo de trabalho.

Por esse histórico de receio do PAO, provavelmente as denominações de ACD e THD sejam ainda inadequadas. Foram utilizadas pelo Conselho, quando este estabeleceu suas competências, utilizando as mesmas denominações do Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) 460/75: atendente de consultório dentário e técnico em higiene dental. Sua inadequação decorre do fato de que para o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), “um atendente é utilizado para designar pessoal de enfermagem sem qualquer qualificação específica, empregado para realizar atividades ou tarefas de baixíssima complexidade em serviços de saúde”. Além disso, o termo *consultório* não é o único ambiente de trabalho onde a atividade odontológica pode ser exercida e, *dentário*, não está limitado aos dentes, mas a todo o campo da odontoestomatologia. (NARVAI, 1997).

No caso do técnico em higiene dental, o termo higiene dental é um equívoco, pois, provavelmente, a origem veio do termo, em inglês, dental hygienist, empregada

nos Estados Unidos, Japão, Europa Ocidental e outros países, para designar um tipo de pessoal odontológico, cuja formação data de 1913, quando Fones propôs sua utilização para realizar profilaxia oral e ensinar técnicas corretas de escovação dental. As competências dos THD estabelecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) não devem ser confundidas com as do dental hygienist, sendo aquelas mais do que simplesmente a profilaxia oral. (NARVAI, 1997).

Faz-se necessária uma revisão das denominações do THD e ACD pelas explicações citadas anteriormente, pois, de acordo com Narvai (1997) as denominações tecnicamente mais corretas devem ser: para o THD, Técnico em Saúde Bucal e, para o ACD, Auxiliar de Saúde Bucal.

No entanto, o que se teve de avanço foi através de uma Comissão Especial designada pela Portaria CFO 16, em julho de 2003, que se reuniu para deliberar mudanças, e dentre elas a denominação Atendente de Consultório Dentário (ACD) passou a ser Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) devido à conclusão da reunião com membros de entidades odontológicas com o Ministério da Saúde. A alteração do nome se justifica pelo fato de o termo “atendente” remeter ao profissional sem formação prévia, a exemplo da extinta ocupação de “atendente de enfermagem” (ACD, 2003).

A Classificação Brasileira de Ocupações - CBO 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE (BRASIL, 2005b) - instrumento que viabiliza o funcionamento do sistema de informações ocupacionais sobre o mercado de trabalho - classifica em Técnicos em odontologia, sob o número 3224, a seguinte família:

3224-05 Técnico em higiene dental

3224-10 Protético dentário

3224-15 **Atendente de Consultório Dentário** – com as denominações de: Atendente de clínica dentária, Atendente de gabinete dentário, Atendente de serviço odontológico, Atendente odontológico e Auxiliar de dentista.

3224-20 Auxiliar de Prótese Dentária

A mudança da denominação de atendente para auxiliar foi ratificada pela Decisão CFO – 47/2003, de 16/12/03, que altera a denominação de atendente de consultório dentário e dá outras providências.

Para Nozoe (2003), essa família ocupacional está relacionada às ocupações emergentes. De acordo com a CBO 2002, ocupações são conjuntos de saberes (saber geral, saber-fazer e saber ser) que demandam vários domínios estruturados de saberes e práticas necessárias ao exercício de vários postos de trabalhos semelhantes. Considera-se aqui *posto de trabalho* como sendo um conjunto de atividades correlacionadas, exercidas por uma pessoa em um determinado local, e *profissão* será a ocupação cujo exercício afeta diretamente o bem-estar e exige o domínio de um complexo corpo de conhecimentos e qualificações especializadas, requerendo tanto educação formal como experiência comprovada. Geralmente, estão associadas ao exercício de atividades com alto grau de autonomia e de tomada de decisão.

Como as atividades executadas pelo PAO não são consideradas complexas, com alto grau de autonomia e de tomada de decisão, mas sim atividades que necessitam da supervisão do CD, o auxiliar (ACD) e o técnico (THD) não devem ser considerados como profissão, e sim, apenas como ocupação.

Também para Liñan (2000), é de competência da União, legislar sobre as condições do exercício profissional, e o ACD e o THD não são consideradas profissões, e sim ocupações e a Lei nº 4.324/6412 concede ao CFO algumas

atribuições como: a organização de seu regimento interno; a fiscalização sobre o exercício da odontologia; o registro do diploma de cirurgiões-dentistas e a aplicação de penas disciplinares. No entanto, esse conselho não poderia exarar as inscrições obrigatórias, as Decisões, Resoluções e Portarias, sendo estas inconsistentes, uma vez que no artigo 84, inciso IV, da Constituição Federal (CONSTITUIÇÃO, 1997): “Compete privativamente ao Presidente da República: [...] IV – sancionar, promulgar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para sua fiel execução”.

Sendo o maior empregador do pessoal auxiliar odontológico (PAO) o serviço público, percebe-se que há valorização por parte dos governos ao inserir equipes de saúde bucal. Assim, conforme explicita o documento Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em seu ANEXO I (BRASIL, 2001), no tocante a estratégias de incorporação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) e atribuições dos profissionais de saúde bucal, além das responsabilidades institucionais, o ideal é que se possa ter nas equipes de saúde bucal sempre uma equipe completa, ou seja, CD+ACD+THD, que possibilitem condições de recursos humanos favoráveis à produtividade e qualidade dos serviços prestados. Assim por esse documento:

D) ESTRATÉGIAS PARA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PSF

1. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades:

1.1. modalidade I, que compreende um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e

1.2. modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).

2. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.

[...]

E) ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE BUCAL

[...]

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)

- I. Realizar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.
- II. Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista.
- III. Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).
- IV. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VII. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)

- I. Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- II. Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD.
- III. Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho).
- IV. Instrumentalizar o cirurgião-dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.
- V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI. Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.
- VII. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VIII. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- IX. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

Em relação a estas atribuições, nota-se nas equipes de saúde bucal, que são restritas às atividades atuais do Programa de Saúde da Família (PSF) sendo que esse modelo de atenção à saúde bucal¹ poderá mudar ao longo do tempo. Assim, para ampliar as ações desenvolvidas pelo PAO, e principalmente no caso do THD, deveria haver a inserção de algumas atividades reconhecidas pelo CFO, tais como: colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador; fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais; realizar teste de

¹ Atenção à saúde bucal aqui entendido como o conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual não se esgota nela, e busca atingir grupos populacionais com ações de alcance coletivo visando manter a saúde bucal ou aterar positivamente a evolução de processos patológicos (NARVAI, 1997).

vitalidade pulpar; proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos; remover suturas; confeccionar modelos e preparar moldeiras.

F) RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

[...]

IV. Estabelecer parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde com vistas ao incremento dos processos de capacitação da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal.

V. Elaborar e editar material didático para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

[...]

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (SES)

[...]

IV. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a capacitação técnica e a educação permanente específica em saúde da família para os profissionais de saúde bucal, por intermédio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e ou de outras instituições de ensino, em articulação com Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

V. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a formação de pessoal auxiliar em saúde bucal – THD e ACD - para atuar nas equipes de saúde da família, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras, em articulação com as SMS.

[...]

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)

[...]

III. Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.

[...]

VII. Proporcionar, em parceria com a SES, a formação de pessoal auxiliar – THD e ACD - por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras.

VIII. Tornar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde (Portaria nº 267, 2001).

Com relação à responsabilidade das instituições públicas, o documento mostra-se coerente para que as estratégias de incorporação das ações de saúde bucal no PSF existam de maneira adequada, pois há preocupação com a contratação e com a capacitação dos profissionais de saúde bucal. Porém, é necessário notar que para se realizar de forma adequada, tais instituições

governamentais devem estar em consonância, não permitindo que influências do tipo interesse políticos partidários, interfiram no processo.

O programa federal *Brasil Sorridente*, lançado em março de 2004, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar a assistência odontológica, prevê um aumento dos incentivos a essas equipes do PSF (SAÚDE BUCAL, 2004).

Tudo indica que a área odontológica está começando a ocupar seu espaço no cenário da saúde pública brasileira, o que aponta não só para a melhoria da saúde bucal da população, mas também para o aumento dos postos de trabalho nessa área; com isso, cresce a necessidade de formação de novos profissionais e a atualização para os que já estão inseridos no programa.

2.2 Educação, Saúde e formação dos ACD e THD no Brasil

Historicamente, a educação no Brasil deu-se como dever fundamental do Estado, com igualdade de direitos políticos, num momento em que,

Cuidar da “educação das elites”, entretanto, não significava absolutamente abdicar ou descuidar da “educação do povo”. Entre os direitos da cidadania incluía-se a instrução. A “igualdade de direitos políticos”, o direito de voto, trouxera em seu bojo o direito à instrução, configurado em dever fundamental do Estado moderno. “Educação popular e preparo das elites”, em última análise as “duas faces de um único problema: a formação da cultura nacional” (MORAES, 2003, p.230).

A formação para o trabalho como responsabilidade do Estado, iniciou-se em 1909, quando se criaram 19 Escolas de Artes e Ofício que foram as precursoras das escolas técnicas federais e estaduais, e essas

[...] escolas, antes de pretender atender às demandas de um desenvolvimento industrial praticamente inexistente, obedeciam a uma

finalidade moral de repressão: educar pelo trabalho os órfãos, pobres e desvalidos da sorte, retirando-os da rua. Assim na primeira vez que aparece a formação profissional como política pública, ela o faz na perspectiva mobilizadora da formação do caráter pelo trabalho (KUENZER, 1999, p.122).

Com isso, no Brasil, os trabalhadores eram formados com a idéia da dualidade estrutural na proposta educacional, em que lhes seria oferecida uma formação com técnicas pedagógicas para o fazer, o executar, num caráter meramente instrumental, dentro das idéias tayloristas/fordistas, demarcadas pela divisão entre o capital e trabalho e às classes dirigentes uma formação acadêmica intelectualizada. Segundo Moraes (2003, p.248):

[...] inicialmente, a difusão dos princípios tayloristas tem por finalidade interferir tanto no processo de socialização da força de trabalho assalariada como na formação ideológica da tecnologia industrial [...] o taylorismo é visto como condicionador e conformador de práticas específicas – sejam elas das fábricas, das escolas ou das universidades produzindo todo um corpo de conhecimentos científicos[...]

Assim, em 1910, são criados os ensinos de nível secundário: agrícola e o ferroviário. Segundo Liñan (2000), na década de 20 surgem as conferências nacionais, patrocinadas pela Associação Brasileira de Educação. Em 1930, são criados os Ministérios da Educação e Saúde Pública e, em 1931, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

No entanto, somente na década de 40, com a criação das bases para a organização de um “sistema de ensino profissional para a indústria”, é que há uma preocupação objetiva com a mão-de-obra qualificada para atender à demanda da economia. Então, segundo Kuenzer, de maneira articulada e organizada com o funcionamento das escolas de aprendizes e artífices em 1942,

é criado o SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (1942) e o SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (1946), resultantes de estímulo do Governo Federal à institucionalização de um sistema nacional de aprendizagem custeado pelas empresas para atender às suas próprias necessidades (KUENZER, 1997,p.13).

Com o avanço da industrialização no país, em 1942 são aprovadas as Leis Orgânicas do Ensino, conhecidas como Reforma Gustavo Capanema, perdurando até 1946, nas quais há um ajuste entre propostas de formação dualista, de intelectuais e trabalhadores, frente às mudanças no mundo do trabalho. Kuenzer (1999, p.124) afirma que:

Esta marcada separação em duas vertentes distintas no âmbito do sistema de ensino, passou a ser complementada com o sistema privado de formação profissional, criado em 1942 (Senai) e em 1946 (Senac). Assim, combinam-se a iniciativa pública e a privada para atender a demandas bem definidas decorrentes da divisão social e técnica do trabalho organizado e gerido pelo paradigma taylorista-fordista, como resposta ao crescente desenvolvimento industrial que passa a exigir mão-de-obra qualificada.

Em 1942, a Lei Orgânica do Ensino Industrial (Decreto-Lei nº 4.073/42) transforma as Escolas de Artes e Ofícios em Escolas Técnicas Federais, reiterando-se a existência de caminhos diferenciados para a formação do indivíduo: um para os que aprenderão a exercer sua função na escola – níveis superior e médio –, e outro para os que aprenderão e exercerão o processo produtivo, ou seja, para os trabalhadores que complementam os poucos anos de escolaridade obtida com cursos profissionalizantes em locais e com duração variáveis (KUENZER, 1997b).

Com a Reforma Capanema, então, o ensino médio passa a se estruturar como curso, com estudos regulares. Em 1942, portanto,

[...] extinguem-se os cursos complementares, que são substituídos por cursos médios de 2º ciclo, denominados genericamente de cursos colegiais, com a diferenciação de científico e clássico, com 3 anos de duração, sempre destinados a preparar os estudantes para o ingresso no nível superior; os cursos normal, agrotécnico, comercial técnico e industrial técnico, colocavam-se no mesmo nível. Estes, contudo, não asseguravam o acesso ao nível superior. Esboçava-se, contudo, uma primeira tentativa de articulação entre as modalidades do ramo secundário (científico e clássico) com os cursos profissionais, admitida mediante exames de adaptação. Abria-se uma via, portanto, de acesso ao nível superior para os egressos dos cursos secundários profissionalizantes (KUENZER, 1997b, p.13).

Assim, a partir de 1942, todas as escolas criadas em 1909 passam a oferecer cursos técnicos, além dos cursos industriais e dos de aprendizagem, possibilitando a

equivalência parcial com o sistema regular de ensino, permitindo aos concluintes dos cursos técnicos ingressarem em cursos superiores relacionados (KUENZER, 1997a).

Graças à Lei Federal nº 1.076/50, os alunos que terminassem o ensino técnico poderiam continuar seus estudos em níveis superiores, desde que prestassem exames das matérias não estudadas no curso concluído. Porém, foi com a Lei Federal nº 1.821/53, regulamentada pelo Decreto 34.330/53, que as normas foram estabelecidas para a equivalência entre os diversos graus do ensino médio, sendo, contudo, validadas somente em 1954 (LIÑAN, 2000).

A primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 4.024/61 propiciou avanço significativo quanto à articulação do sistema de ensino propedêutico e profissional, pois estabeleceu equivalência plena de todos os cursos no mesmo nível ao mesmo tempo em que os incorpora ao sistema regular os cursos de nível médio, sem necessidade de exames (LIÑAN, 2000).

Assim, o ensino médio passa a ter dois ramos distintos e equivalentes: o ensino propedêutico, representados pelo científico, e o ensino profissional, representado pelos cursos de magistério (curso Normal), industrial, comercial e agrícola.

Também, através da Lei nº 4024/61, os cursos realizados pelo SENAI e pelo SENAC poderiam ser organizados de modo a equivalerem aos níveis fundamental e técnico, manifestando-se a articulação entre os ramos propedêutico e profissional, para fins de acesso ao ensino superior. No entanto, ainda segundo Kuenzer (1997a,p.15),

o que caracteriza, a relação entre educação e trabalho até esse período é a inexistência de articulação entre o mundo da “educação”, que deve desenvolver as capacidades intelectuais independentemente das necessidades do sistema produtivo, e o mundo do trabalho, que exige o domínio de funções operacionais que são ensinadas em cursos específicos, de formação profissional. Esta desarticulação se explica pelo caráter de classe do sistema educativo, uma vez que a distribuição dos alunos pelos

diferentes ramos e modalidades de formação se faz a partir de sua origem de classe.

Permanece a mesma situação existente no início do século, quando da criação dos cursos profissionalizantes, ou seja, educação para a burguesia e formação profissional para o povo, pois apenas aproximadamente 30% da clientela, oriunda das camadas sociais menos privilegiadas, optava por cursos profissionalizantes, cuja atração era o seu caráter terminal. Dessa forma, fica claro que a maioria dos alunos optava pelo ramo propedêutico e candidatos ao ensino superior, privilégio praticamente inatingível para as camadas populares. (KUENZER, 1997a,b). O início da qualificação de trabalhadores da saúde se deu a partir de discussões, na área da Enfermagem, referentes à qualificação dos trabalhadores de nível médio e elementar na década de 60. Esse início foi marcado pelas perspectivas imediatistas, fragmentada e utilitarista (PEZZATO, 2001).

A partir de 1964 – especialmente no período chamado de “milagre econômico” (1968-1973) – ocorrem significativas transformações na estrutura do sistema de ensino e de formação profissional, em decorrência da proposta de racionalização de todos os setores da vida social, política e econômica do país, apresentada como ideário da ditadura militar.

Segundo Pezzato (2001, p.58):

A partir do golpe militar de 64, instalou-se como orientação oficial e hegemônica do grupo de militares e tecnocratas que assumiram o poder, a tendência tecnicista de educação. Com uma ideologia “nacionalista-desenvolvimentista”, buscava-se o desenvolvimento tecnológico com forte interesse no mercado internacional. Devido a isso, o sistema de ensino foi se adequando às necessidades desse mercado, bem como ao modelo internacional de educação predominante, ou seja, aos pressupostos da Teoria do Capital Humano.

Pela Teoria do Capital Humano, elaborada por Theodor Schultz na década de 50, nos Estados Unidos, a profissionalização do ensino médio estaria articulada com

a perspectiva de impulsionar o desenvolvimento nacional, e a educação ficaria reduzida à técnica que incrementa o aumento de capital, ou seja, potencializadora, qualificadora do trabalho, geradora do desenvolvimento e fator de produção (PEZZATO, 2001; OLIVEIRA, 2004).

O discurso da Teoria do Capital Humano apontava para a baixa produtividade e para a inadequação da proposta educacional com relação ao mercado de trabalho, em função das condições daquele momento histórico: impossibilidade econômica de inserir no mercado de trabalho todos os técnicos formados nesse modelo (OLIVEIRA, 2004). Enfim, a regulamentação da profissão de técnico de nível médio, em 1968, configurou seu papel político como porta-voz e intermediário entre os operários não-qualificados e o escalão superior.

Para Kuenzer (1997a), os cursos eram “excessivamente acadêmicos” e não preparavam para o exercício das funções produtivas, não atendendo às necessidades do mercado de trabalho, em sua maioria, o que a autora considerava um dos fatores explicativos para a crise econômica em que mergulhava o país.

Com o aumento da procura de emprego, principalmente devido à urbanização, os empregadores passaram a exigir como modo de seleção preliminar, que o nível de escolaridade fosse cada vez maior, havendo um aumento da demanda pelo ensino superior, dando origem a uma pressão que levou à reforma universitária em 1968. É quando surge a Lei de Diretrizes e Bases de 1971, cujo propósito era atender a demanda por técnicos de nível médio e conter a pressão sobre o ensino superior.

Com a LDB nº 5.692/71, a equivalência entre os ramos secundário e propedêutico passa a ser substituída pela obrigatoriedade de habilitação profissional para todos os que cursassem o ensino de 2º grau, conforme se passou a chamar o

curso secundário. Assim, o objetivo do ensino de 1º e 2º grau passa a “proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de auto-realização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania” (KUENZER, 1997b).

Essa lei pretendeu romper com a dualidade, conjugando o antigo ramo propedêutico e o ramo profissionalizante num sistema único, pelo qual todos passariam, independente de sua origem de classe, e tendo como finalidade a qualificação para o trabalho através de habilitação profissional conferida pela escola, com o intuito de diminuir a pressão que os egressos do Ensino Médio exerciam por mais vagas nas universidades, ancorada na suposta demanda do mercado de trabalho por técnicos (CUNHA, 2002; OLIVEIRA, 2004).

Assim, a profissionalização do ensino médio (2º grau), constituiu uma resposta educacional a um problema social, ou seja, foi mais uma tentativa de utilização da educação escolar com o objetivo de atenuar crises políticas, buscando também conter o aumento de vagas nos cursos superiores, tornando-se um “canal de drenagem” para a pressão social. Fracassou, porém, devido à impossibilidade estrutural de toda a rede de Ensino Médio tornar-se profissionalizante, tanto pela dificuldade econômica, quanto pela inserção dos egressos no mercado de trabalho (MORAES, 1996; OLIVEIRA, 2004; FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005).

Para Chaves (1986), a reforma do ensino médio, estabelecida pela Lei 5.692/71, objetivou dar uma formação profissional para os jovens que, por não terem ingressado na universidade ficam sem qualificação para o mercado de trabalho; criaram-se, assim, oportunidades que fosse desenvolvido um trabalho mais abrangente de reestruturação da mão-de-obra qualificada. Em maio de 1973, na Universidade do Trabalho de Minas Gerais (ULTRAMIG), foram apresentadas as

primeiras propostas, por ocasião da 7ª Reunião da Comissão de Laboratório de Currículos, designada pela Portaria nº 652 do Ministério da Educação e Cultura.

O responsável por organizar a estrutura ocupacional da área da saúde, definindo cada nível funcional, atribuições e conteúdo curricular foi o extinto Departamento de Recursos Humanos para a Saúde – DRHUS (CHAVES, 1986), em cuja área, no início da década de 70, surgiram críticas ao modelo de desenvolvimento vigente no país, inclusive às teorias de educação predominante, quando tínhamos a formação do ensino médico no modelo flexneriano que

[...] procurou implantar no ensino médico as exigências do paradigma científico que influenciou todas as áreas do conhecimento nos Estados Unidos no fim do século XIX: os problemas de origem social que exigiam soluções políticas foram transformados em problemas de ciência, exigindo soluções técnicas; difundiu-se a idéia de que a ciência poderia resolver qualquer problema, e negou-se a idéia de causalidade social da doença. Os aspectos preventivos e de promoção da saúde foram relegados a segundo plano (sic), o corpo humano foi considerado como uma máquina, em que qualquer parte poderia ser tratada individualmente, e o paciente abstraído da coletividade da qual fazia parte e do contexto social em que se inseria (MARSIGLIA, 1998, p.177).

Nessa época, havia a necessidade de mudanças no sistema de saúde, pois a área possuía um modelo médico-assistencial privatista, curativista, individualista, assistencialista e especializado, o qual era orientado em termos de lucratividade, privilegiando, assim, o setor privado desses serviços, ao mesmo tempo em que a saúde pública saía prejudicada.

O Estado brasileiro, a partir da década de 70, incorporou e ampliou a oferta de serviços de saúde; entretanto, a força de trabalho não foi acompanhada por uma política de formação de recursos humanos que garantisse a qualidade das ações de saúde, executadas pelos novos trabalhadores.

Com esse quadro, o Estado brasileiro, nos diferentes níveis de governo, tomou medidas para a ampliação da oferta de serviços odontológicos públicos. Essa ampliação, ainda que modesta devido às necessidades da população, combinando-

se com o enorme contingente de trabalhadores odontológicos que já vinham exercendo funções auxiliares em consultórios e clínicas privadas, criou as condições favoráveis à aprovação, em 2/2/1975, do Parecer 460/75, do Conselho Federal de Educação (CFE). Através desse Parecer, autorizava e estabelecia as exigências para a formação de dois tipos de pessoal auxiliar odontológico: o atendente de consultório dentário (ACD) e o técnico em higiene dental (THD), regulamentada pela LDB Nº 5.692/71, em vigor até 1996.

Apesar de o CFE ter autorizado a formação dos citados profissionais em 1975, apenas nove anos depois, em 1984, o Conselho Federal de Odontologia aprovou a Decisão 26/84, disciplinando o exercício dessas profissões no Brasil. A Decisão 26/84 foi posteriormente incorporada e complementada pelas seguintes Resoluções: 155/84, 157/87 e 153/93 do CFO.

No Brasil, uma das primeiras iniciativas de que se tem registro na preparação de pessoal na área da Saúde foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPRES), desenvolvido pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), com a cooperação direta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir de 1976. O propósito do PPRES era dar suporte aos Programas de Extensão da Cobertura, que se ampliavam através da rede ambulatorial do setor público através de treinamentos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), preparando pessoal de nível elementar e médio – aproximadamente 170 mil trabalhadores – cuja forma, no entanto, não era legitimada pelo sistema formal de ensino (HANSEN, 2002).

A estratégia utilizada para minimizar o problema foi o “treinamento em serviço” – prática adequada para treinar atividades meramente mecânicas –, sem vinculação de um projeto definido, respondendo apenas às demandas pontuais e imediatistas,

sendo limitante no que se refere ao “treinado”, não fornecendo titulação profissional para que esse trabalhador possa usufruir seus direitos e vantagens. Mas essa estratégia não substituiu o processo de formação reconhecido pelo sistema formal de ensino, ocasionando falta de identidade profissional e de garantia de ascensão profissional por parte da instituição empregadora.

No início dos anos 80, buscava-se consolidar um projeto de democratização do sistema de saúde, que foi conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Foi um movimento contra-hegemônico, que já vinha sendo discutido por profissionais da saúde insatisfeitos com as práticas mercantilistas e mecanicistas dos serviços de saúde (PEZZATO, 2001).

Assim, uma das estratégias para consolidação da democratização do sistema de Saúde foi investir na qualificação dos trabalhadores de saúde, principalmente dos níveis elementar e médio. Isso se deu com as propostas para a formação /qualificação dos trabalhadores desses níveis para a área da saúde em instituições públicas:

- O Projeto de Formação de Pessoal de nível médio em Larga Escala, do Ministério da Saúde – conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), e
- A criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz, em 1985, no Rio de Janeiro (PEZZATO, 2001).

O PLE foi criado em 1981, por um acordo interministerial (Saúde, Educação, Previdência e Assistência Social, Ciência e Tecnologia) e Organização Pan-Americana da Saúde, ratificado pela resolução da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), nº 15, de novembro de 1985, que aprovou o PLE como estratégia prioritária na preparação de recursos humanos, no âmbito das ações integradas de saúde.

O objetivo do Projeto era qualificar e habilitar, pela via supletiva, pessoal de nível médio e elementar, engajado na força de trabalho dos serviços públicos de saúde, contribuindo na melhoria da qualidade dos serviços e promoção profissional e educacional do pessoal auxiliar. Ele foi destinado à formação, pelas próprias instituições de saúde, sob responsabilidade das secretarias estaduais de saúde, sendo uma nova proposta para qualificar os trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho.

O Projeto de Larga Escala era uma proposta de experiência pedagógica (artigo 64 da LDB nº 5.692/71 e artigo 33 da Resolução do Conselho Estadual de Educação – CEE - 23/83) para educação de adultos inseridos no processo de trabalho com a pretensão de unir três elementos:

- o ensino supletivo, que confere flexibilidade de carga horária, tempo de formação, docentes etc;
- a formação em serviço, de acordo com a realidade, e
- a habilitação reconhecida oficialmente pelo sistema educacional (SES, 90).

Esse Projeto, baseado nos termos da Lei 9.394/96 (LDB), deixou de ser Experiência Pedagógica para ser “Lei” a partir da publicação da Deliberação do Conselho Estadual de Educação (CEE) nº 23/97 pelo Diário Oficial do Estado (DOE) (LIÑAN, 2000).

Para possibilitar a execução do PLE, foram implantadas estratégias nas Escolas Técnicas ou Centros Formadores como: o desenvolvimento de metodologia adequada à sua concepção filosófica e às características da clientela, onde a metodologia utilizada era a Problematizadora ou Freireana, na qual o homem é o elaborador e o criador do conhecimento, sujeito de sua práxis - não neutralidade do conhecimento. É um ser social, o sujeito da educação e, quanto mais reflete sobre a

sua realidade, mas se compromete a mudá-la. Assim, ele cria sua cultura e, ao vivenciar situações, reflete e responde aos seus desafios de forma inovadora, transformando-se.

Para isso, é necessário haver diálogo entre professor-aluno, devendo ter uma relação horizontal, em que se valoriza a linguagem e a cultura do aluno, com a busca da resolução dos problemas realizada em conjunto, existindo a sociabilização e democracia participativa. A avaliação permanente do professor e do aluno é feita através de auto-avaliação.

Como a proposta do PLE era de utilizar profissionais de nível superior empregados na rede, necessitou-se capacitá-los para tal desempenho. Certamente essa necessidade era a de romper com padrões e concepções educacionais bastante arraigados, pois possuíam um histórico educacional baseado na Escola Tradicional, onde o professor é o transmissor dos conteúdos que detém, e o aluno, um simples receptor de conteúdos.

Havia a necessidade de aprovação dos currículos específicos em obediência às normas do sistema educacional, já que, para atingir aos objetivos daquele Projeto foi necessário construir uma estrutura na organização escolar que possibilitasse o desenvolvimento dos cursos de maneira descentralizada, ou seja, a Escola ou Centro Formador centralizaria os processos de administração escolar e a execução dos cursos aconteceria de forma descentralizada.

Essas escolas foram iniciadas na década de 80 e incrementadas após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em 1986, onde houve a participação de segmentos sociais externos à profissão. Um dos temas abordados foi a formação urgente de pessoal de

nível médio e sua imediata incorporação: ACD e THD, como forma de viabilizar a extensão da cobertura e o aumento da produtividade para aquele momento.

Apesar dos problemas de limitação de sua capacidade operacional, decorrente da escassez de recursos financeiros, as referidas escolas têm prestado uma grande contribuição à profissionalização do PAO (HANSEN, 2002).

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio é uma Unidade Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Ministério da Saúde, e seu escopo é a educação profissional em saúde, e ali busca articular os setores da Educação, Saúde, Ciência e Tecnologia. Atualmente, realiza atividades relacionadas à produção de material didático distribuído para as Escolas Técnicas do SUS (ETESUS), cooperação técnica na área de educação à distância e capacitação de profissionais. Então, ela procura atender à demanda proposta pelo SUS e também as sociais na área de sua competência como escola (LIÑAN; BOTAZZO, 2004).

A EPSJV estabelece convênios e parcerias com instituições de todo o território nacional para o desenvolvimento de cursos nos diferentes níveis de ensino e serviços, sendo para trabalhadores dos serviços de saúde assim como para a comunidade, articulando a formação geral e específica. Já o Projeto Larga Escala se diferencia por atender aos empregados nos serviços de saúde e abordar apenas o conteúdo profissionalizante (PEZZATO, 2001).

A partir de 1984, foi desencadeado um amplo processo de regularização da situação profissional de um grande contingente de trabalhadores no exercício dessas funções em todo o país e, também, de sua formação. O Estado do Paraná foi o pioneiro, tendo, naquele mesmo ano, o primeiro curso autorizado pelos órgãos de educação no país para formar THD.

Tratava-se de uma proposta pedagógica inovadora e audaciosa para a época, pois o plano de curso previa a integração ensino-serviço e teoria-prática, durante a jornada e no próprio local de trabalho. Assim, o PLE, através da repercussão positiva em todo o país, serviu de motivação para iniciativas semelhantes em estados como para São Paulo, por exemplo (PEZZATO, 1999).

No Estado de São Paulo, o primeiro curso de Técnico em Higiene Dental aconteceu no então SUDS 12 - Itapecerica da Serra, no município de Embu, o qual teve seu início em 1987. A aprovação de seu Plano de Curso, relativo à Qualificação Profissional IV – Habilitação Plena em Higiene Dental, pelo Conselho Estadual de Educação (CEE) de São Paulo deu-se no mesmo ano e em conformidade com o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Médio e Elementar para os Serviços de Saúde. Posteriormente, os municípios de São Paulo e de Itu desenvolveram outras turmas, onde participaram servidores estaduais (SÃO PAULO (ESTADO); SÃO PAULO (MUNICÍPIO), 1988).

Em 1988, o CEE de São Paulo aprovou o curso de Atendente de Consultório Dentário (ACD) e a primeira turma teve início em dezembro do mesmo ano, no então Escritório Regional de Saúde (ERSA) 27 – Campinas.

Atualmente, vários Estados possuem cursos regulamentados pelos órgãos da Educação, sendo que tanto instituições públicas como privadas mantêm cursos de formação para ACD e THD e de acordo com o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, no Estado de São Paulo, existem 26 escolas que possuem curso para ACD e 41 escolas para o curso de THD (Informação pessoal).²

² Lista das escolas com cursos de auxiliar de consultório dentário e de técnico em higiene dental [Lista em processo de atualização]. Recebida pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, via correio, 20 fev. 2005.

De acordo com o Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico (CNCT) do Ministério da Educação, existem, hoje, no Estado de São Paulo 55 instituições de ensino registradas que habilitam o THD, sendo que 53 são privadas particulares, 1 pública estadual e 1 pública municipal. Para o ACD, no Estado de São Paulo tem 57 instituições de ensino cadastradas como formadoras, sendo que 56 são privadas particulares e 1 pública municipal (BRASIL, 2004b).

A formação de recursos humanos é tão importante que, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988, cujo Inciso III do artigo 200 atribui o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde, e com a inclusão da equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), no final do ano 2000, e com o Programa Brasil Sorridente, em 2004, foram estimulados os programas de formação de pessoal auxiliar odontológico pelas secretarias de Saúde.

De acordo com a determinação do SUS, as articulações entre o processo de formação de profissionais e trabalhadores de saúde e a produção de serviços do setor devem expressar particularidades da relação geral entre educação e trabalho na sociedade.

A Lei Federal nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – contém disposições sobre o assunto, como nos artigos 12 e 13 pelos quais serão criadas comissões intersetoriais, de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. Dentre as atividades que estas comissões deverão se ocupar, inclui-se a relacionada aos recursos humanos. Pelo artigo 14 deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Em seu parágrafo único reza que cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e a educação

continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

No artigo 27, sobre os objetivos da política de recursos humanos na área da saúde, está estabelecida a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. E, no parágrafo único: *Os serviços públicos que integram o SUS constituem em campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.*

Porém, ainda há dificuldades na interpretação dessa norma, pois mesmo depois das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a implementação dos SUS foi imprecisa no sentido de esclarecer como se deve cumprir esse mandato constitucional fazendo com que, ainda depois de 16 anos da Constituição, as iniciativas governamentais sejam lentas, insuficientes e desarticuladas.

E, como relata Amâncio Filho e Telles (2005, p. 3):

Como reconhecem os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde, a inexistência de uma política de formação de profissionais de saúde adequada ao SUS, tanto no nível superior como médio, tem resultado em que “os profissionais [da saúde] são, hoje, formados para uso intensivo de tecnologia e para a especialização” (Brasil, 2000), ficando relegadas em segundo plano as ações de atenção básica, ao mesmo tempo em que alertam para o fato de que não se trata mais de formar pessoas competentes apenas tecnicamente, mas profissionais que tenham clareza de sua inserção e desempenho no processo de trabalho em saúde, consciente do compromisso com a qualidade e a humanização na atenção à saúde.

Nos últimos anos, a educação profissional está em evidência através do seu reordenamento normativo e organizacional em todo o país pelo Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP) – iniciativa do Ministério da Educação (MEC) em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) com o objetivo de desenvolver ações integradas de educação com o trabalho, a ciência e

tecnologia, em articulação com a sociedade – sob a coordenação da Secretaria de Educação Média e Tecnológica SEMTEC/ MEC.

Com o PROEP/SEMTEC/MEC, houve a elaboração dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, com o objetivo de oferecer subsídios à formulação de propostas curriculares em cada uma das 20 áreas profissionais: agropecuária, artes, comércio, comunicação, construção civil, design, geomática, gestão, imagem pessoal, indústria, informática, lazer e desenvolvimento social, meio ambiente, mineração, química, recursos pesqueiros, saúde, telecomunicações, transportes, turismo e hotelaria (BRASIL, 2000).

Os Referenciais Curriculares na área da saúde desdobram-se em 12 sub-áreas: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem em saúde, reabilitação, **saúde bucal**, saúde visual, saúde e segurança no trabalho e vigilância sanitária.

O Ministério da Saúde (MS), por meio de sua Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, implementou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), iniciado em 2000, com o intuito de fortalecer e modernizar as Escolas Técnicas do SUS já existentes e criar outras novas abrindo perspectivas para a formação de trabalhadores da área da saúde. O objetivo principal desse Projeto é o de qualificar trabalhadores de graduação média, para isso, também oferece cursos de complementação do ensino fundamental para os trabalhadores que o não possuam – pré-requisito para a inscrição na qualificação técnica (BIASOTO JÚNIOR, 2001).

O PROFAE é financiado com recursos oriundos de empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Tesouro Nacional de do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (HANSEN, 2002).

Espera-se que, para promover melhoria na qualidade dos serviços ofertados pelos estabelecimentos de saúde que atendam à Saúde Pública do país, outras áreas sejam contempladas com esse tipo de projeto que visa qualificar e formar o nível médio para a saúde, e não somente a área da Enfermagem.

Segundo Queluz (2003, p.152):

Os cursos de ACD, de THD, de TPD e de APD não possuem verba específica do MEC, bem como os demais cursos que se enquadram na educação profissional da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996. Principalmente na última década, é o Fundo de Amparo ao Trabalhador que vem destinando verbas a esse nível de ensino no país; ele segue a lógica do mercado, em que a prioridade para a aprovação de projetos está relacionada ao grau de empregabilidade do trabalhador no mercado de trabalho.

Com a profissionalização compulsória, os estudantes que cursavam o ensino técnico ficavam privados de uma formação básica plena, como no caso do curso propedêutico, cujos alunos possuíam vantagem em relação ao acesso ao ensino superior. Através da Lei Federal nº 7.044/82, houve a revogação da profissionalização compulsória, tornando possível a profissionalização do ensino de segundo grau somente em instituições especializadas. Isso trouxe a valorização e o fortalecimento da formação pelas escolas técnicas.

Agora, com a atual LDB nº 9.394/96, cria-se a dualidade ao exigir, para o aluno que queira fazer o curso médio profissionalizante, o ensino médio e o profissional, concomitantemente ou de forma seqüencial, para a obtenção de seu diploma, o que analisaremos no próximo item.

2.2.1 a LDB nº 9.394/96, em relação à formação dos ACD e THD

Para que os serviços de saúde sejam adequados, é primordial contar com “recursos humanos bem formados, comprometidos com a causa da saúde e conscientes da necessidade de garantir a qualidade e resolubilidade dos cuidados e dos serviços disponíveis para a população”, já que este setor, parte do setor terciário da economia, integra o conjunto daquelas atividades denominadas serviços de consumo coletivo (AMANCIO FILHO; TELLES, 2005).

Assim, as relações entre educação e trabalho em saúde assumem posições estratégicas e repletas de significados, e isso acontece porque a:

“função da educação se torna mais importante na preparação da força de trabalho, uma vez que as habilidades requeridas do novo trabalhador são muito relacionadas com aquelas desenvolvidas na escola, isto é, responsabilidade, capacidade de abstração, de resolver problemas, de trabalhar com símbolos e compreensão de textos abstratos, entre outras” (SALGADO³ apud AMÂNCIO FILHO; TELLES, 2005, p.7)

Com a promulgação da LDB 9.493, em 1996, houve uma separação formal entre o ensino médio e a educação profissional, sendo que a educação profissional se caracteriza de forma específica, e há complementaridade entre eles. A “*formação técnica é complemento da Educação geral*” e traz como objetivo a articulação da educação como o mundo do trabalho (PEZZATO, 2001; HANSEN, 2002).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394/96 estabelece, em seu capítulo III, a Educação Profissional através do artigo 39 ao artigo 42, enquanto o Decreto nº 2.208/97 estabelece as diretrizes curriculares nacionais, carga horária mínima do curso, conteúdos mínimos, habilidades e

³ Salgado MUC. O novo paradigma da organização do trabalho e a formação profissional na área da saúde. In: Amâncio Filho, A; Moreira, MCGB (orgs.) Saúde, Trabalho e Formação Profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997: 83-91.

competências básicas por área profissional, além de regulamentar o § 2º do artigo 36 e os artigos 39 a 42 da LDB.

Segundo Frigoto, Ciavatta e Ramos (2005b), Decreto é um ato de governo e tem duração provisória, sendo um instrumento que normatiza e regulamenta a lei, portanto não pode inovar ou contrariar a lei. Dessa forma, o Decreto 2.208/97 era ilegal ao determinar a separação entre o ensino médio e a educação profissional, pois, no seu artigo 5º “A educação profissional de nível técnico terá organização curricular própria e independente do ensino médio [...]”, confronta com a LDB nos artigos 36 § 2º: “O ensino médio, atendia a formação geral do educando, poderá prepará-lo para o exercício de profissões técnicas”, e, no artigo 40 do mesmo documento: “A educação profissional será desenvolvida em articulação com o ensino regular [...]”.

Assim, o Decreto foi revogado em julho de 2004, sendo válido, a partir de então, o Decreto nº 5.154 (BRASIL, 2005a), o qual regulamenta o § 2º do artigo 36 e os artigos de 39 a 41 da Lei nº 9.394/96, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências.

A substituição pelo Decreto 5.154/04 foi devido ao fato de, com este, se tentar resgatar a consolidação da base unitária do ensino médio, ampliando-se seus objetivos como a formação específica para o exercício das profissões técnicas.

O atual decreto, em seu artigo 1º, trata de como será desenvolvida a educação profissional, sendo ela possível por meio de cursos e programas, a seguir:

- I – formação inicial e continuada de trabalhadores;
- II – educação profissional técnica de nível médio;
- III – educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação.

Para a formação inicial e continuada de trabalhadores, no mesmo decreto em seu artigo 3º, consta que poderão ser ofertados cursos e programas, sendo incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização, em todos os níveis de escolaridade, com o objetivo de desenvolver aptidões para a vida produtiva e social, ou seja, para o mundo do trabalho e a cidadania.

Tais cursos e capacitações poderão ser ofertados segundo itinerários formativos, entendendo o processo como o conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos. Dessa forma, visa superar a oferta fragmentada e descontínua de formação profissional que não se convertiam em créditos para os trabalhadores, seja para fins de exercício de uma ocupação, seja para prosseguimento dos estudos (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005a). Isso, certamente, só dependerá de regulamentações e políticas articuladas entre si, pelos Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego, e, no caso específico, da Saúde.

No que se refere à educação profissional técnica de nível médio, no Decreto nº 5.154, § 1º do artigo 4º, determina de que forma poderá ocorrer a articulação entre ela e o nível médio, podendo ser integrada, concomitante ou subsequente. E, no artigo 6º consta que, quando estruturados e organizados em etapas com terminalidade, os cursos e programas de educação profissional técnica de nível médio e os cursos de educação profissional tecnológica de graduação, incluirão saídas intermediárias para haver a possibilidade da obtenção de certificados de qualificação para o trabalho, após sua conclusão e aproveitamento.

Assim estruturados, os cursos de THD poderão certificar, pela saída intermediária, os ACD, mas, para isso, é necessário que tais cursos, ao elaborarem

o Plano de Curso, deixem explícita a conclusão intermediária, ou seja, ela deve ser definida e ter identidade própria. Pelo § 2º do artigo 6º, determina que as etapas com terminalidade deverão ser articuladas entre si, compondo os itinerários formativos os respectivos perfis profissionais de conclusão.

Quanto à diplomação, esta só ocorrerá com o término do curso de educação profissional técnica de nível médio, após sua conclusão com aproveitamento, de acordo com o mesmo decreto no artigo 7º que reza, em seu Parágrafo único: “Para a obtenção do diploma de técnico de nível médio, o aluno deverá concluir seus estudos de educação profissional técnica de nível médio e de ensino médio”.

Através da Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Educação Básica (CEB) nº 4/99, de dezembro de 1999, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, encontramos em seu artigo 3º:

São princípios norteadores da educação profissional de nível técnico os enunciados no artigo 3º da LDB, mais os seguintes:

- I – independência e articulação com o ensino médio;
- II – respeito aos valores estéticos, políticos e éticos;
- III – desenvolvimento de competências para a laborabilidade;
- IV – flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização;
- V - identidade dos perfis profissionais de conclusão de curso;
- VI - atualização permanente dos cursos e currículos;
- VII – autonomia da escola em seu projeto pedagógico.

Nessa Resolução, no quadro das áreas profissionais e cargas horárias mínimas, consta, para a área da saúde, a carga horária mínima de 1.200 horas para a habilitação, ou seja, para o curso de técnico em higiene dental deverá haver correspondência a essa carga horária.

Para o ACD, o que consta como carga horária mínima, independente da legislação da Educação, é na Decisão CFO – 61/2004, que institui em seu artigo 2º: “A carga horária mínima para a qualificação técnica inicial de Auxiliar de Consultório Dentário será de 300 horas e máxima de 600 horas”.

De acordo com Leda Hansen (SAÚDE BUCAL, 2004), a carga horária de 300 horas para a formação do Auxiliar de Consultório Dentário é insuficiente, pois com ela só é possível formar um trabalhador voltado para as atividades clínicas, ou seja, para ajudar o cirurgião-dentista. Dessa forma, vai contra o perfil homologado pelo MS, em outubro de 2003 – a ser abordado no item Competências Profissionais – no qual o ACD deve atuar na promoção e divulgação da saúde bucal.

Assim, o simples conhecimento técnico não expressa a competência profissional, agora é uma parte dela, havendo necessidade de se trabalhar na formação com conhecimentos, valores, habilidades e atitudes. A tal respeito, coloca Deluiz (2004) que a formação profissional com carga horária pequena, pouca quantidade de aulas práticas, pouca articulação entre teoria e prática e a ênfase nos conteúdos mínimos específicos mostram uma forte base tecnicista e instrumental por parte de algumas instituições executoras.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico tornam-se, então, fundamentais para o planejamento e a organização dos cursos pelas escolas. E na Resolução nº 4/99, em seu artigo 2º, consta que:

[...] entende-se por diretriz o conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências profissionais gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico'[...],

Juntamente com o Parecer 16/99, tratam sobre competência profissional, sendo esta identificada como “a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”.

A Resolução CNE nº 2, de junho de 1997, dispõe sobre os programas especiais de formação pedagógica de docentes para as disciplinas do currículo do ensino fundamental, do ensino médio e da educação profissional em nível médio.

Nesses programas especiais, é necessário respeitar uma estruturação curricular articulada nos seguintes núcleos, conforme o artigo 3º da Resolução CNE nº 2:

- a) NÚCLEO CONTEXTUAL, visando à compreensão do processo de ensino-aprendizagem referido à prática da escola, considerando tanto as relações que se passam no seu interior, com seus participantes, quanto as suas relações, como instituição, com o contexto imediato e o contexto geral onde está inserida.
- b) NÚCLEO ESTRUTURAL, abordando conteúdos curriculares, sua organização seqüencial, avaliação e integração com outras disciplinas, os métodos adequados ao desenvolvimento do conhecimento em pauta, bem como sua adequação ao processo de ensino-aprendizagem.
- c) NÚCLEO INTEGRADOR, centrado nos problemas concretos enfrentados pelos alunos na prática de ensino, com vistas ao planejamento e reorganização do trabalho escolar, discutidos a partir de diferentes perspectivas teóricas, por meio de projetos multidisciplinares, com a participação articulada dos professores das várias disciplinas do curso.

Esses programas deverão se desenvolver com carga horária mínima de pelo menos 540 horas, incluindo a parte teórica e prática, sendo que a carga horária mínima para a prática deverá ser desenvolvida em pelo menos 300 horas.

A legislação educacional vem proporcionando condições para que haja melhoria na educação profissional, como citado anteriormente na Resolução da Câmara de Educação Básica (CEB) nº 4, em seus artigos. 3º e 4º:

3º São princípios norteadores da educação profissional de nível técnico os enunciados no artigo 3º da LDB, mais os seguintes:

- I – independência e articulação com o ensino médio;
- II – respeito aos valores estéticos, políticos e éticos;
- III – desenvolvimento de competências para a laborabilidade;
- IV – flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização;
- V – identidade dos perfis profissionais de conclusão de curso;
- VI – atualização permanente dos cursos e currículos;
- VII- autonomia da escola em seu projeto pedagógico.

4º São critérios para a organização e o planejamento de cursos:

- I – atendimento às demandas dos cidadãos, do mercado e da sociedade;
- II – conciliação das demandas identificadas com a vocação e a capacidade institucional da escola ou da rede de ensino.

Através desses princípios norteadores, pode-se notar que há uma intenção em melhorar o perfil do profissional egresso dos cursos profissionalizantes, onde ele aprende valores estéticos, e nos quais a idéia de perfeição é absolutamente essencial, ao lado de valores políticos e éticos, com o desenvolvimento da solidariedade e da responsabilidade, e qualificando o fazer humano na medida em que a prática deve ser sensível a determinados valores. Amplia-se o conceito de competência, não somente de suas atribuições, tornando-se consciente da necessidade de sua atualização permanente, além de valorizar sua profissão “ethos” profissional e respeitar as demais – política da igualdade em que está presente a constituição de uma relação de valor do próprio trabalho e do trabalho dos outros, conhecendo e reconhecendo sua importância para o bem comum e a qualidade da vida.

Pelo histórico, observa-se que quando os ensinos médio e técnico eram independentes, o ensino técnico servia para garantir a mão-de-obra escassa no país. Agora, com o aumento de mão-de-obra qualificada, parece não ser mais interessante formar indivíduos “somente técnicos”, havendo uma necessidade de dupla jornada de estudos. Isso pode ser considerado desestimulante, pois é independente e articulado com o ensino médio, necessitando fazer os dois cursos para a habilitação profissional, parecendo ser mais vantajoso fazer o ensino médio e posteriormente um curso superior, por exemplo, o de curta duração, pois este parece ter mais *status* e ser mais valorizado profissionalmente nos dias atuais.

Também são necessárias avaliação e fiscalização pelo poder público, para que as instituições formadoras cumpram as determinações legais da educação de forma efetiva, não causando prejuízos ao aluno e nem à sociedade com mão-de-obra despreparada, uma vez que “cada instituição deve construir seu currículo pleno,

de modo a considerar as peculiaridades do desenvolvimento tecnológico com flexibilidade e atender às demandas do cidadão, do mercado de trabalho e da sociedade” (PARECER CNE/CEB Nº 16/99).

Para Amâncio Filho e Telles (2005, p. 5-6) a avaliação e fiscalização pelo poder público são importantes, pois:

A multiplicação de cursos de nível médio para a área da saúde sem, no entanto, existir qualquer mecanismo de controle eficiente e eficaz no que diz respeito à qualidade de formação e dos estágios práticos, acabam por reproduzir modelos que vão de encontro a tudo o que é preconizado pelas diretrizes e pelos princípios norteadores do SUS.

[...] o SUS vem sendo identificado majoritariamente como um modelo de caráter assistencial, hospitalar e não, como deveria ser, priorizando os aspectos da prevenção à doença e da promoção à saúde, estabelecendo estreita relação entre condições de vida e trabalho, lazer, transporte, educação cultura, meio ambiente. Em outras palavras, não se alcançou uma ruptura que propiciasse uma mudança de entendimento, de mentalidade em relação ao projeto gestado pelo movimento da reforma sanitária.

O controle efetivo por parte do Estado tem atuado de maneira formal e burocrática, sendo considerado um “descontrole”, uma irresponsabilidade em vista do que deveria ser. Segundo Narvai (1997, p. 449-54):

Cabe afirmar, ainda, que este descontrole não decorre de um quadro “anárquico”, resultante de uma suposta “incompetência” dos órgãos governamentais. Esta aparente “anarquia” esconde uma bem articulada ação dos empresários do ensino, mais preocupados com a acumulação do capital neste setor do que propriamente com a Educação e Saúde. Por isso, dotar a sociedade de recursos humanos odontológicos adequados às suas necessidades e atender às exigências da Constituição, aparecem como o grande desafio colocado nesta virada do século, nesse campo a todos os que se ocupam das tarefas de transformar a prática odontológica, direcionando-a para a promoção da saúde e [...] reivindicar a ação reguladora do poder público sobre a formação, tanto no aspecto quantitativo quanto no qualitativo, é um imperativo que conta com apoio unânime dos CDs.

Assim, espera-se que todas as instituições de ensino possuam condições adequadas: corpo docente, instalações, materiais, instrumental, respeito e ética para com os alunos e a sociedade, ao desenvolverem seus cursos técnicos, pois, pelo Parecer Nº 16/99:

Não se concebe, atualmente, a educação profissional como simples instrumento de política assistencialista ou linear ajustamento às demandas do mercado de trabalho, mas sim, como importante estratégia para que os

cidadãos tenham efetivo acesso às conquistas científicas e tecnológicas da sociedade. Impõe-se a superação do enfoque tradicional da formação profissional baseado apenas na preparação para execução de um determinado conjunto de tarefas. A educação profissional requer, além do domínio operacional de um determinado fazer, a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.

E para Narvai (1997, p. 462), o papel do poder público:

vale reafirmar que o poder público não deve se eximir do estabelecimento de diretrizes para a formação e desenvolvimento de recursos humanos odontológicos no país e não pode deixar de exercer o papel regulador que lhe cabe nesse campo, sob risco de causar prejuízos à população. Tais diretrizes devem se centrar na ênfase à formação e utilização de pessoal auxiliar como elemento estratégico de uma política de transformação da prática odontológica hegemônica no país, com vistas a adequá-la às necessidades do conjunto da população; ou seja, uma prática orientada à promoção da saúde bucal.

2.3 Competências Profissionais

O predomínio do modelo fordista de educação e de trabalho, no qual se aprender a fazer e a dominar uma tecnologia (de base empírica ou intuitiva), já foi considerado suficiente para inserir e manter o profissional, até sua aposentadoria, no mercado de trabalho.

Apesar da existência do paradigma taylorista/fordista⁴, caracterizado pelo trabalho não-qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, em alguns espaços produtivos de saúde, surgem novas tendências em relação ao trabalho com

⁴ O modelo Taylorista visa à racionalização, objetivando o aumento da produção e produtividade sem ter que recorrer a inovações de base técnica. Atua sobre o posto de trabalho individual através do planejamento e controle do trabalhador e das suas práticas de trabalho, de modo que se possa eliminar o desperdício do esforço físico. O modelo Fordista busca alterar e construir um meio ambiente que seja favorável para a racionalização, a produção em série (evidencia a conjunção de diferentes racionalidades: econômica, social e política, visando principalmente aos aspectos econômicos).

as seguintes características: trabalho mais intelectualizado, complexo, autônomo e coletivo.

Atualmente, com a globalização e competitividade no mundo do trabalho, e tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção e bens de serviço, as novas exigências do trabalho requerem do trabalhador não somente uma flexibilidade técnico-instrumental, mas também, a intelectual, ou seja, um trabalhador polivalente, integrado, que trabalhe em equipe, com mais flexibilidade e autonomia, pois deve exercer, cada vez mais, funções abstratas e exercer, cada vez menos, o trabalho manual (DELUIZ, 2001).

Para que isso ocorra, é necessário que o trabalhador aprenda a aprender e a compreender, usando o conhecimento como insumo estratégico na disputa concorrencial por posições instáveis numa nova realidade de mercado de trabalho (SANTANA, 2004).

Quanto mais avançamos em direção a profissões qualificadas, mais as organizações limitam o trabalho prescrito e, bem ou mal, delegam aos assalariados o cuidado de criar ou adaptar procedimentos a fim de enfrentarem a complexidade das situações (PERRENOUD, 1988).

Segundo Deluiz (2001), o modelo das competências profissionais começa a ser discutido no mundo empresarial a partir da década de 1980, no contexto da crise estrutural do capitalismo, pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista; pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital; por uma acirrada concorrência intercapitalista, com tendência crescente à concentração de capitais, devido às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas.

Ainda, a mesma autora afirma que, na América Latina, o modelo das competências surge no bojo das reformas educacionais as quais, por sua vez, são parte do conjunto de reformas estruturais do Estado, decorrentes do ajuste macroeconômico ao qual os países latino-americanos se submeteram ao longo da década de 1990, para superar a inflação e a estagnação com o intuito de crescimento econômico, interrompido na década 1980 (DELUIZ, 2001).

Observa-se, no capitalismo atual, um progressivo deslocamento da qualificação profissional, relacionada aos componentes organizados e explícitos da qualificação do trabalhador – educação escolar, formação técnica e experiência profissional (salários, cargos e hierarquia das profissões) – para a noção de competências, em que não só importa a posse dos saberes escolares ou técnicos, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar imprevistos na situação de trabalho (DELUIZ, 2001).

No modelo das competências, o controle da força de trabalho é menos formalizado e mais difuso, pois se expressa através de estratégias de ressocialização e aculturação em vista da formação da subjetividade do trabalhador. Tais estratégias se dão pela ênfase na identificação dos interesses de patrões e empregados, contribuindo para a formação de uma comunidade social de colaboradores; a autogestão pela internalização da disciplina; o controle exercido sobre os trabalhadores por seus próprios colegas no trabalho em equipe e a sobrevalorização de aspectos atitudinais (saber ser) (DELUIZ, 2001).

No Governo Fernando Henrique Cardoso (01/01/1999 - 01/01/2003), a política de educação profissional, além de desenvolver ações de ensino técnico, também abrangeu a qualificação e a requalificação profissional, dessa forma, desviando a atenção da sociedade das causas reais do desemprego para a responsabilidade dos

próprios trabalhadores, pela condição de desempregados ou vulneráveis ao desemprego. Portanto, surgem os conceitos de empregabilidade e de competência como aportes ideológicos, com o intuito de justificar projetos fragmentados e aligeirados de formação profissional, associados aos princípios de flexibilidade dos currículos e da própria formação (FRIGOTTO, 2005a; LUCIO; SCOCHACZEWSKI, 1998).

Frigotto (SEMINÁRIO, 2004) critica que empregabilidade hoje é para quem tem uma lista restrita de competências. Essa é uma outra forma de dizer que não há vaga para todo mundo.

Mas, o que se entende por competência, nesse contexto?

O termo competência é definido por Philippe Perrenoud⁵ como a capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles (NUNES, 2004). É um saber-mobilizar. Trata-se não de uma técnica ou de mais um saber, mas de uma capacidade de mobilizar um conjunto de recursos – conhecimentos, esquemas de avaliação e de ação, ferramentas, atitudes – a fim de enfrentar com eficácia situações complexas e inéditas.

Assim, uma das principais exigências na formação profissional é a flexibilidade para as múltiplas funções e não a formação pela qualificação padrão, anteriormente denominada como preparação para o trabalho industrial. Mas para isso, os centros formadores, ao formar por competências, necessitam preparar-se para passar da lógica do ensino (aquela de apenas passar conteúdos, de ensinar por ensinar) para a lógica da prática (a de incluir as referências e conteúdos às situações da vida, ferramentas para compreender o mundo e agir sobre ele), baseando-se num postulado de Perrenoud, relativamente simples: constroem-se as

⁵ Sociólogo, pesquisador e professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Genebra.

competências exercitando-se situações complexas (NUNES, 2004). Para isso, segundo Perrenoud (2000), é necessário diminuir o peso dos conteúdos disciplinares e empenhar-se a sociedade em definir quais competências quer que seus estudantes desenvolvam.

Conforme a Resolução CEB Nº 4, de 8/12/99, em seu artigo. 6º, competência profissional é:

Capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho.

Parágrafo único. As competências requeridas pela educação profissional, considerada a natureza do trabalho, são as:

I – competências básicas, constituídas no ensino fundamental e médio;

II – competências profissionais gerais, comuns aos técnicos de cada área;

III – competências profissionais específicas de cada qualificação ou habilitação.

Nessa definição de competência, o valor se expressa no saber ser, na atitude relacionada com o julgamento da pertinência da ação, com a qualidade do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outros atributos humanos como a iniciativa e a criatividade; o conhecimento é entendido como o saber, a habilidade é o saber fazer relacionado com a prática do trabalho, transcendendo a mera ação motora (PARECER Nº 16/99).

Percebemos, então, que esse conceito de competência:

Amplia a responsabilidade das instituições de ensino na organização dos currículos de educação profissional, na medida em que exige a inclusão, entre outros, de novos conteúdos, de novas formas de organização do trabalho, de incorporação dos conhecimentos que são adquiridos na prática, de metodologias que propiciem o desenvolvimento de capacidades para resolver problemas novos, comunicar idéias, tomar decisões, ter iniciativa, ser criativo e ter autonomia intelectual, num contexto de respeito às regras de convivência democrática (PARECER 16/99).

Para o Ministério da Saúde, o conceito de competência é o da:

Capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho (imprevistas ou não), assumindo a responsabilidade do cuidado a partir da concepção da saúde como qualidade de vida, interagindo com a equipe e com os usuários,

percebendo suas necessidades e escolhas e valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde (BRASIL, 2004a).

Então, para que o indivíduo seja competente, são necessárias várias dimensões: o saber (conhecimentos), o saber fazer (habilidades) e o saber ser (valores e atitudes), não sendo possível ser considerado um profissional competente aquele que somente saiba executar suas tarefas rotineiras, como proposto nos modelos clássicos de organização e gestão do trabalho (taylorismo, fordismo) – deixa de ser “estoque de saberes” para ser transformar em “capacidade de ação diante de acontecimentos” (ZARIFIAN, 1990⁶ apud Brasil 2004a). O saber ser – atitudes e valores pelos quais devem se pautar o profissional na realização de suas atividades – é considerado transversal a todas as competências propostas.

Para Perrenoud (2000), não basta colocar um verbo de ação na frente dos saberes disciplinares para elaborar um conjunto de competências, isso é apenas maquiagem. A descrição de competências deve partir da análise de situações, da ação, e disso derivar conhecimentos. Já para Queluz (2003, p.142) preparar adequadamente a formação de recursos humanos significa que:

Quando mencionamos preparação adequada, devemos ter em mente, não apenas a utilização do profissional de saúde bucal para a solução de problemas imediatos, mas também a sua capacitação para sentir e gradualmente ajustar o seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, socioeconômica e cultural, cuja interação obriga a uma constante revisão do papel a ser desempenhado pela odontologia como instituição social.

Perrenoud (2000) afirma que para desenvolver competências é necessário trabalhar por resolução de problemas e por projetos, propor tarefas complexas e desafios que incentivem os alunos a mobilizarem seus conhecimentos e, em certa medida, completá-los. Dessa forma, é necessária a aplicação de uma pedagogia ativa, cooperativa e participativa, seguindo os princípios pedagógicos construtivistas.

⁶ Zarifian P. Organization qualifiante et capacité de prise de décision dasn l'industrie, 1990 (mimeo).

Gaudêncio Frigotto, professor da Universidade Federal Fluminense (RJ), entende que, se a pedagogia das competências não for devidamente qualificada, só incentivará a preguiça mental (SEMINÁRIO, 2004), por reunir a obrigatoriedade de resultados, em que há a mesma aprendizagem para todos. Assim, em relação aos professores, Perrenoud (1998, p.214) cita Meirieu o qual, “não propõe, contudo, que se subtraíam dos professores todas as obrigações. Propõe que se substitua a obrigatoriedade de resultados por uma obrigatoriedade de meios”.

Para Perrenoud, a obrigatoriedade de procedimento é a obrigatoriedade de utilizar meios de ensino definidos e de respeitar estritamente formas de ensino codificadas pela organização escolar; e, obrigatoriedade de competência é a obrigatoriedade de ter ou de obter os meios para enfrentar as situações educativas complexas, sem se limitar a observar os procedimentos definidos, exceto algumas regras administrativas e deontológicas elementares (PERRENOUD, 1998).

Para o mesmo autor, há áreas do trabalho humano nas quais é possível e legítimo exigir resultados, mas, para isso é necessário reunir ao menos quatro condições:

1. Que o problema a ser resolvido seja puramente técnico, ou seja, que as finalidades da ação sejam perfeitamente claras e que os profissionais não tenham outra tarefa que não a de buscar os melhores meios de atingir objetivos inequívocos.
2. Que a ação dos profissionais dependa apenas marginalmente da cooperação ou da mobilização de pessoas ou de grupos independentes da organização que os comanda.
3. Que o estado dos saberes teóricos e profissionais torne possível uma ação eficaz na maior parte das situações encontradas.
4. Que as situações com as quais os profissionais de mesmo nível de qualificação se confrontam sejam, se não idênticas, ao menos relativamente comparáveis (PERRENOUD, 1998, p.215).

Isso posto, podemos concluir que, se na área da Saúde não é possível reunir as quatro condições acima, assim também, não se pode exigir obrigatoriedade de resultados, cabendo perfeitamente formar por competências.

2.3.1 perfil das competências profissionais

Há uma preocupação por parte do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) em formar profissionais que, ao concluírem um curso profissionalizante, possam ter uma compreensão global do processo produtivo com a apreensão do processo tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões, ou seja, uma preocupação em romper com o antigo padrão de tarefas fragmentadas e rotineiras.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB), incentivou a elaboração um perfil de competências profissionais do THD e do ACD. Seu objetivo era o de fornecer subsídios às instituições formadoras na construção de currículos estruturados no modelo de competências, e de atender à necessidade de um perfil de desempenho ampliado, exigido pelas bases legais, políticas e estratégias pelo Ministério da Saúde, bem como pela legislação da educação profissional (BRASIL, 2004a).

Participaram da elaboração do perfil o Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), a Associação Brasileira do Ensino Odontológico (ABENO), a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) e a Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Odontologia (ANATO), além de profissionais da classe odontológica

através de consulta pública pelo *site* www.saude.gov.br / seção profissionais de saúde, o qual ficou disponível de 18 de junho a 25 de julho de 2003.

Na elaboração do perfil de competências profissionais consideraram-se três pressupostos, a seguir:

- A coerência com os princípios de integralidade da atenção, humanização do cuidado, da ética e do trabalho em equipe;
- A necessidade de contemplar todos os aspectos relacionados à prática do THD e do ACD;
- A observação às leis, decretos, resoluções e pareceres que regulam a formação e o trabalho destes profissionais.

Cada competência proposta para o THD e o ACD explicita as capacidades a que se recorre para a realização de determinadas atividades dentro do contexto técnico-profissional e sócio-cultural, com o intuito de exprimir a realidade profissional destas ocupações. Considerou-se também, em cada competência, que o agir profissional competente incorpora três dimensões: o **saber**, que para o Parecer 16/99 é o conhecimento, o **saber fazer**, que está relacionado com a prática do trabalho, transcendendo a simples ação motora e, por último, o **saber ser** que compreende os valores e as atitudes, sendo estes relacionados com o julgamento da pertinência da ação, com a qualidade do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outros atributos humanos, tais como a iniciativa e a criatividade. A dimensão do saber ser é considerada transversal para todas as competências propostas, ou seja, deve estar presente em todas as atividades realizadas pelos ACD e THD.

O perfil de competências profissionais do THD e do ACD proposto compreende sete competências, as cinco primeiras correspondem ao nível de atuação do ACD.

De acordo com o Decreto 5.154/04, em seu artigo 3º, § 1º e a Resolução CNE/CEB nº 4/99, artigo 8º, § 2º, inciso I, a formação profissional de nível técnico pode ser organizada em módulos, que podem ter caráter de terminalidade para efeito de qualificação profissional. Assim, o ACD integra o itinerário de profissionalização do THD. Dessa forma, o perfil apresentado pelo MS incorpora a possibilidade de organização curricular modular com terminalidade parcial para o ACD, sendo que as competências elaboradas integram tanto o ACD como o THD.

A seguir, o perfil das sete competências propostas pelo MS:

Competência 1: Desenvolver em equipe ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

Cabe lembrar que não há necessidade de ser sempre em equipe, uma vez que o ACD ou o THD pode trabalhar em ações em que não esteja envolvida necessariamente a equipe.

Competência 2: Desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde.

Competência 3: Organizar o ambiente de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações em saúde bucal.

Competência 4: Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade.

Competência 5: Realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe, usuários e seus familiares.

As competências a seguir são exclusivas para o THD:

Competência 6: Realizar ações de atendimento clínico odontológico voltadas para o restabelecimento da saúde, conforto, estética e função mastigatória do indivíduo.

Competência 7: Atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe de trabalhadores da unidade de saúde.

Para cada uma das sete competências há uma relação de conhecimentos (saber) e de habilidades (saber fazer). Vale lembrar que, para que o conceito de competência proposto pelo Ministério da Saúde, (abaixo) as atitudes e valores (saber ser) deverão estar em cada competência proposta no perfil, ou seja,

Capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho (imprevistas ou não), assumindo a responsabilidade do cuidado a partir da concepção da saúde como qualidade de vida, interagindo com a equipe e com os usuários percebendo suas necessidades e escolhas e valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde (BRASIL, 2004a).

Assim, para as instituições que quiserem se orientar para fazer os currículos estruturados no modelo de competências, seguindo este perfil, além de se utilizarem dos conhecimentos e das habilidades próprias no curso de ACD e THD, deverão aprender a se utilizar do sentido de palavras e expressões como: iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática, coordenar-se com outros atores e situações e acontecimentos próprios de um campo profissional.

A seguir, são apresentadas as propostas do Ministério da Saúde sobre as habilidades (saber-fazer) e os conhecimentos (saber) de cada uma das sete competências, para a organização curricular da ocupação de THD, além das atitudes e valores (saber-ser), sendo este considerado transversal, ou seja, aquele que deve constar em cada uma das sete competências.

Para a competência 1 – **desenvolver em equipe ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários, visando a melhoria da qualidade de vida da população** – temos como:

Habilidades:

- a) Utilizar recursos de comunicação, valorizando aqueles existentes na comunidade;
- b) Levantar dados e informações relativas às práticas de promoção da saúde utilizadas pela comunidade;
- c) Organizar grupos de discussão;
- d) Orientar indivíduos, famílias e grupos sobre medidas de proteção à saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde;
- e) Orientar moradores e famílias para as ações de cuidado relacionadas ao ambiente domiciliar e peridomiciliar;
- f) Identificar parceiros dos setores governamental e não-governamental para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde;
- g) Interagir com parceiros dos vários setores na execução de ações de promoção da saúde;
- h) Identificar condições de risco à saúde de indivíduos da população;
- i) Informar ao serviço a ocorrência de situações de risco à saúde;
- j) Identificar os principais problemas de saúde da comunidade e seus meios de intervenção;
- k) Participar de atividades dos Conselhos de Saúde;
- l) Atuar na capacitação de lideranças comunitárias para desenvolver ações de promoção da saúde.

Conhecimentos:

- a) Processo saúde-doença.
- b) Promoção da saúde – conceitos e estratégias: intersectorialidade, atitudes saudáveis, participação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais.
- c) Meios e formas de comunicação.
- d) Psicologia das relações humanas.
- e) Psicologia aplicada ao processo ensino-aprendizagem.
- f) Políticas de saúde no Brasil/ Sistema Único de Saúde - ênfase na atenção básica.
- g) Educação para a saúde: processos educativos, métodos, técnicas e produção de materiais educativos.
- h) Anatomia e fisiologia do corpo humano.
- i) Principais problemas de saúde da população e meios de intervenção.
- j) Doenças transmissíveis e não-transmissíveis: conceitos básicos, prevenção e controle.
- k) Método epidemiológico/ indicadores de saúde: dados demográficos, riscos sanitários e riscos ambientais.
- l) Vigilância em saúde: epidemiológica, sanitária e ambiental.
- m) Saneamento ambiental.
- n) Bioética e ética profissional.
- o) Medidas de prevenção a riscos ambientais e sanitários.

Para a competência 2 – **desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde** – temos como:

Habilidades:

- a) Participar do levantamento das necessidades de saúde da comunidade;
- b) Contribuir na elaboração do plano de ação da unidade de saúde;
- c) Contribuir na realização de estudos epidemiológicos em saúde bucal;
- d) Sistematizar informações a partir dos dados epidemiológicos em saúde bucal;
- e) Contribuir na elaboração do plano de ação em saúde bucal;
- f) Interagir com parceiros para o enfrentamento dos problemas de saúde bucal;
- g) Realizar atividades que envolvam a comunidade nas ações de planejamento e avaliação local do serviço de saúde bucal;
- h) Avaliar as atividades programadas e realizadas;
- i) Reprogramar as atividades e/ou estratégias definidas no plano de ação, com base nos resultados alcançados.

Conhecimentos:

- a) Metodologias de identificação de demanda por cuidados em saúde.
- b) Metodologias de seleção de prioridades: indicadores demográficos, sócio-econômicos, incidência e prevalência de doenças.
- c) Metodologias de avaliação das condições de saúde bucal: inquérito epidemiológico, levantamento epidemiológico, levantamento de necessidades, risco a doenças bucais.
- d) Elaboração de plano de ação.
- e) Sistemas de informação, aplicativos em saúde e produção de relatórios.

- f) Políticas e modelos de atenção em saúde bucal.
- g) Avaliação de processos e resultados.
- h) Comunicação em saúde.

Para a competência 3 – **organizar o ambiente de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal** – temos como:

Habilidades:

- a) Interagir com a equipe de saúde, considerando princípios éticos e a humanização nas relações de trabalho;
- b) Trabalhar em equipe;
- c) Realizar rotinas referentes ao atendimento do usuário, conforme protocolo de serviço;
- d) Avaliar o fluxo de atendimento dos usuários da saúde bucal;
- e) Adotar medidas de proteção e prevenção relacionadas ao trabalho odontológico;
- f) Realizar controle de infecção em odontologia;
- g) Aplicar medidas de segurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- h) Operar equipamentos odontológicos, segundo princípios de segurança e recomendações do fabricante;
- i) Registrar dados e analisar informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- j) Utilizar recursos de informática aplicados em saúde bucal;

- k) Avaliar a execução do seu trabalho buscando, junto à equipe, alternativas de aprimoramento.

Conhecimentos:

- a) O trabalho na sociedade: conceito e evolução.
- b) O processo de trabalho em saúde/ saúde bucal – trabalho em equipe.
- c) Normas de funcionamento e protocolos de atendimento no setor saúde.
- d) Biossegurança: segurança no trabalho; prevenção e controle de incêndios; controle de infecção na prática odontológica.
- e) Ergonomia em odontologia.
- f) Saúde do trabalhador.
- g) Doenças relacionadas ao trabalho odontológico/riscos ocupacionais.
- h) Código de ética profissional.
- i) Microbiologia e parasitologia
- j) Equipamentos odontológicos: conservação e manutenção.
- k) Administração e gerenciamento em saúde bucal.
- l) Informática básica e aplicativos em saúde bucal.
- m) Sistemas de informação em saúde bucal.
- n) Sistema de referência e contra-referência.

Para a competência 4 – **desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade** – temos como:

Habilidades:

- a) Realizar, em equipe, levantamento das necessidades em saúde bucal nos diversos espaços sociais existentes na área de abrangência da unidade de saúde;
- b) Elaborar material educativo, envolvendo a participação dos indivíduos, famílias e comunidade;
- c) Utilizar recursos de comunicação para educação em saúde bucal;
- d) Reconhecer os indivíduos com sinais e sintomas de doenças bucais e encaminhar para o atendimento clínico;
- e) Orientar indivíduos, famílias e comunidade para o autocuidado em saúde bucal;
- f) Organizar e executar atividades de higiene bucal supervisionada;
- g) Utilizar agentes químicos para o controle de doenças bucais;
- h) Organizar e executar atividades de fluoroterapia;
- i) Produzir relatórios das atividades desenvolvidas.

Conhecimentos:

- a) Epidemiologia em saúde bucal.
- b) Paradigma da saúde bucal coletiva/processo saúde-doença bucal.
- c) Recursos de comunicação.
- d) Educação em saúde bucal.
- e) Anatomia e fisiologia do aparelho estomatognático.
- f) Doenças bucais: etiologia, etiopatogenia e prevenção.
- g) Controle de infecção bucal.

- h) Métodos e técnicas de aplicação de agentes químicos (evidenciadores de placa bacteriana, soluções fluoretadas, soluções de gluconato de clorexidina, soluções anti-sépticas, entre outras) utilizadas no controle de doenças bucais.
- i) Fluorterapia.
- j) Vigilância na utilização de fluoretos.
- k) Técnicas de cuidados odontológicos para usuários com necessidades especiais.

Para a competência 5 – **realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe, usuários e seus familiares** – temos como:

Habilidades:

- a) Realizar o acolhimento do usuário dos serviços de saúde bucal;
- b) Instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- c) Manipular materiais de uso odontológico;
- d) Confeccionar modelos de gesso;
- e) Processar filme radiográfico;
- f) Auxiliar no atendimento de usuários com necessidades especiais;
- g) Orientar o usuário, acompanhante e familiares em relação aos cuidados necessários para o pré, trans e pós- atendimento clínico;
- h) Identificar situações de urgência em saúde bucal;
- i) Preparar o usuário para o atendimento de urgências em saúde bucal;
- j) Realizar procedimentos de primeiros socorros.

Conhecimentos:

- a) Estratégias de acolhimento de usuários e protocolos de atendimento.
- b) Técnicas de instrumentação.
- c) Materiais, medicamentos e instrumental odontológico (preparo, manipulação, acondicionamento, transporte e descarte).
- d) Técnica de vazamento de gesso.
- e) Princípios de radiologia odontológica.
- f) Doenças sistêmicas de interesse odontológico.
- g) Cuidados odontológicos para usuários com necessidades especiais.
- h) Cuidados odontológicos relacionados às várias fases do ciclo vital (criança, adolescente, adulto e idoso).
- i) Cuidados odontológicos no pré, trans e pós-atendimento clínico.
- j) Conceitos de urgência e emergência.
- k) Urgência em saúde bucal.
- l) Primeiros socorros.

Para a competência 6 – **realizar ações de atendimento clínico odontológico voltadas para o restabelecimento da saúde, conforto, estética e função mastigatória do indivíduo** – temos como:

Habilidades:

- a) Realizar controle de placa bacteriana conforme seu nível de atuação;
- b) Realizar remoção de cálculos, conforme seu nível de atuação;

- c) Orientar o usuário quanto ao controle de placa;
- d) Realizar tomadas radiográficas de uso odontológico;
- e) Realizar fotografias de uso odontológico;
- f) Realizar procedimentos de paralisação de lesões cariosas, conforme seu nível de atuação;
- g) Realizar procedimentos restauradores, conforme seu nível de atuação,
- h) Realizar moldagens;
- i) Confeccionar moldeiras;
- j) Realizar remoção de suturas;
- k) Identificar, na execução do seu trabalho, as qualidades e as falhas buscando, junto à equipe, alternativas de aprimoramento.

Conhecimentos:

- a) Anatomia periodontal e anatomia dentária.
- b) Doenças periodontais: etiologia, etiopatogenia, tratamento, técnicas de controle de placa, raspagem e polimento coronário.
- c) Cárie dentária: etiologia, etiopatogenia, tratamento e controle.
- d) Radiologia: técnicas de tomadas radiográficas de uso odontológico; medidas de conservação do aparelho de Raios X, medidas de proteção ao usuário e operador.
- e) Técnicas de operação de máquinas fotográficas.
- f) Procedimentos restauradores diretos: indicação, técnicas e controle de qualidade.
- g) Técnicas de manejo de pacientes com necessidades especiais.
- h) Cuidados pós-cirúrgicos e remoção de sutura.

Para a competência 7 – **atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde** – temos como:

Habilidades:

- a) Levantar demandas de educação permanente junto à equipe de saúde;
- b) Organizar atividades de educação permanente conforme demandas identificadas pela equipe de saúde;
- c) Apoiar processos de educação permanentes voltados para o Auxiliar de Consultório Dentário, os Agentes Comunitários de Saúde e agentes de limpeza;
- d) Supervisionar o trabalho do Auxiliar de Consultório Dentário;
- e) Colaborar na realização de estudos epidemiológicos relacionados a temas que exigem investigação e intervenção.

Conhecimentos:

- a) Planejamento de ações pedagógicas.
- b) Metodologias de ensino em serviços.
- c) Recursos didáticos.
- d) Processos de supervisão.
- e) Investigação epidemiológica aplicada aos serviços de saúde.

O saber-ser deve ser incorporado pelos seguintes itens:

- a) Interação com o usuário e seus familiares, identificando suas necessidades e contribuindo para sua satisfação.

- b) Atenção à linguagem corporal e verbal do usuário.
- c) Respeito aos valores e direitos dos usuários.
- d) Busca de alternativas frente a situações adversas.
- e) Compreensão da pertinência e importância das ações que realiza.
- f) Reconhecimento da supervisão como instância de solução ou encaminhamento de problemas identificados.
- g) Interação com a equipe de trabalho.
- h) Reconhecimento de seus direitos e deveres como trabalhador e cidadão.

Neste trabalho, não serão analisadas essas competências com suas respectivas habilidades, conhecimentos e atitudes e valores, pois não é sua proposta e também não se conhece nenhum curso de formação de ACD/THD que tenha feito a formação por competências, tornando-se fundamental estudar as práticas reais dos atores e das instituições de ensino e de produção de cuidados à saúde.

3 PROPOSIÇÃO

Como o momento é de valorização das atividades e formação do pessoal auxiliar odontológico (PAO), através do incentivo do Programa de Saúde da Família (PSF) e, atualmente, o programa Brasil Sorridente, este estudo tem por objetivo:

1- Fornecer subsídios às instituições formadoras e ao poder público para analisar a elaboração de currículos para que sejam adequados dentro das expectativas e necessidades do público alvo, ou seja, o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e o Técnico em Higiene Dental (THD);

2- Fornecer informações aos cirurgiões-dentistas, principalmente aos que trabalham em equipe, para que possam refletir sobre a formação do ACD e THD;

3- Confrontar algumas das necessidades do PAO relacionando a sua formação com a realidade de seu trabalho.

Dessa maneira, pode-se ter um “novo olhar” com relação aos profissionais que trabalham diariamente em equipe e sua preferência por trabalhar em determinada equipe.

4 METODOLOGIA

Para avaliar o perfil do PAO, o presente estudo utilizou como população de estudo os ACD e THD que trabalham no serviço público dos municípios de Embu e São Paulo, e no serviço público estadual de São Paulo, DIR I – Capital.

Esta pesquisa científica é do tipo Pesquisa Descritiva, pois os fatos são observados, registrados, analisados e interpretados sem que o pesquisador neles interfira (CIRIBELI, 2003).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi o uso de questionário, limitando-se as perguntas a itens preestabelecidos (fechado) e, em alguns casos, as perguntas ofereciam uma série de possíveis respostas (múltipla escolha). Há perguntas relativas à idade, sexo e trabalho, além do aprendizado no curso de formação – caso tenha feito –, e atividades desempenhadas no cotidiano, limitadas ao que a pesquisa propõe, ou seja, informações referentes ao aprendizado desses profissionais nos cursos que fizeram (ou não), o que gostariam de aprender e o que acham ser importante aprender, devido ao seu cotidiano no serviço público.

Através de contato com as coordenações de saúde bucal do município de Embu, do município de São Paulo e do serviço público estadual da cidade de São Paulo DIR I – Capital, foi explicado o escopo desta pesquisa e solicitada a permissão para desenvolvê-la.

Após permissão dos Serviços de Saúde, encaminhou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo o Projeto de Pesquisa intitulado: “Componente educativo na formação e atividade profissional do pessoal auxiliar odontológico”, baseado pela Resolução nº 196/96 do Conselho

Nacional de Saúde (CNS), devido ao seu envolvimento com seres humanos e por ser classificada de baixo risco. Assim, o Parecer nº 117/03 (Anexo A) foi aprovado.

Depois do contato com as instituições públicas, eleitas através das coordenações de saúde bucal, tivemos permissão para a realização da pesquisa e a obtenção das listas com o local de trabalho e respectiva função da população de estudo. Dessa forma, identificaram-se quais e quantos ACD e THD existiam e detectou-se que somente a DIR I não possui THD em seu quadro de funcionários.

No município de Embu, o número é de 9 THD e 27 ACD e, na DIR I – Capital, o número de ACD é de 17. Como nestes locais o número de funcionários ACD e THD é reduzido, todos receberam o questionário. Já para o município de São Paulo, o número de ACD é 500, e de THD o número é 50.

Como o número total de ACD e THD das instituições eleitas é de 603, a meta estabelecida pelo pesquisador foi a de aplicar um questionário fechado para uma amostra de 200 profissionais (33,1%), sendo que 20 já pertencem ao questionário-piloto. Havendo perdas de respostas do questionário-piloto, estas não serão repostas, e continuam valendo 180 restantes para a pesquisa propriamente dita.

O único caso de reposição é do recebimento de correspondências onde não existe o ACD ou THD, ou de mudança de local.

A seleção da amostra do questionário-piloto deu-se por sorteio entre as listas fornecidas pelas três coordenações dos serviços públicos de saúde, 10 THD e 10 ACD, ou seja, 20 questionários considerados estudo-piloto, sendo que, pelo menos, um componente fosse de cada lista, exceto THD para a DIR I – Capital, caracterizando a aleatoriedade do experimento.

Junto com o questionário-piloto contendo 28 questões fechadas, foi enviada uma carta de apresentação (Apêndice A) do pesquisador e da pesquisa, termo de

consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) em 2 vias, conforme Resolução nº 196/96, e a orientação para o preenchimento do questionário (Apêndice C), além de um envelope vazio aberto, selado e identificado com o endereço do remetente e do destinatário.

Foram enviados 20 questionários-piloto para os ACD e THD sorteados, e o retorno das respostas foi de 9 (45%) questionários preenchidos e recebidos pela coordenação da pesquisa, e cujo envio e o retorno dos questionários fez-se através do correio.

A aplicação do questionário-piloto visou obter informações a respeito do entendimento de suas questões pelos ACD e THD, pois um dos parágrafos constantes na apresentação do pesquisador e da pesquisa é: “Caso queira escrever observações no verso das folhas ou mesmo ao lado das questões que você não entendeu ou gostaria que tivesse outras respostas, por favor, escreva-as, sem problema algum. Fique à vontade” (Apêndice A).

A elaboração do questionário fechado baseou-se em perguntas com as seguintes características: a idade e o sexo, a profissão (qual ocupação, quanto tempo trabalha, se desenvolvem atividades educativas e se avaliam as atividades que exercem diariamente), qualificação profissional (se fez curso, quanto tempo durou, quem financiou, quais matérias aprendeu).

As perguntas referentes ao que aprenderam no curso e às atividades profissionais foram elaboradas de maneira a contemplar atividades, segundo a natureza do trabalho. De acordo com Hansen (2002), as categorias utilizadas no questionário foram apoiadas em: **ações educativas/preventivas**: evidenciação de placa bacteriana, demonstração de técnicas de escovação supervisionada; orientação para uso de fio/fita dental, orientação dietética, aplicação tópica de flúor

em moldeiras ou escovas e orientação de bochechos com flúor; **ações administrativas:** marcação de consultas, preenchimento de fichas e a manutenção da ordem de arquivos e fichários; **ações clínicas:** preparo do paciente para o atendimento – desde o acolhimento até sua saída –, realização do isolamento do campo operatório, instrumentação do CD ou THD, revelação e montagem de radiografias; **ações de limpeza e conservação do ambiente, instrumentos e equipamentos:** inclui as ações de conservação e manutenção de equipamentos, limpeza e desinfecção de instrumentos e equipamentos, e esterilização de instrumental.

Optou-se por permanecer com o mesmo questionário (Apêndice D) para a pesquisa em si, devido ao fato de não haver quaisquer anotações de não-entendimento das perguntas por parte dos entrevistados.

Devido ao município de São Paulo possuir um Comitê de Ética em Pesquisa, foi solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP o parecer daquele Comitê, a quem enviamos o Projeto de Pesquisa e tivemos o retorno positivo (Anexo B). Assim, esse foi encaminhado para conhecimento do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia (Anexo C), para continuarmos o trabalho de pesquisa.

Entre os meses de julho e outubro de 2004, realizou-se a pesquisa propriamente dita para 180 profissionais ACD e THD, trabalhadores do serviço público de saúde dos municípios de Embu, São Paulo e DIR I Capital, para que respondessem ao mesmo questionário aplicado como piloto do trabalho. A maioria dos questionários foi enviada pelo correio para seu local de trabalho, junto com orientação para preenchimento, carta de apresentação (Apêndice E), termos de consentimento, e envelope vazio selado e etiquetado com remetente e destinatário.

Foi determinada uma espera de quatro meses devido à preocupação de não haver perdas, uma vez que, poderia algum ACD ou THD da amostra estar em férias ou em licença.

A única coordenação que nos enviou o relatório de férias foi a do Município de Embu, mas mesmo assim, como todos iriam participar, necessitamos desse tempo. No caso desse Município e da DIR I – Capital, o questionário foi entregue a todos da lista, devido ao número reduzido de funcionários ACD e THD.

Já para o município de São Paulo, optou-se por fazer uma amostra, onde todas as subprefeituras fossem contempladas, com o intuito de ter representantes de toda a cidade. Sorteou-se aleatoriamente, pelo menos um ACD e um THD, quando havia esta ocupação, até completar os 180 funcionários para a pesquisa. As 31 subprefeituras foram as de : Aricanduva, Butantã, Cachoeirinha, Campo Limpo, Cidade Ademar, Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Brasilândia, Guaianazes, Ipiranga, Itaim Paulista, Itaquera, Jabaquara, Jaçanã-Tremembé, Lapa, MBoi Mirim, Moóca, Parelheiros, Penha, Perus, Pinheiros, Pirituba, Santana, Santo Amaro, São Mateus, São Miguel, Sé/Santa Cecília, Socorro, Vila Maria, Vila Mariana e Vila Prudente.

Nesse processo tivemos dois retornos de correspondências não-válidas: uma porque a unidade em que o ACD trabalhava havia mudado, outra por não existir o funcionário na unidade de saúde, ambos do município de São Paulo, embora constasse da lista que haviam nos fornecido. Nestes casos foram substituídos por mais dois outros locais, com proximidade de região.

Devido à demora do retorno dos questionários, optou-se por entregar pessoalmente os questionários em uma reunião aberta, em que participavam o PAO

de toda grande São Paulo e de Campinas. Destes, 35 foram válidos, pois pertenciam aos serviços eleitos e concordaram em participar da pesquisa.

Mesmo assim, os questionários respondidos válidos: questionário-piloto, via correio e reunião, foram de 68, distribuídos conforme a Tabela 4.1.

Tabela 4.1 -Número de participantes e que retornaram com os questionários (questionário-piloto e questionário final) da pesquisa Componente educativo na formação e atividade profissional do pessoal auxiliar odontológico, segundo a instituição, São Paulo, 2004

| Participantes | Enviados | | retornaram | | Técnico | |
|---------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|---------|--------------|
| | Auxiliar (n) | Técnico (n) | Auxiliar (n) | (%) | (n) | (%) |
| DIR I | 17 | 0 | 6 | 35,3% | 0 | |
| Embu | 26 | 9 | 16 | 61,5% | 4 | 44,4% |
| São Paulo | 106 | 42 | 30 | 28,3% | 12 | 28,5% |
| TOTAL | 149 | 51 | 52 | 34,9% | 16 | 31,3% |

A porcentagem de retorno dos questionários totais foi de 34%, mesmo com a espera de quatro meses e, em alguns casos, após telefonemas para as unidades de saúde, entrando em contato com os ACD e THD selecionados para saber se haviam recebido o questionário.

Os dados foram condensados no programa EPI INFO versão 5 (DEAN, 1990). Estatisticamente não se pôde utilizar para as três instituições (3 grupos) a comparação de entre grupos para as variáveis qualitativas o teste do Qui-quadrado (X^2) devido às freqüências observadas não serem maiores do que 20, nos casos da DIR I – Capital e do serviço municipal de Embu.

Também não se pôde utilizar a comparação de amostras relacionadas a variáveis quantitativas por meio do teste estatístico Análise da Variância (ANOVA), o

qual permite a comparação de 3 ou mais grupos , devido a não-homogeneidade das variâncias (ESTRELA, 2001).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conhecendo os Atores

Em relação à idade, os participantes do município de Embu têm a menor média, 37,6 anos, e o município de São Paulo e a DIR I – Capital têm médias semelhantes, que fica em torno dos 43 anos. A média de todos os participantes da pesquisa é de 41,6 anos. Em relação ao sexo, só 5 participantes da pesquisa são do sexo masculino, representando 7,3% do total dos participantes.

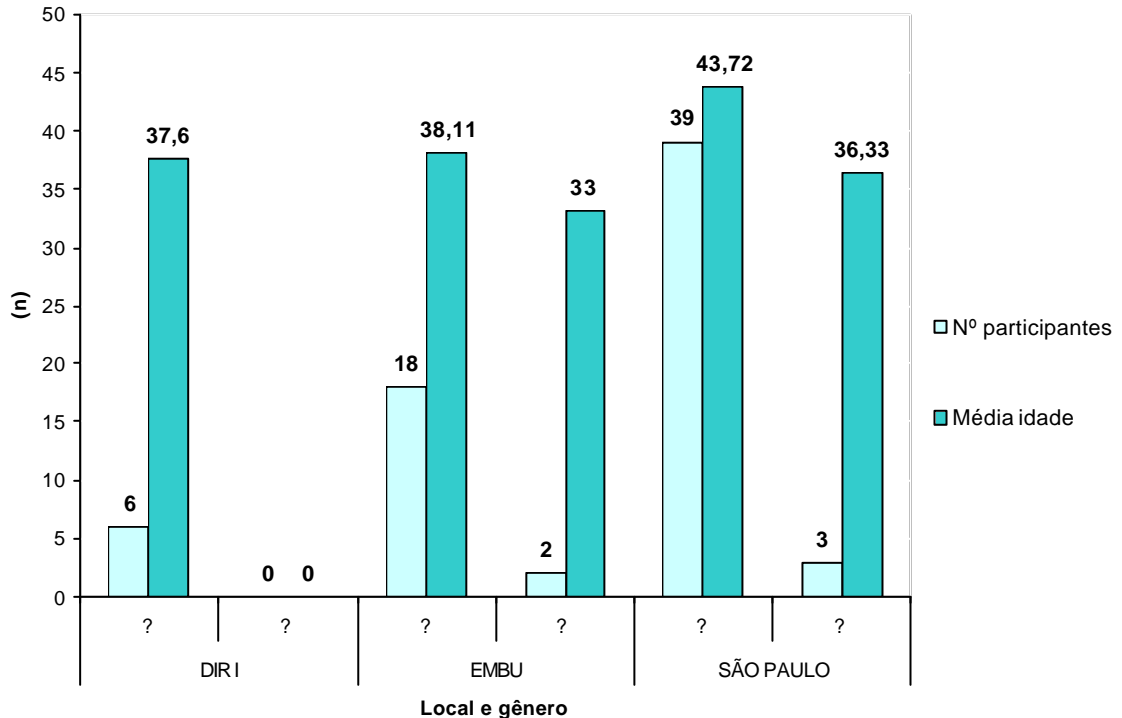


Gráfico 5.1 – Número de participantes, segundo local, sexo e respectiva média de idade, São Paulo, 2004

Dos entrevistados que responderam a pergunta — **Quanto tempo você trabalha no que exerce atualmente?**, todos estavam atuando há mais de 2 anos no respectivo serviço. Talvez seja, então, o momento de os Serviços de Saúde avaliarem – caso isso ainda não seja feito – o trabalho executado por esses servidores públicos, pois, o trabalho em equipe deve ser coeso, podendo até ser fator de aumento de produtividade, por exemplo. É também importante porque tanto os cirurgiões-dentistas como o pessoal auxiliar odontológico necessitam de atualização profissional, com abrangência técnica, administrativa, pedagógica e política (FRAZÃO, 94). A necessidade de formação é outro item a ser avaliado, pois, embora os que não possuem formação sejam poucos, há a necessidade de que estejam de acordo com a legislação.

Através da Decisão CFO- 26/84 em seu artigo 1º, os ACD e os THD, para exercerem suas atividades, necessitavam de formação prévia, mas, na prática, em especial, alguns ACD não possuem a formação profissional. Esse fato motiva a pergunta:

— **Está formado na atividade que exerce atualmente?**

Dos pesquisados, 3 não responderam, 57 têm formação, e todos os Técnicos em Higiene Dental (THD) responderam positivamente, o que não aconteceu com os Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) (Tabela 5.1). Porém, na mesma Decisão CFO – 26/84 em que aprova no Capítulo I, Disposições Preliminares,

“Artigo 1º. O exercício das profissões de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário, em todo território nacional, só é permitido aos profissionais portadores de diplomas expedidos por cursos que atendam, integralmente, ao disposto no Parecer nº 460/75, aprovados pela Câmara de Ensino de 1º e 2º graus, do Conselho Federal de Educação nestas normas”.

No entanto, no seu Capítulo V, Disposições Transitórias e Finais, artigo 20 orienta que:

“Até o dia 31 de dezembro de 1988, poderá requerer registro no Conselho Federal e inscrição em Conselho Regional, o profissional que se encontrar com, pelo menos, 1 (um) ano no exercício da atividade de atendente de consultório dentário, independentemente de apresentação de certificado de curso”.

Tabela 5.1 - Número de participantes, segundo local, ocupação e formação, São Paulo, 2004

| Participantes | Formados | | Não Formados | | Não Responderam | | Total | |
|---------------|----------|---------|--------------|---------|-----------------|---------|----------|---------|
| | Auxiliar | Técnico | Auxiliar | Técnico | Auxiliar | Técnico | Auxiliar | Técnico |
| DIR I | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| Embu | 10 | 4 | 3 | 0 | 3 | 0 | 16 | 4 |
| São Paulo | 27 | 12 | 3 | 0 | 0 | 0 | 30 | 12 |
| Total | 41 | 16 | 8 | 0 | 3 | 0 | 52 | 16 |

Essa situação se prolongou até o final de 2003, quando o Conselho Federal de Odontologia (CFO) aceita a inscrição do ACD pelo conceito de “apto” para essa ocupação, através de declaração assinada por um cirurgião-dentista, chamada de “cartinha do dentista”. E, para o THD, a exigência do diploma para se inscrever nos Conselhos teve início em dezembro de 1987, antes também era válida a “cartinha do dentista”, a qual comprovava a experiência de um ano na função (PEZZATO, 2001).

Através da Decisão CFO – 47/2003, a qual altera a denominação de Atendente de Consultório Dentário e dá outras providências, por seus artigos decide que, a partir de primeiro de janeiro de 2004, a inscrição profissional do ACD, obtida mediante declaração de CD, será provisória, com duração de 1 ano, podendo ser

prorrogada por mais 1 ano. Decide também que, a partir de primeiro de janeiro de 2006, o registro e a inscrição de ACD somente serão obtidos mediante apresentação de certificado de qualificação profissional básica de ACD. Os certificados deverão ser emitidos por estabelecimentos de ensino autorizados pelo Ministério da Educação ou Secretaria Estadual de Educação ou, ainda, pelo Conselho Estadual de Educação ou órgão similar.

Pelo Decreto Federal nº 5.154/04, o curso de ACD será considerado de formação inicial e continuada de trabalhadores, podendo ser ofertado aos alunos, segundo itinerários formativos, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos. Dessa forma, os certificados serão de formação inicial ou continuada para o trabalho (BRASIL, 2005a).

Na questão referente ao tempo em que está formado, o referencial 5 anos foi devido à Resolução CEB nº 4 e ao Parecer nº 16, ambos do MEC, e instituídos no ano de 1999, com o intuito de avaliação para verificar se há diferenças a partir dessa data no currículo. Obteve-se a porcentagem apresentada de 10% dos pesquisados que tinham formação menos de 5 anos, não se considerando esses documentos como parâmetro para análise das matérias que os alunos aprenderam.

A partir dessa análise sobre formados, só foram consideradas as respostas dos participantes que responderam ser formados. Dos 68 participantes (52 ACD e 16 THD), somente 3 não responderam a pergunta: — ***Está formado no que exerce atualmente?***

Portanto, temos 41 ACD e 16 THD formados, desses apenas 10 ACD formados responderam terem feito curso com duração inferior a 6 meses (Gráfico 5.2)

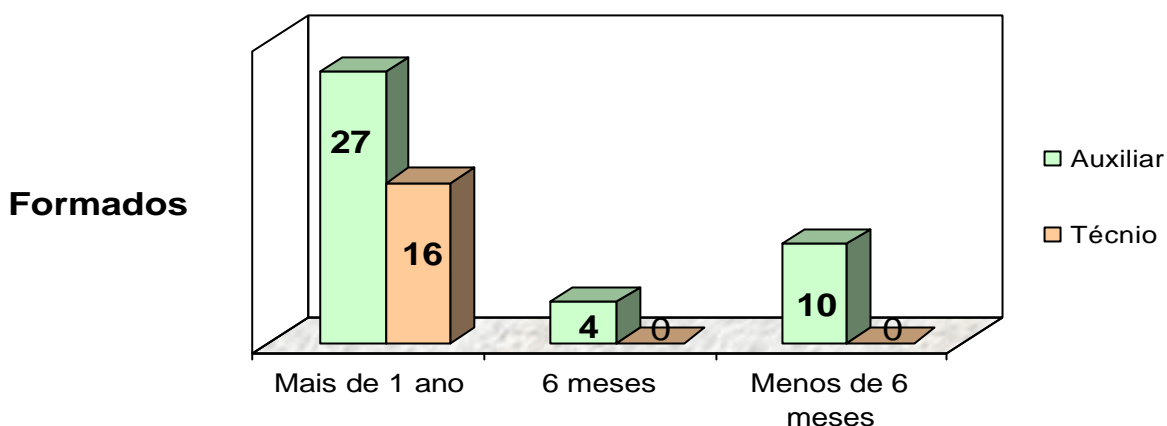


Gráfico 5.2 – Número de participantes da pesquisa formados, segundo duração do curso e função São Paulo, 2004

Através da Decisão CFO – 61/2004, passa a vigor a carga horária para a qualificação profissional de ACD, sendo considerado um mínimo de 300 horas e a carga máxima de 600 horas (Brasil, 2005c).

É preocupação dos serviços públicos a dispensa de seus funcionários para a participação nos cursos de formação, principalmente porque esses, quando gratuitos, costumam ser ministrados em horário de expediente.

Como o número de PAO ainda é reduzido na maioria dos serviços públicos, isto pode acarretar diminuição na produtividade e na qualidade dos atendimentos. Logo, é fundamental que os dirigentes das unidades de saúde e/ou responsáveis pelos recursos humanos tenham consciência dos benefícios futuros em relação à formação desses servidores.

Mesmo para um curso inferior a 6 meses ainda é possível ter-se a carga horária proposta pelo CFO, sendo, porém, necessário observarmos a qualidade desses cursos através de: currículo vinculado ao processo de trabalho e das características do trabalhador, da metodologia adotada e dos procedimentos de

avaliação, itens fundamentais no processo de qualificação profissional (SÁ, VILELA, 2004).

Na pergunta referente aos estágios:

— ***Durante o curso você fez estágio?*** 47,7% dos que responderam, tiveram estágio supervisionado pelos próprios professores que lhes deram aulas, e apenas 6.1% não tiveram estágio supervisionado, conforme Tabelas 5.3, 5.4 e 5.5.

É importante a participação ativa dos professores, tanto da prática (ou estágio) quanto da teoria (concentração), em ambas as atividades, pois, dessa forma, o aprendizado e a avaliação das competências tendem a ficar mais claros.

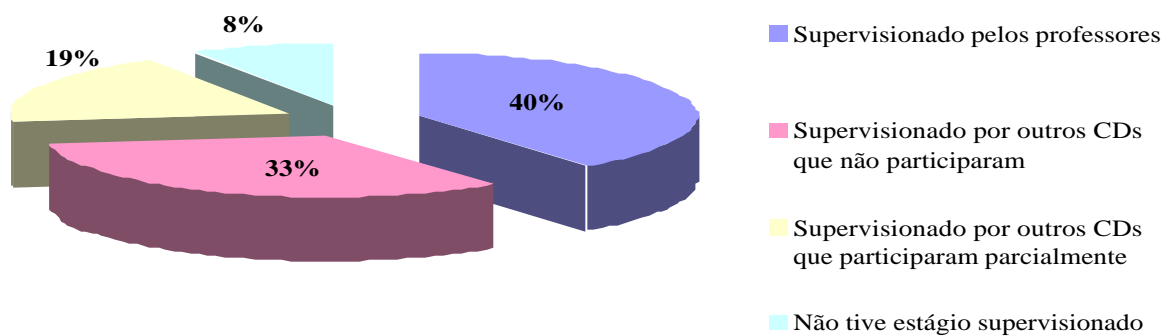


Gráfico 5. 3 – Porcentagem de participantes formados Auxiliares de Consultório Dentário, segundo o tipo de estágio que tiveram, São Paulo, 2004

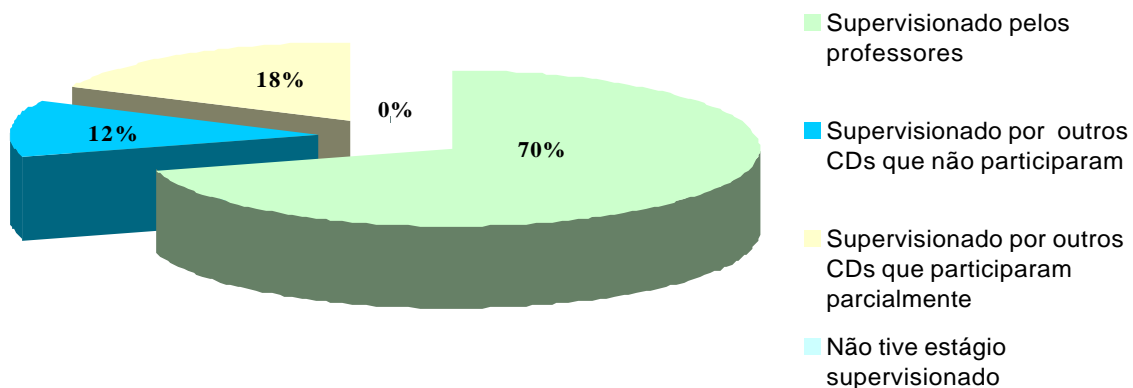


Gráfico 5.4 – Porcentagem de participantes Técnicos em Higiene Dental, segundo o tipo de estágio que tiveram, São Paulo, 2004

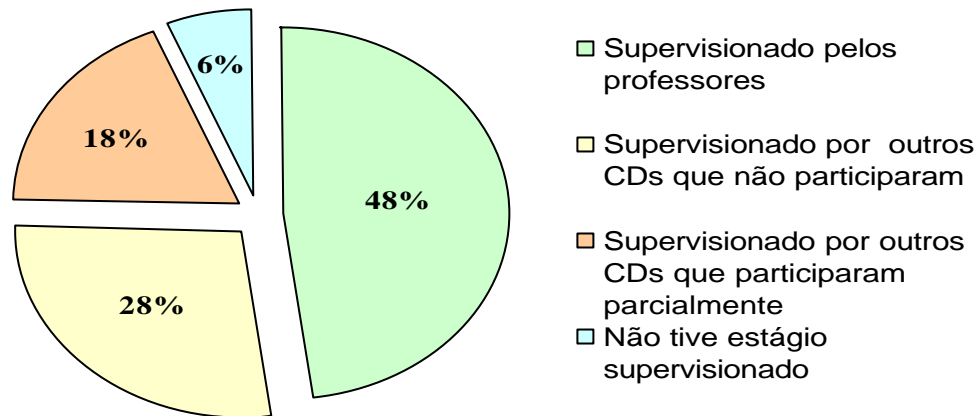


Gráfico 5.5 – Porcentagem de pesquisados formados, segundo o tipo de estágio que tiveram, São Paulo, 2004

Na pergunta: — ***Das atividades que desenvolve atualmente, quais você acha que aprendeu mais***, em que a referência eram as aulas teóricas e os estágios, mais de 50% dos participantes responderam em **ambos** e a resposta nas **aulas teóricas não foi respondida nenhuma** vez, corroborando assim, com a importância de os professores estarem presentes em ambas atividades (teoria e estágio), conforme o Gráfico 5.6.

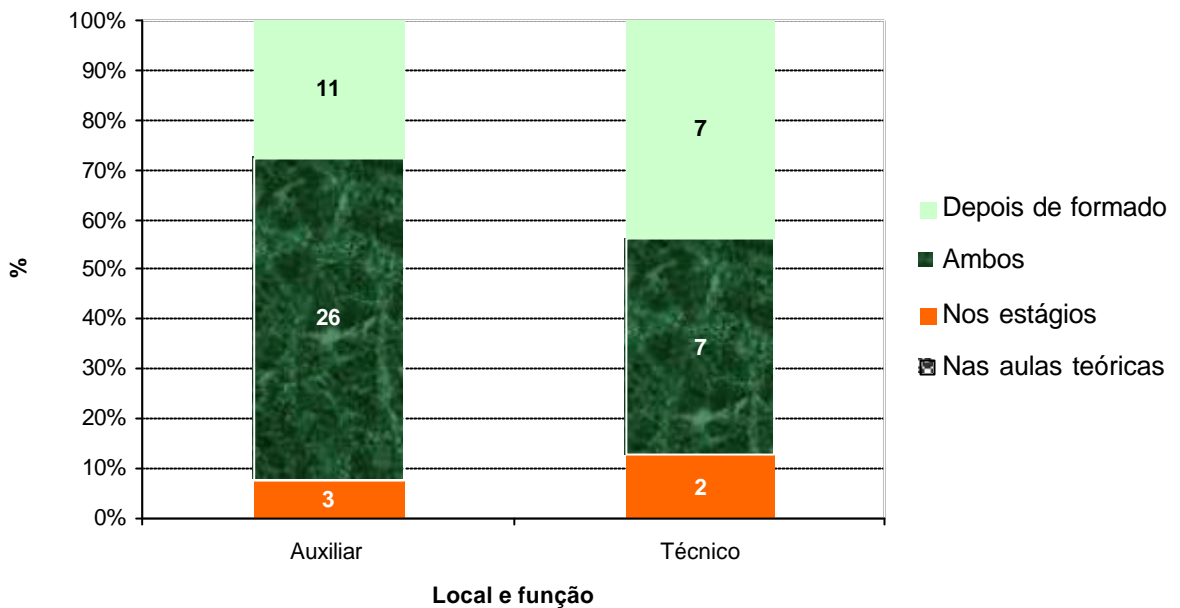


Gráfico 5.6 – Porcentagem de participantes formados, segundo onde aprendeu mais referente às atividades que mais desenvolve atualmente e função, São Paulo, 2004

Com relação às matérias (considerando-se neste caso, as noções de algumas delas notadamente importantes para o desenvolvimento das atividades dos profissionais da área da saúde) o questionário foi baseado principalmente no que a Resolução CEB nº 4/99 coloca como competências gerais para o técnico da área da saúde. O intuito foi o de saber através do aluno egresso quais matérias lhe permitiam “transitar com mais desenvoltura e atender às várias demandas de uma área profissional, não se restringindo a uma habilitação vinculada especialmente a um posto de trabalho” (BRASIL, 2005a).

Observam-se poucas diferenças nas respostas das três instituições pesquisadas, em relação à pergunta sobre quais matérias os ACD aprenderam nos cursos de formação que fizeram, assim como para os THD também. Gráfico 5.7

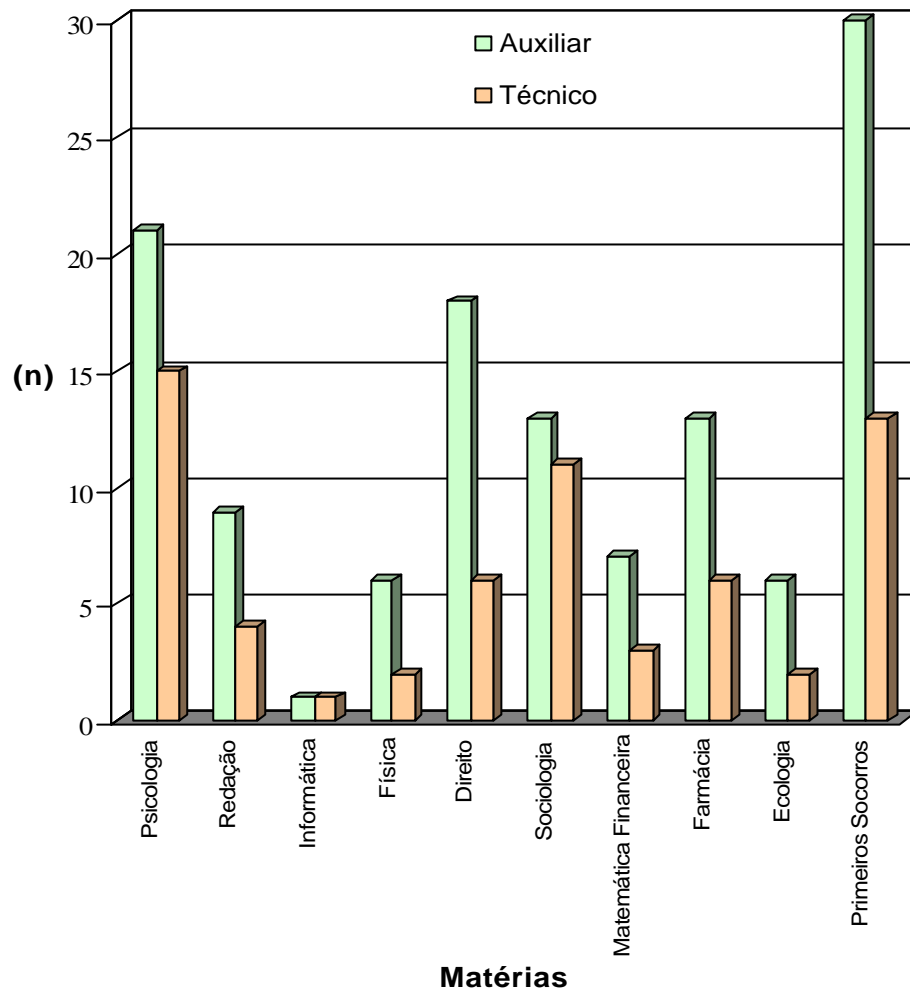


Gráfico 5.7 – Número de participantes formados, segundo função e matérias que aprenderam no curso que fizeram, São Paulo, 2004

Com relação às matérias que os pesquisados não tiveram no curso, mas que acham importantes para o seu trabalho atual, as respostas estão condensadas no Gráfico 5.8 para os ACD e para os THD, a seguir:

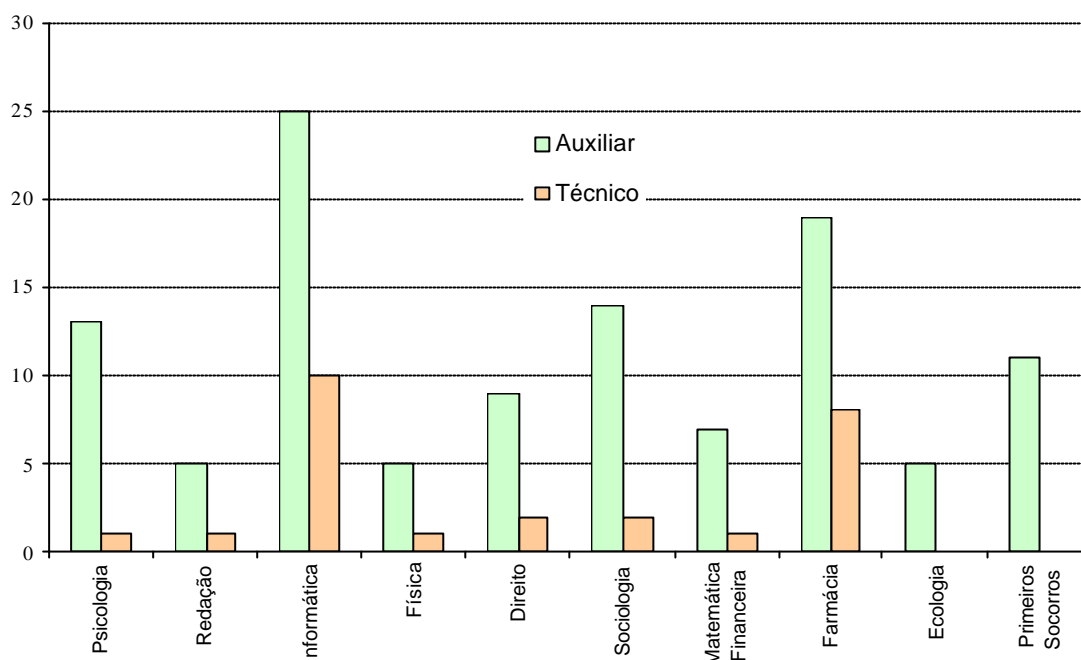


Gráfico 5.8 – Número de pesquisados que fizeram curso, segundo as matérias que não aprenderam no mesmo, mas acham importantes, São Paulo, 2004

Semelhantes respostas dos ACD e THD , nas quais primeiramente aparece a matéria relacionada com Informática – naturalmente, por ser evidente sua atual importância – ferramenta que o pessoal auxiliar odontológico pode e deve utilizar para desenvolver suas atividades administrativas. Vem, em seguida, a indicação de Farmácia.

Quanto à atualização, a maioria dos participantes da pesquisa respondeu que se mantém atualizado (Gráfico 5.9), através de cursos, seguida por congressos, a que assistem e dos quais participam (Gráfico 5.10).

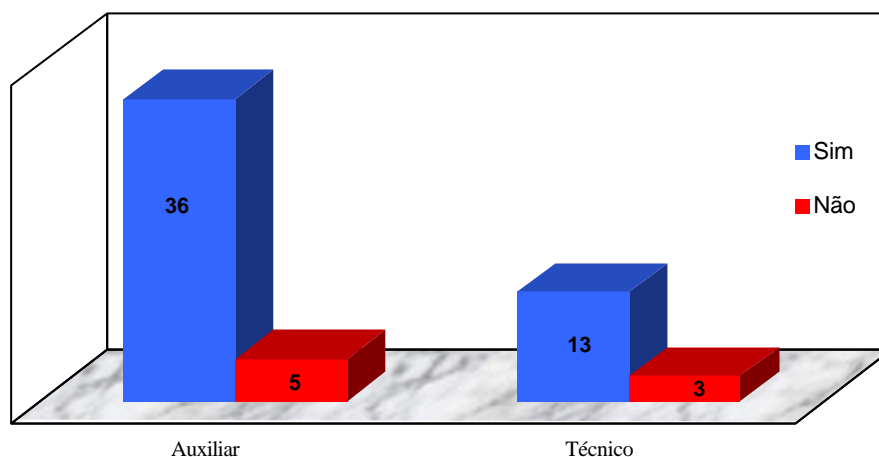


Gráfico 5.9 – Número de pesquisados que fizeram curso, segundo manterem-se atualizados, São Paulo, 2004

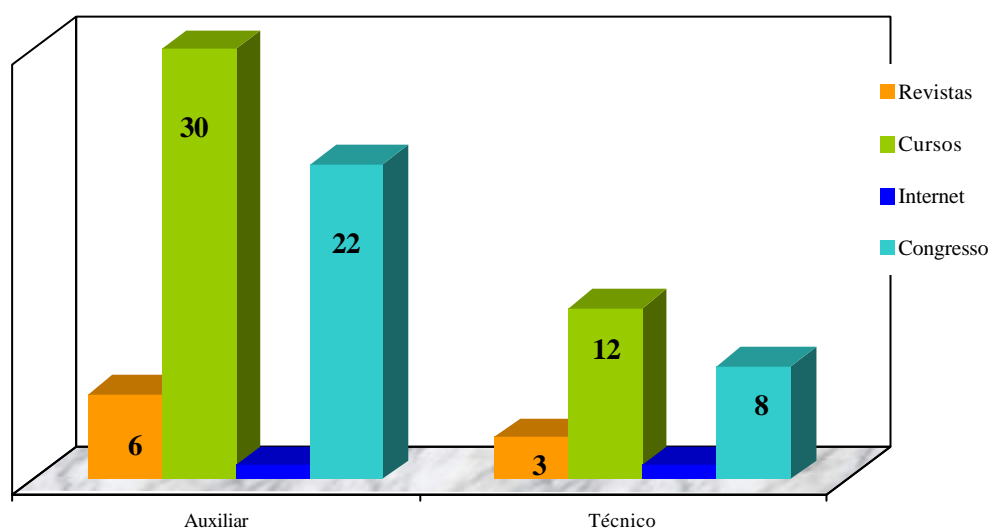


Gráfico 5.10 – Número de pesquisados formados que se mantêm atualizados, segundo o instrumento de atualização,

O instrumento **internet** foi o menos respondido provavelmente pelos fatores: ou não existir ou ser praticamente inacessível o computador para o PAO, ou não terem aprendido como matéria a informática na formação profissional, ou todos. Torna-se interessante pensar na possibilidade de formação e de investimento de recursos humanos e materiais nas instituições formadoras e empregadoras, já que os participantes da pesquisa responderam considerar importante aprender

informática. Seria, também, uma forma de socializar tais meios de informação, o que proporcionaria melhora para o trabalho, acesso mais eficiente às informações e auto-estima (inclusão digital).

A respeito do que **aprenderam no curso e a relação com a prática** (Gráfico 5.11) temos que, na DIR I, as atividades que podem ser desenvolvidas pelos ACD, principalmente as que estão envolvidas com o seu local de trabalho, temos o Sistema Único de Saúde, os programas de saúde, sistemas de saúde, referência e contra-referência, são temas que foram pouco lembrados na referência ao que aprenderam no curso primeiramente. Também em relação às ações educativas/preventivas, percebe-se que quase não foram lembradas ou que não aprenderam as técnicas educativas – educação em saúde bucal. Lembram-se, contudo, de assuntos técnicos odontológicos que se abordam em educação: escovação, maus hábitos e agente etiológico da cárie e doença periodontal.

No caso do município de Embu, o que os Técnicos em Higiene Dental – THD não aprenderam primeiro no curso foram relacionados: referência e contra-referência, entrevista, humanização e acolhimento. Para os Auxiliares de Consultório Dentário – ACD, na maioria dos itens listados, pelo menos 50% dos participantes aprenderam a respeito, exceto a aplicação tópica de flúor em moldeiras – atividade que, atualmente, não se recomenda mais no serviço público –, e orientação de bochecho com flúor.

Para o município de São Paulo, pelo menos 50% dos pesquisados, tanto ACD como o THD, aprenderam todos os itens **primeiro no curso, e os aplicam ou conhecem na prática**.

Relacionado ao que **não aprenderam no curso, mas aprenderam na prática**, os participantes desta pesquisa apresentaram como constantes nas três

instituições públicas eleitas, pelo menos uma resposta dos seguintes itens: Sistema Único de Saúde, referência e contra-referência, sistemas de saúde – atenção primária, secundária e terciária, entrevista, afiação de instrumental, arquivamento de prontuários, marcação de consultas. Observa-se que são ações de caráter administrativo (Gráfico 5.12).

Comparando-se os ACD da DIR I com os THD de Embu que participaram, em suas respostas relacionadas a mesma questão, mostraram-se com pequenas diferenças sendo os itens mais destacados por não terem aprendido primeiro nos cursos: referência e contra-referência, programas de saúde e entrevista, sendo as duas primeiras consideradas como ações administrativas e a última como ação educativa/preventiva.

Importante lembrar que consta nas competências profissionais do técnico da área da Saúde – item 17.2 -, da Resolução CEB nº 4/99: identificar a estrutura e o sistema de saúde vigente.

Em relação ao que ***aprenderam no curso, mas gostariam de saber mais a respeito***, foram comuns os seguintes itens às três instituições públicas eleitas: Sistema Único de Saúde, referência e contra-referência, sistemas de saúde – atenção primária, secundária e terciária –, consideradas ações administrativas e afiação do instrumental, considerada ação de limpeza e conservação do ambiente, instrumentos e equipamentos (Gráfico 5.13). Para os municípios de Embu e São Paulo, os itens revelação e montagem de radiografias – esta considerada como ação clínica –, técnicas pedagógicas – educação em saúde bucal, agente etiológico da cárie e das doenças periodontais, sendo esses três últimos considerados como ações educativas/preventivas foram os que apareceram em comum.

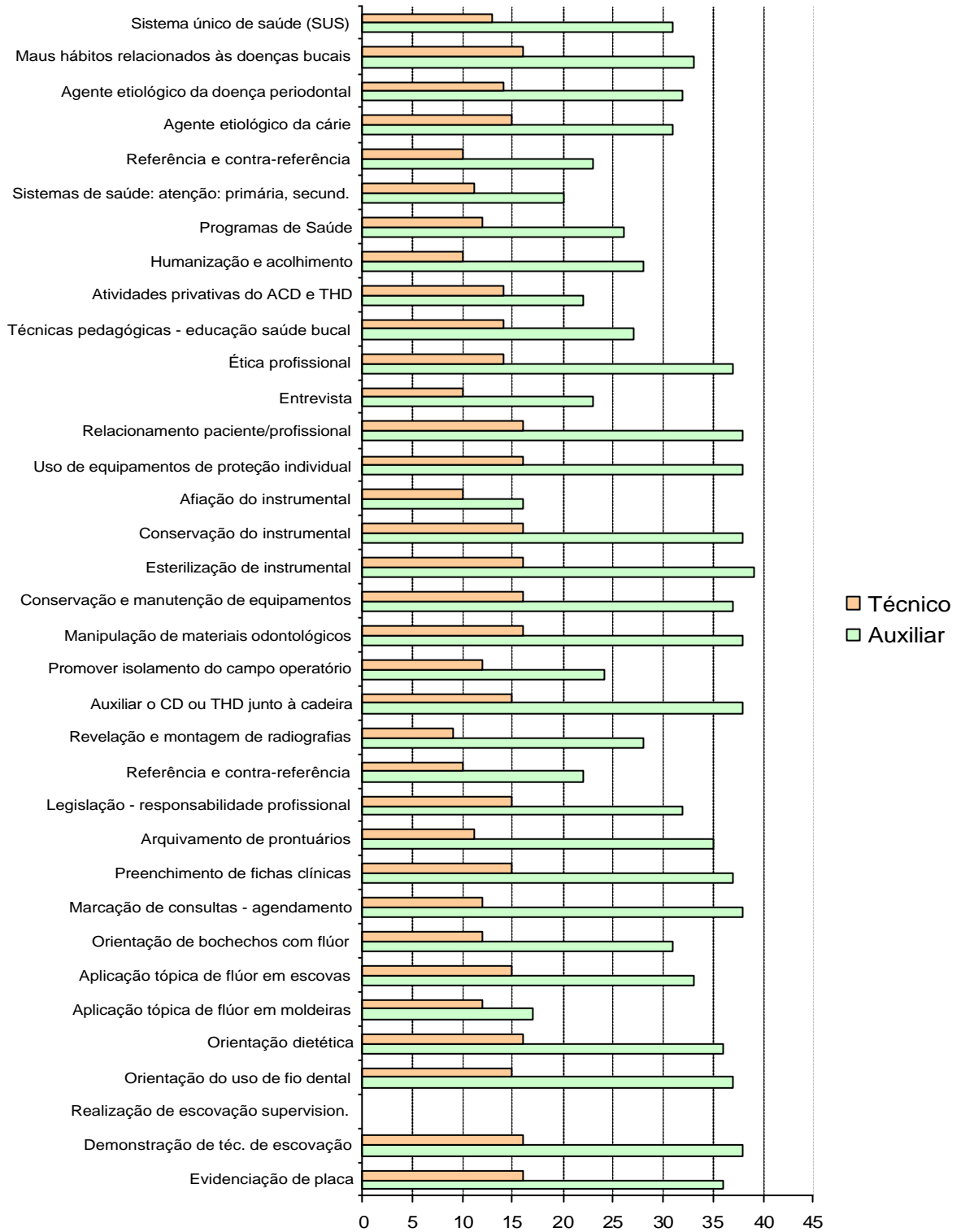


Gráfico 5.11 – Número de participantes que responderam que aprenderam primeiro no curso e aplicam ou conhecem na prática, segundo a matéria e função, São Paulo, 2004

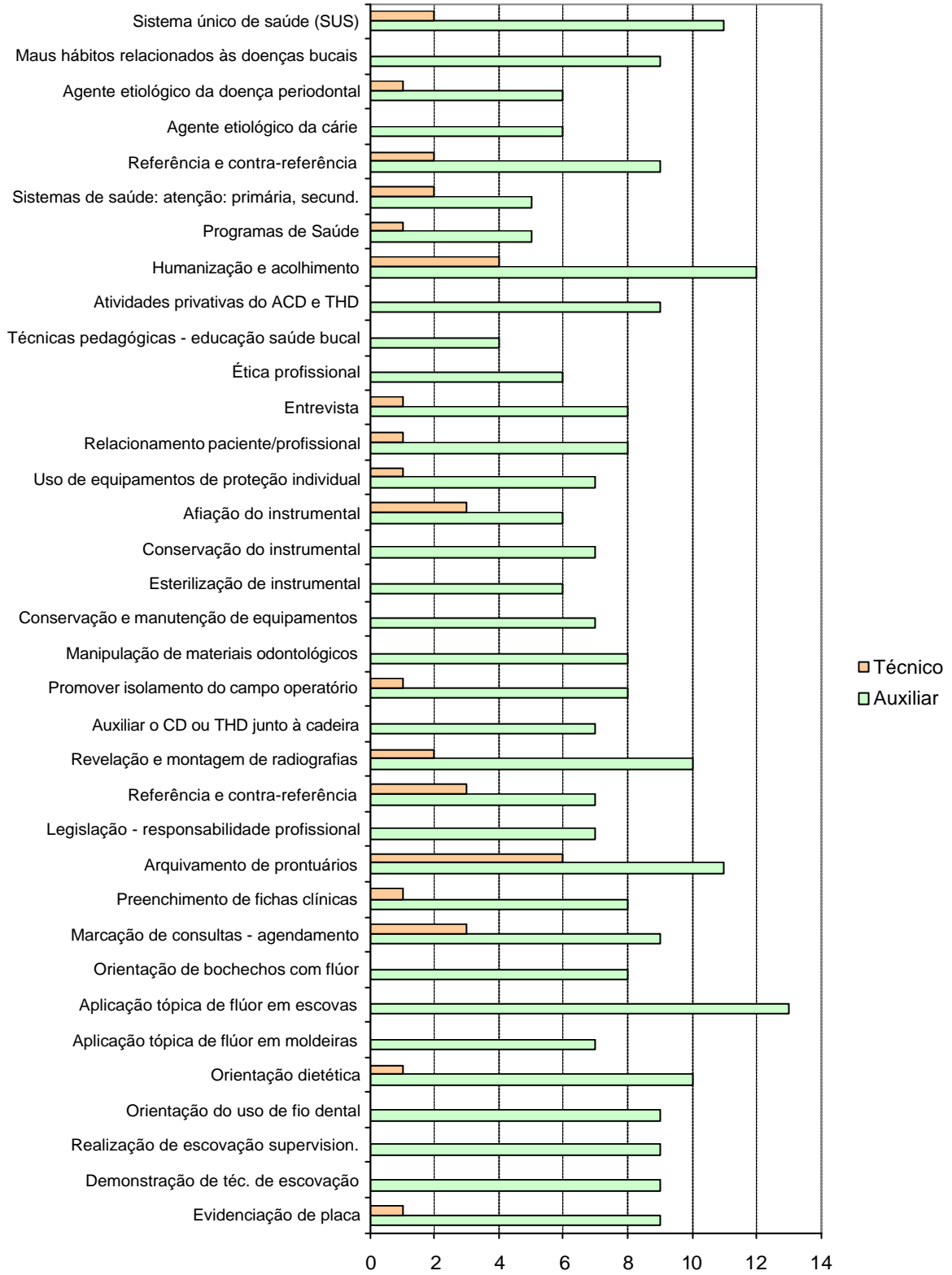


Gráfico 5.12 – Número de Auxiliares de Consultório Dentário e de Técnicos em Higiene Dental que fizeram curso, segundo o que não aprenderam no curso, mas aprenderam na prática, São Paulo, 2004

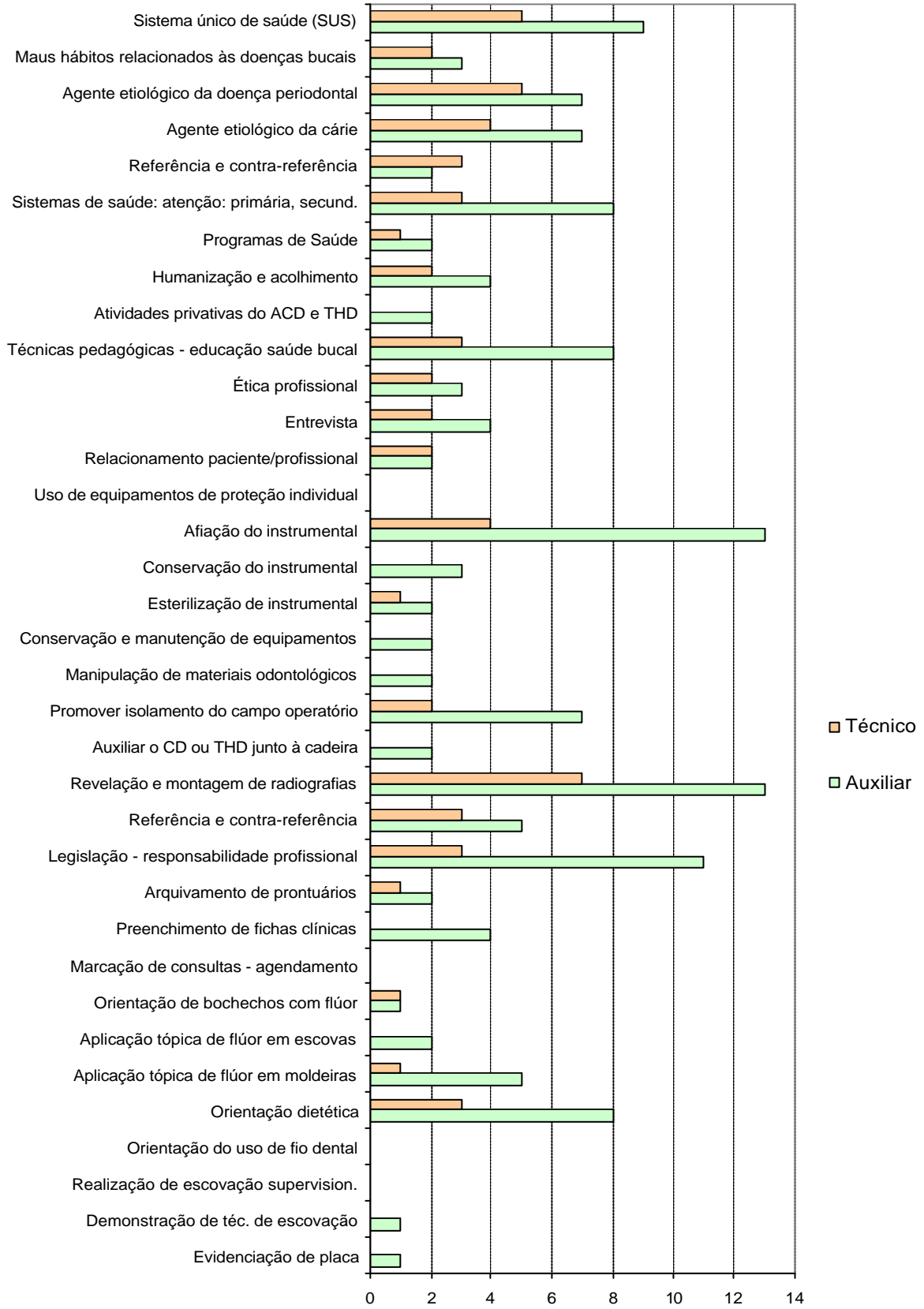


Gráfico 5.13 – Número de Auxiliares de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental que fizeram curso, segundo o que tiveram dificuldade em aprender e gostaria de saber mais a respeito, São Paulo, 2004

Em relação às atividades educativas, dos 57 participantes da pesquisa que têm formação, 87% responderam que aprenderam algo sobre como desenvolver tais atividades no curso que fizeram, e 8,7% não aprenderam (Gráfico 5.14).

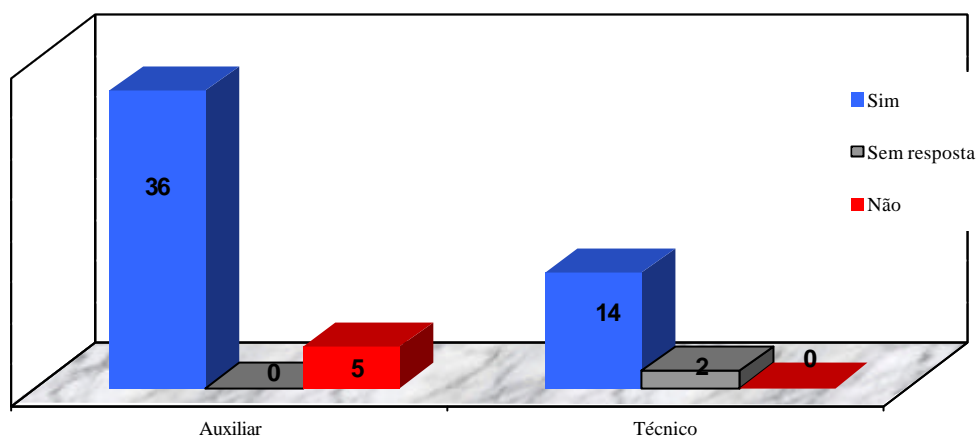


Gráfico 5.14 – Número de pesquisados que fizeram curso, segundo se aprenderam algo para desenvolver atividades educativas, São Paulo, 2004

Independentemente de o participante da pesquisa ter feito ou não o curso, perguntou-se se ele **faz alguma atividade educativa** como, por exemplo, palestra, dinâmicas, provinhas etc, e em qualquer espaço social, desde que faça parte de seu trabalho habitual. Os únicos auxiliares que responderam não fazer nenhuma delas são os da DIR I (Gráfico 5.15).

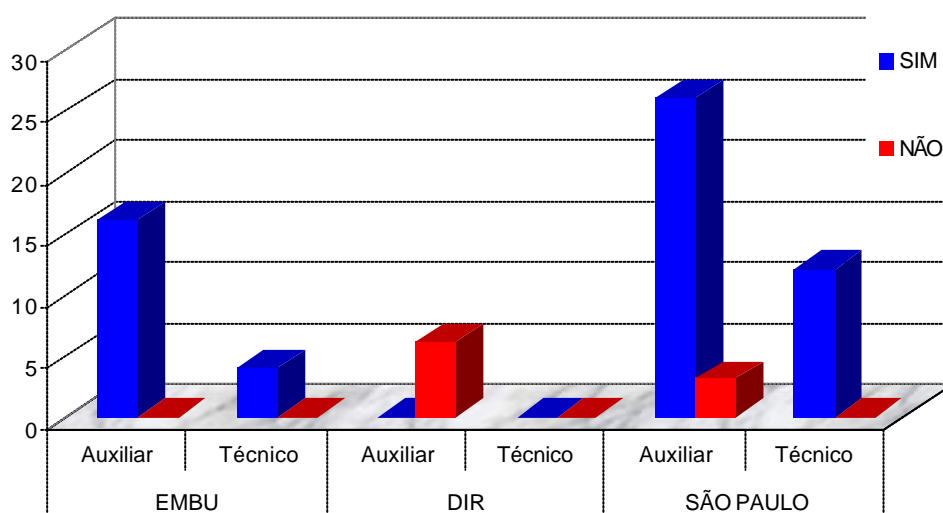


Gráfico 5.15 – Número de pesquisados, segundo se exercem atividades educativas atualmente, segundo local e função, São Paulo, 2004

Para os participantes da pesquisa, os quais **desempenham as atividades educativas atualmente**, perguntou-se sobre a sua **participação**, bem como a de outros profissionais, na execução e no planejamento dessas atividades (Gráfico 5.16).

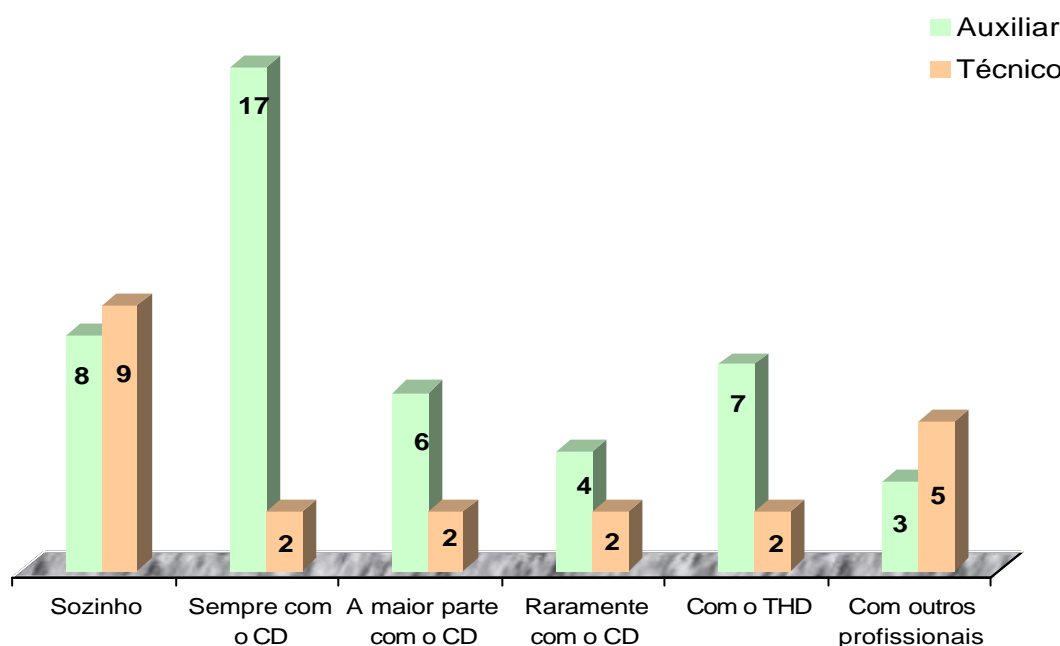


Gráfico 5.16 – Número de pesquisados que exercem atividades educativas, segundo sua execução com outros profissionais, São Paulo, 2004

Quanto à **execução** das atividades educativas, mais de 60% dos ACD e THD do município de São Paulo o fazem **sempre com um CD**. As respostas em relação a esta pergunta para o PAO do Embu, foi menos de 30%, superando somente na resposta **com o THD**, os THD, em 50%. Como os auxiliares da DIR I não executam atividades educativas, nada constou.

Já para o **planejamento** das atividades educativas (Gráfico 5.17), no município de Embu, na resposta **sempre com um CD**, o PAO tem maior participação do que em relação à **execução**, 37,5% e 100%, respectivamente para o ACD e o THD. Para o município de São Paulo, **sempre com o CD** é praticamente

igual à execução pelo ACD e, para o THD, a participação no **planejamento** (16%) sempre com o CD é menor em relação à **execução** (66%).

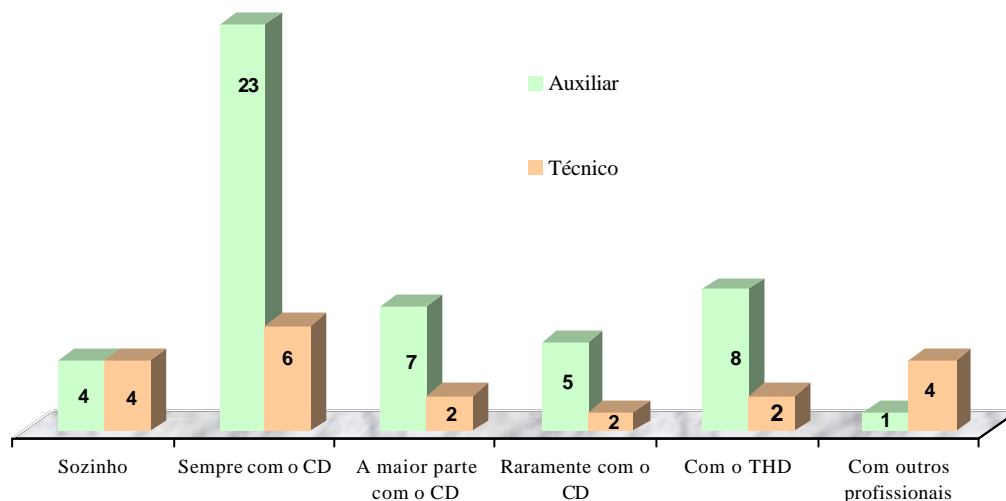


Gráfico 5.17 – Número de pesquisados que executam atividades educativas, segundo o planejamento com outros profissionais, São Paulo, 2004

Quanto à **dificuldade em executar as atividades educativas**, a grande queixa foi de **não terem material adequado** para trabalhar, seguido de **não saber se aprenderam realmente** (Gráfico 5.18).

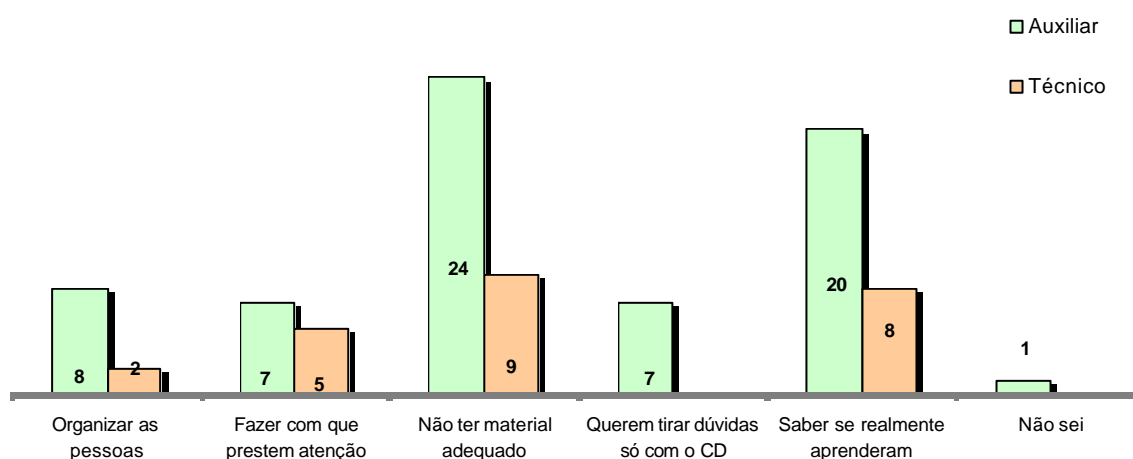


Gráfico 5.18 – Número de pesquisados que realizam atividades educativas, segundo as dificuldades encontradas em realizá-las, São Paulo, 2004

Quanto à avaliação, aqui entendida como representação valorativa de alguma coisa ou fato presente em nosso cotidiano (Pedrosa, 2001), dos 58 pesquisados que **fazem atividades educativas**(Gráfico 5.19), 77,5% avaliam tais atividades e destes, 93% **avaliam quando os usuários voltam ao consultório** e os ACD ou THD percebem melhora, conforme temos no Gráfico 5.20.

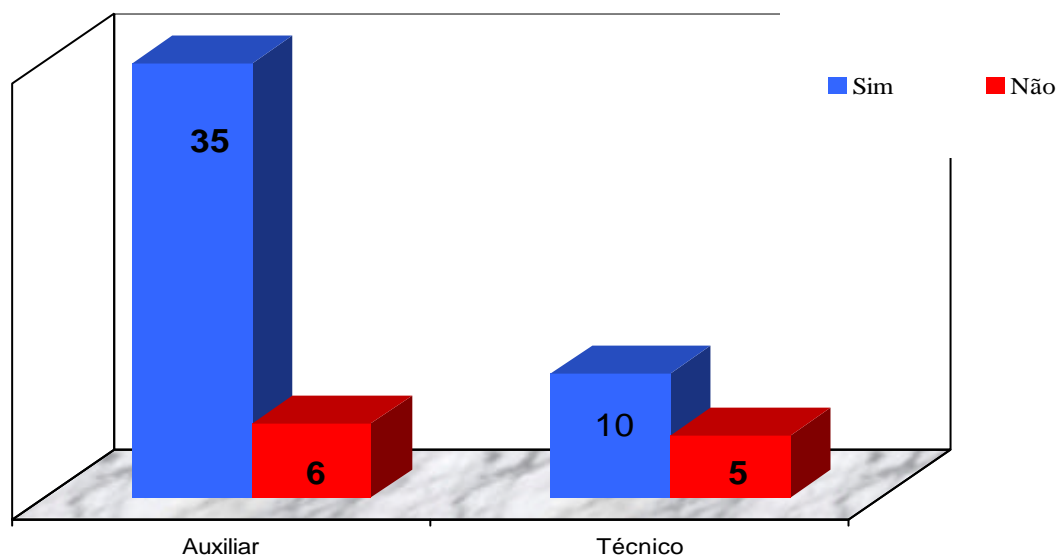


Gráfico 5.19 Número de pesquisados que executam atividades educativas, segundo se fazem avaliação dessas atividades, São Paulo, 2004

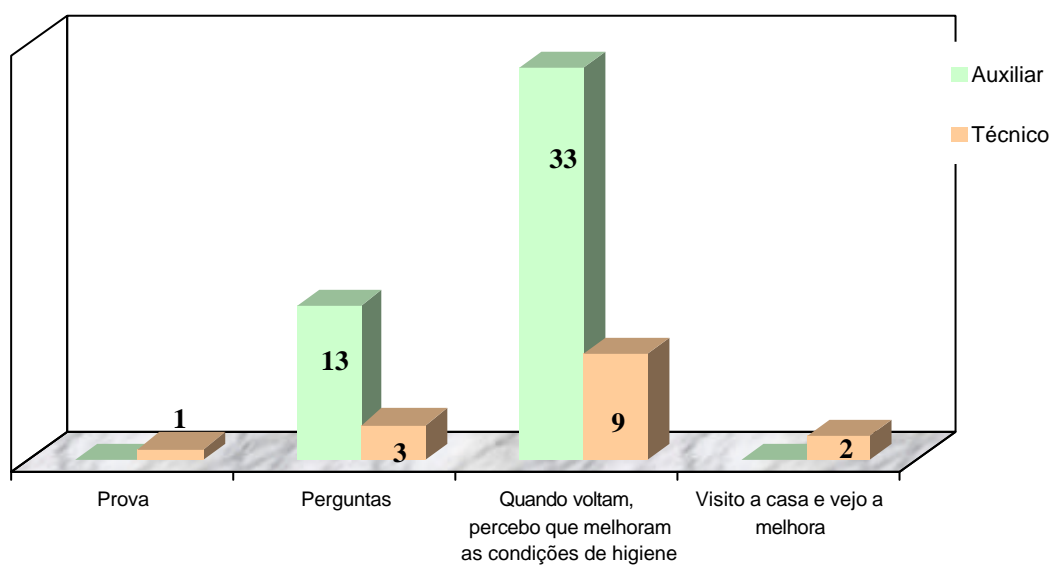


Gráfico 5.20 – Número de pesquisados que realizam atividades educativas, segundo o tipo de avaliação que fazem para tais atividades, São Paulo, 2004

Dos 58 participantes que exercem atividades educativas, 11 (19%) **não executam avaliação** e desses, 27% responderam que não costumam fazer avaliação porque não dá tempo, e 18% responderam que não a fazem porque ele (ACD ou THD) faz a sua parte na unidade de saúde, e é obrigação dos pais ou responsáveis continuarem o aprendizado em casa (Gráfico 5. 21)

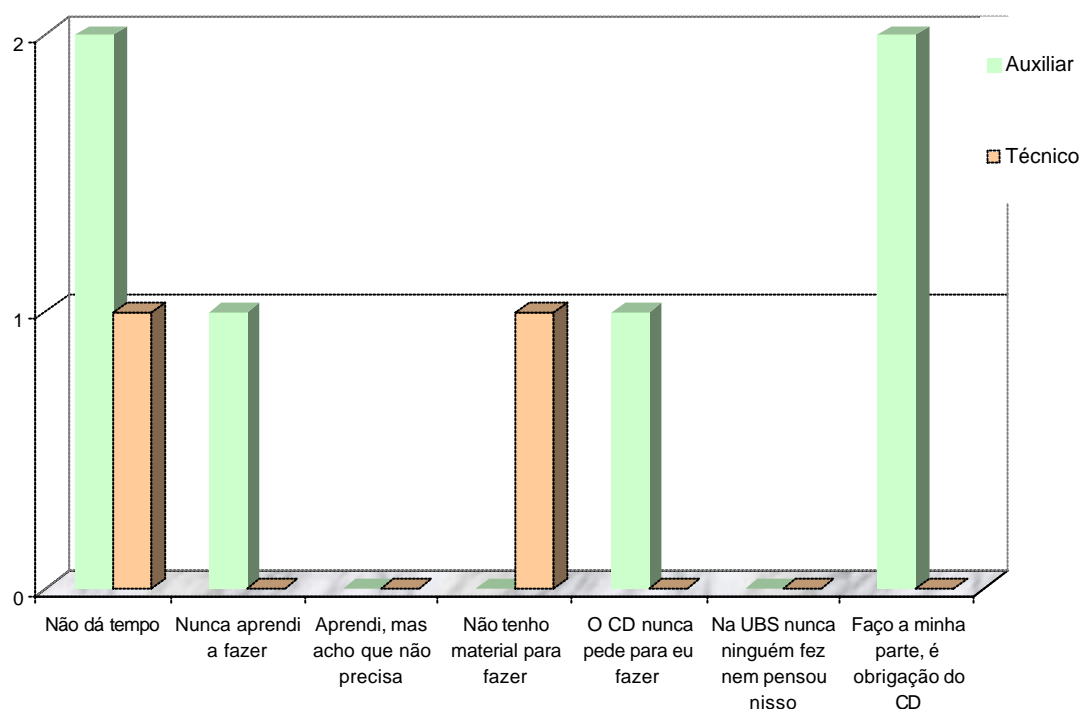


Gráfico 5.21 – Número de pesquisados que realizam atividades educativas e não fazem avaliação, segundo o motivo, São Paulo, 2004

Quanto à **avaliação geral de suas atividades**, 79% dos participantes da pesquisa a fazem, e deles, 53% são conseguidos através de **perguntas ao CD**, seguido de **autocrítica** (39%), conforme os Gráficos 5.22 e 5.23.

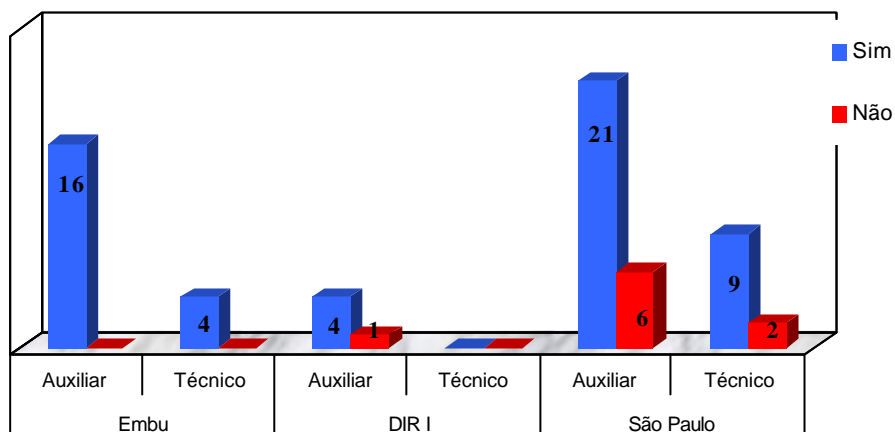


Gráfico 5. 22 – Número de pesquisados, segundo função e se fazem avaliação das atividades que exercem diariamente, São Paulo, 2004

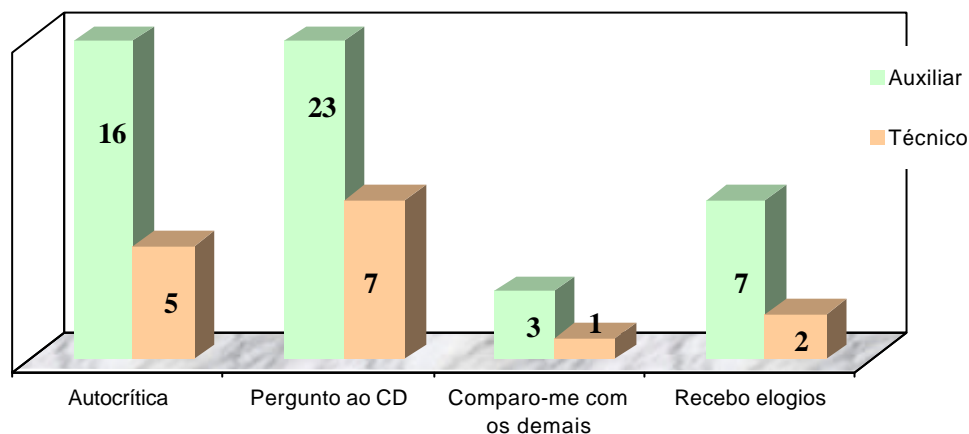


Gráfico 5. 23 – Número de pesquisados, segundo como fazem a avaliação das atividades que exercem diariamente e qual a forma, São Paulo, 2004

Dos 9 participantes da pesquisa que **não avaliam as atividades que exercem atualmente**, 44 % **não tinham pensado em fazer avaliação das atividades**, e 33% acham que é **obrigação do CD** fazer a avaliação do trabalho do pessoal auxiliar odontológico, conforme Gráfico 5.24

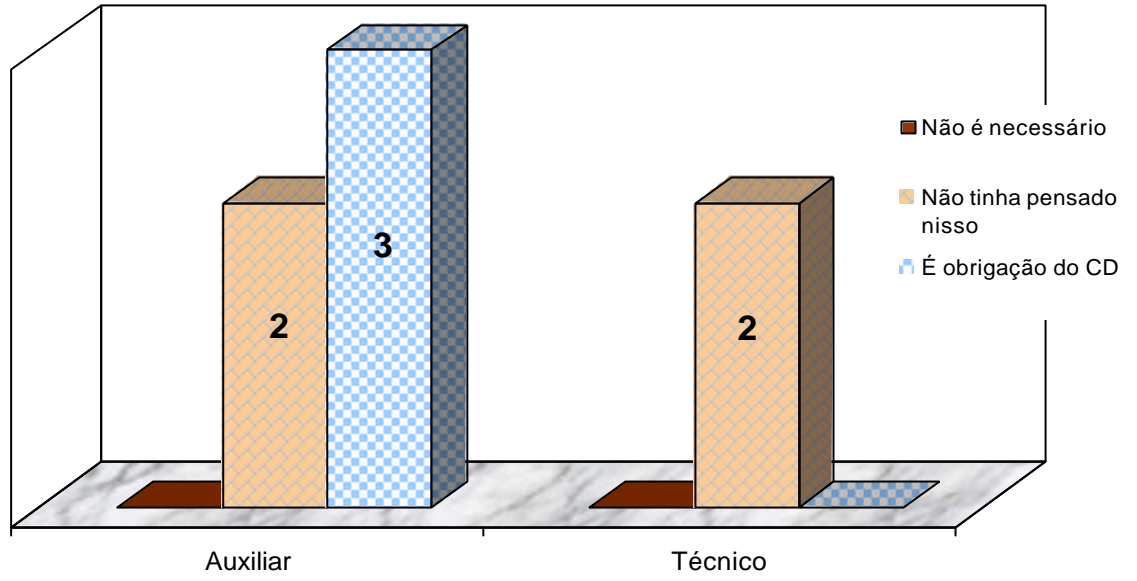


Gráfico 5.24 – Número de pesquisados que não avaliam as atividades que exercem diariamente, segundo o motivo da avaliação, São Paulo, 2004

6 CONCLUSÕES

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988 e das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, teve por finalidade cuidar da população, promovendo sua saúde, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. Para isso, este sistema valoriza o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a equidade, a universalização, a integralidade e a participação e mobilização social, além dos princípios organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização).

Para que os princípios do SUS sejam cumpridos, tanto no aspecto legal como no aspecto real, é fundamental a formação adequada de seus trabalhadores, principalmente porque, antes deste sistema, eles estavam “acostumados” com o modelo hospitalocêntrico e ao fato de nem todos os cidadãos terem direito aos serviços gratuitos de saúde. Então, há necessidade de trabalhadores que entendam e trabalhem pelo SUS, o que será peça fundamental para a concretização de seu funcionamento e aperfeiçoamento.

Dessa forma, primeiramente os Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho devem ter entendimentos para que os profissionais da área tenham os mesmos direitos e as mesmas obrigações, quanto à formação, caso contrário, ficaremos no dilema da formação, como o do ACD, sobre quem o Conselho Federal decide a partir de quando ele é obrigado a possuir curso de formação (Decisão CFO-47/2003), e carga horária máxima de formação (Decisão CFO-61/2004), não sabemos baseado em quê.

Nesta pesquisa verificou-se que a duração dos cursos, em sua maioria, foi de mais de um ano e, mesmo assim, os pesquisados acham importante e gostariam de aprender noções de informática, farmácia, sociologia e psicologia, pois não tiveram tais aulas no curso. Assim, torna-se necessário um questionamento da Decisão CFO – 61/2004, que determina carga horária máxima para o ACD de 600 horas: será que esta carga horária não visa somente ao cuidado da “boca” e dos “dentes”, ou seja, o conhecimento técnico, deixando de lado, o conhecimento humanístico? Ambos são importantes para a formação de trabalhadores que buscam consolidar o SUS.

A formação adequada deve ser ministrada de maneira que o aluno possa sentir-se parte integrante do processo ensino-aprendizado, com a incorporação de novas tecnologias⁷ em saúde e o estímulo à busca de novos conhecimentos, de pesquisa e de educação continuada, pois o mercado de trabalho está muito competitivo, requerendo o conhecimento de várias competências.

Para isso, é necessário que instituições de ensino estejam atualizadas técnica, tecnológica e pedagogicamente, oferecendo currículo adequado à realidade do mercado de trabalho.

Nos resultados obtidos nesta pesquisa, observou-se que há necessidade de desenvolvimento, no curso de formação de ACD e THD, de matérias como: informática, farmácia e sociologia; e o aprofundamento de temas como: SUS, Programas de Saúde, Sistemas de Saúde e Referência e Contra-referência, a serem desenvolvidas tanto em aulas teóricas como nas práticas. Desta forma, as instituições de ensino estarão em consonância com o perfil de competências propostas pelo Ministério da Saúde, especialmente no item 3 – Organizar o ambiente

⁷ De acordo com Rocha (1997), o termo **tecnologia em saúde** não se restringe somente ao conjunto de técnicas ou equipamentos do setor, mas também diz respeito ao desenvolvimento profissional, formalização, organização e financiamento da saúde.

de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal.

Há necessidade de aulas teóricas e práticas, pois quando se questionou na pesquisa ***onde aprendeu mais***, 59% disseram que em ambos (aulas teóricas e estágios), e nas aulas teóricas somente, nenhuma vez foi mencionada. Assim, é necessário que centros formadores tenham condições adequadas para oferecer aulas teóricas e práticas com boa qualidade.

O poder público deve tomar posição favorável à formação de recursos humanos odontológicos, estabelecer diretrizes para a formação adequada à nova realidade do trabalho e exercer seu papel regulador que lhe cabe nesse campo. Para isso é interessante pensar a formação desses profissionais de maneira articulada, onde o PAO possa desenvolver algumas aulas práticas junto com os graduandos de odontologia. Assim, é necessário que às faculdades de odontologia devam se preocupar em adequar para a recepção do PAO, tanto na aceitação como no aspecto arquitetônico, para que ele possa trabalhar, pois se observa que a maioria das faculdades, ao instalar suas clínicas odontológicas, não pensa num possível trabalho em equipe, pois possui espaço para o trabalho individual.

Quando as instituições de ensino iniciarem tais cuidados, poderemos ter um ensino odontológico mais democratizado, onde ambos possam se conhecer e reconhecer, estimulando, desta forma, o respeito mútuo e o trabalho em equipe.

Há necessidade de estudos referentes à qualidade da formação profissional do PAO e, principalmente, às instituições de ensino vinculadas a ele, para que as mesmas possam ser valorizadas, sendo um interessante campo para os pesquisadores da área.

REFERÊNCIAS¹

ACD agora é auxiliar de consultório dentário. *Jornal do CFO*; Rio de Janeiro, 2003 [Ano 11, números 56 e 57]. p.14.

Amâncio Filho A, Telles JF. Formação de recursos humanos para a saúde: antigos problemas novos desafios. [Artigo on line]. Disponível em: URL: <http://www.anped.org.br/26/trabalhos/antenoramanciofilho.rtf> [2005 jan.6].

Bisoto Júnior G. Apresentação. In: Formação: qualificação profissional e saúde com qualidade. Brasília: PAX; 2001. [Formação/Ministério da Saúde Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na área da Enfermagem v.1, n1].

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília; 1982.

Brasil, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei “Substitutivo ao substitutivo” do Projeto de Lei nº 2244/89 do autor. Regulamenta o exercício das profissões de THD e ACD. 1989.

Brasil, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB nº 4 de 8 de dezembro de 1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. *Diário Oficial da União* 1999 dez. 8; Sec.1: 229.

Brasil, Ministério da Educação. Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico: área profissional saúde. Brasília: 2000.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 267 de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 07 mar.2001, p.67.

¹ De acordo com o estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário: perfil de competências profissionais. Brasília: MS; 2004a. [Série A. Normas e manuais técnicos].

Brasil, Ministério da Educação. Cadastro nacional de cursos de educação profissional de nível técnico: banco de dados. Disponível em: URL: <http://www.mec.gov.br/semtec/CNCT/default.shtm> [2004b jun.8].

Brasil, Ministério da Educação. Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004 – Regulamenta o § 2º do artigo 36 e os arts. 39 a 41 da Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. [legislação on line]. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/setec/index.php?option=conten=conten&task=view&112ltmid=229> [2005a abr 4].

Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). [Base de dados on line]. Disponível em: URL: <http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=3224-15> [2005b abr. 6].

Brasil, Conselho Federal de Odontologia. Decisão CFO-61/2004 – Altera o disposto artigo 2º, da Decisão CFO-47/2003. Disponível em: URL: <http://www.cromg.org.br/pub/jornal/art/legis2.htm> [2005c jul. 29].

Carvalho CL. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS: Guia curricular para formação de atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS [Áreas III e IV]. Brasília; 1998.p.287-307.

Carvalho CL. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. Ação Coletiva 1999;2(1):23-33.

Chaves MM. Odontologia social 3ª ed. Artes Médicas; 1986.

Ciribelli MC. Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2003.

Constituição da República Federativa do Brasil. 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 1997.

Cunha LA. As agências financiadoras internacionais e a reforma brasileira do ensino técnico: a crítica da crítica. In: Zibas DML, Aguiar MAS, Bueno MMS, organizadores. O ensino médio e a reforma da educação básica. Brasília: Plano; 2002. p.103-34.

Dean AG et al. Epi Info, Version 5: a Word processing database, and statistics program for epidemiology on micro-computers [computer program]. Atlanta: Centers for Disease Control, 1990.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação: humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília: PAX; 2001. [Formação/Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização de Trabalhadores na área da Enfermagem, v.1,n.2].

Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. [Artigo on line]. Disponível em: URL: <http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm> [2004 mar.17].

Estrela C. Metodologia científica: ensino e pesquisa em odontologia 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.

Ferreira ABH. Novo Aurélio - dicionário Aurélio século XXI. Ed. Nova Fronteira versão 3.0[CD room].

Frazão P. Desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do SUS. Saúde em Debate 1994; n.42: p.30-5.

Frigotto G., Ciavatta M, Ramosiv M. A gênese do decreto nº 5.154/2004: um debate no contexto controverso da democracia restrita. [Artigo on line]. Disponível em URL: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/MMGTN3.htm> [2005 jan. 29].

Frigotto G,Ciavatta M, Ramos M. A A gênese do decreto nº 5.154/2004: um debate no contexto da democracia restrita. In: Ensino médio integrado concepção e contradições. São Paulo: Ed. Cortez, 2005, p.21-56.

Hansen LMM. Atendente de consultório dentário: interações entre formação, prática e condições de trabalho [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.

Kuenzer AZ. Ensino de 2º grau: o trabalho como princípio educativo. 3ª ed. São Paulo: Cortez;1997a.

Kuenzer AZ. Ensino médio e profissional: as políticas do estado neoliberal. São Paulo: Cortez;1997b.

Kuenzer AZ. A reforma do ensino técnico no Brasil e suas conseqüências. In: Ferreti CJ, Silva J, Oliveria MRNS, organizadores. Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola? São Paulo: Xamã; 1999. p.121-39.

Liñan MBG. A formação profissional do atendente de consultório dentário (acd) e do técnico em higiene dental (thd), frente às exigências da atual lei de diretrizes e bases [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Liñan MBG, Botazzo C. A formação profissional do atendente de consultório dentário (acd) e do técnico em higiene dental (thd) frente às exigências da atual lei de diretrizes e bases da educação. Rev Pós Grad FOU SP 2004;11(2):189-94.

Liñan MBG, Botazzo C, Araújo ME. Implicações da reforma educacional profissional em curso no Brasil para a formação do atendente de consultório dentário (acd) e do técnico em higiene dental (thd). Rev Pós Grad FOU SP 2004;11(4):358-63.

Lúcio CG, Sochaczewski S. Experiência de elaboração negociada de uma política de formação profissional. Educação e Sociedade 1998. Ano XIX, nº 64. p.104-29.

Machado ZC. Evolução da odontologia. In: Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS: Guia curricular para a formação do THD para atuar na rede básica do SUS [Área Curricular I, prevenindo e controlando o processo saúde-doença bucal]. Brasília; 1994. p.129-35.

Marsiglia RMG. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: Botazzo C, Freitas SFT, organizadores. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. Bauru: EDUSC; 1988; p.175-96.

Moraes CSV. Ensino médio e qualificação profissional: uma perspectiva histórica. In: Bruno L et al., organizadora. Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo: leituras selecionadas. São Paulo: Atlas; 1996. p.124-45.

Moraes CSV. A socialização da força de trabalho: instrução popular e qualificação profissional no estado de São Paulo (1873 a 1934). Bragança Paulista – SP: EDUSF, 2003.

Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica. Relatório final. Encontro nacional sobre legislação de pessoal auxiliar odontológico; 1989, dez., 9; São Paulo.

Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal. In: Kriger L, coordenador. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.448-63.

Narvai PC, Frazão P. Técnico em higiene dental: hora de recuar? Pousada do Rio Quente: FSP/USP, FIO; 1999. [Trabalho apresentado ao V Congresso da Federação Interstadual dos Odontologistas, realizado em Pousada do Rio Quente, GO, 2-4 set. 1999].

Narvai PC. Recursos humanos para a promoção de saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Araújo ME, organizadora. Odontologia em saúde coletiva: manual do aluno. São Paulo; 2003. [Apostila do Curso de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP]. p.68-93.

Noronha AB et al.. Formação profissional em saúde. RADIS 2002;(3):11-7.

Nozoe NH, Bianchi NA, Rondet ACA. A nova classificação brasileira de ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. São Paulo em Perspectiva. 2003;17(3-4):234-46.

Nunes LJT. As tendências educativas para o mundo do trabalho. Revista Iberoamericana de educação. [Artigo on line]. Disponível em: URL: <http://www.campus.oei.org/revista/deloslectores/550Ribeiro.PDF> [2004 ago.16].

Oliveira RP, Sousa SZ. Ensino médio: finalidades, controvérsias e desafios. Boletim TV Escola, Brasília. 2004. [Artigo on line]. Disponível em: URL: <http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletim2004/emn/tetxt5.htm> [2005 mar.11].

Pedrosa JIS. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC; 2001. cap. 11, p. 261-81.

Pezzato LM. A formação para o pessoal auxiliar odontológico no Brasil: contribuição ao tema. Revista Ação Coletiva. 1999; 1(2):35-40

Pezzato LM. O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário no Brasil: uma história silenciada [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Educação da Unicamp; 2001.

Pezzato LM, Cocco MIM. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho: que sujeitos são esses no processo de trabalho em saúde bucal? [Trabalho apresentado no Congresso de Saúde Coletiva da ABRASCO de 2000, atualizado em 2003].

Perrenoud P. Formação contínua e obrigatoriedade de competências na profissão de professor. In: Idéias: sistema de avaliação educacional, Tradução de Lopreto L.; 1988.p.205-48.

Perrenoud P. Construindo competências. Nova Escola 2000; [Entrevista concedida a Paola Gentile e Roberta Bencini].

Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejamento, ações e promovendo saúde. Porto Alegre: 2003. Cap. 7, p.40-59.

Rocha DG. Análise do componente educativo nos programas preventivos em saúde bucal no Brasil, 1980-1984 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.

Sa EMO, Vilela RAT. Quando o currículo faz a diferença...o currículo integrado na formação em serviço do técnico em higiene dental (thd). Associação Nacional de Pós-graduação em educação [Artigo on line]. Disponível em: URL: <http://www.anped.org.br/24/T1253262671066.doc> [2004 ago.16].

Santana JP, Christófaros MAC. Educação, trabalho e formação profissional em saúde. [Texto de orientação do curso de especialização em políticas de recursos humanos para gestão do SUS – eixo temático reforma educacional brasileira, Disciplina RE2; on line]. Disponível em: URL: http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/Educacao_Trabalho.pdf. [2004 ago.16].

São Paulo (Estado) Secretaria de Estado da Saúde. Ofício GSB 014/88. Propõe a criação de cargos de Técnico em Higiene Dental no quadro de pessoal da SES. São Paulo 1988 ago. 15.

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Resolução SS 15 de 18 de janeiro de 1999. Aprova norma técnica que estabelece condições para instalação de funcionamento de estabelecimento de assistência odontológica, e dá providências correlatas. [Resolução on line]. Disponível em: URL: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/download.asp?tipo=zip&arquivo=99re15.zip> [2005 abr. 6].

São Paulo (Município) Prefeitura do Município de São Paulo. Ofício nº 03/88. Resposta da PMSP ao ofício de mesma numeração da Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo. São Paulo. 1988 jun. 07.

Saúde Bucal é o novo desafio de formação para o SUS.RET-SUS.Rio de Janeiro; 2004, dez. Ano I n 4.p.4-6.

Seminário discute qualidade na educação profissional. RET-SUS. Rio de Janeiro; 2004, dez. Ano I, n.4: p.10.

Sório RER. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os marcos legais da educação profissional [texto de apoio elaborado especialmente para o curso de especialização em desenvolvimento de recursos humanos – CADRHU – on line]. Disponível em: URL: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T2.pdf [2004 nov 17].

APÊNDICE A – Carta de apresentação para os 20 sorteados

São Paulo, junho de 2004.

Prezado (a) Profissional ACD ou THD

Sou aluno do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, nível Mestrado na área de Deontologia e Odontologia Legal da Universidade de São Paulo.

Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada COMPONENTE EDUCATIVO NA FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL DO PESSOAL AUXILIAR ODONTOLÓGICO, e gostaria de contar com a sua participação.

Os profissionais que participarão (ACD ou THD) são os que foram sorteados e que trabalham no serviço público, e os coordenadores gerais de Saúde Bucal estão cientes, bem como a pesquisa passou pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sendo aprovados em ambos.

Para responder ao questionário adequadamente, é necessário que você leia antecipadamente a ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO (a qual segue anexo), preenchê-lo e colocá-lo no envelope já selado (anexo) para o destinatário já preenchido. JUNTO COM UMA VIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO, DATADO E COM O SEU NÚMERO DE R.G.. A OUTRA VIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO FICA COM VOCÊ.

Caso queira escrever observações no verso das folhas ou mesmo ao lado das questões que você não entendeu ou gostaria que tivesse outras respostas, por favor, escreva-as, sem problema algum. Fique à vontade.

Quaisquer dúvidas, por favor entre em contato: email mtomaz@usp.br ou fone para recado (11) nnnnnnnn, DEIXANDO O SEU NOME, LOCAL ONDE TRABALHA E O NÚMERO DE TELEFONE PARA RETORNO.

Agradeço sua participação e aguardo o mais breve possível o retorno de seu questionário respondido.

Atenciosamente,

José Miguel Tomazevic

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE ONTOLOGIA E ODONTOLOGIA LEGAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “COMPONENTE EDUCATIVO NA FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL DO PESSOAL AUXILIAR ODONTOLÓGICO”. Você foi selecionado por trabalhar nesta Secretaria de Saúde como Técnico em Higiene Dental (THD) ou Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem necessidade de quaisquer explicações para com o pesquisador ou com a Faculdade e tampouco haverá interferência no andamento de seu trabalho.

O objetivo deste estudo é de observar o perfil, as atividades educativas e a expectativa dos profissionais Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) que atuam no serviço público.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário.

Os benefícios relacionados com a sua participação são fundamentais para analisarmos o perfil, a expectativa e as atividades executadas na prática dos THD e ACD que trabalham no serviço público.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, assim sendo, não é necessário que coloque o seu nome nas folhas do questionário, não havendo riscos de nenhuma natureza, ou mesmo despesas financeiras pela sua participação.

Os resultados obtidos durante esta pesquisa poderão ser divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato como Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Rua General Jardim, xx, xº andar, telefone: XXXX-XXXX, e-mail: xxx@prefeitura.sp.gov.br .

José Miguel Tomazevic

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 – Butantã

São Paulo – SP CEP: 05508-900

Fone: XXXX-XXXX e-mail: xxx@usp.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo de livre e espontânea vontade em participar.

Assinatura

Nome (letra legível)

RG nº _____

Local, data: _____, ____/____/2004.

APÊNDICE C - Orientação para o preenchimento do questionário

| QUESTAO | ORIENTAÇÃO |
|---------|---|
| 1 | Sua idade atual. |
| 2 | A qual sexo você pertence. |
| 3 | Qual atividade desempenha atualmente? |
| 4 | Quanto tempo você trabalha no que desempenha atualmente? |
| 5 | Quanto tempo se formou no que exerce atualmente? Se você não fez curso, não responda. |
| 6 | Quanto tempo durou o curso que fez. Caso não tenha feito curso, não responda. |
| 7 | O curso que fez (no que exerce atualmente) foi de graça, pago por você ou financiado pelo seu serviço (quando você estudava)? Se você não fez curso, não responda. |
| 8 | Você fez estágio (dentro ou fora da instituição de ensino) durante o curso? Se você não fez curso, não responda. |
| 9 | No que você desenvolve atualmente no serviço, acha que aprendeu mais de que forma? Se você não fez curso, não responda. |
| 10 | Se você fez curso, que matérias você aprendeu ou teve noção durante o curso? Se você não fez curso, não responda. Pode responder mais do que uma alternativa. |
| 11 | Se você fez o curso, que matérias você não aprendeu e que acharia importante ter, pois sente falta atualmente. Se você não fez curso, não responda. Pode responder mais do que uma alternativa. |
| 12 | Por que você quis fazer o curso que fez? Se você não fez curso, não responda. (<input type="checkbox"/>) APRENDER MAIS NA ÁREA DA ODONTOLOGIA , pode ser respondida no caso de já ter sido acad e fazer o curso para thd. Já sabia alguma coisa antes. Pode responder mais do que uma alternativa, desde que não seja: (<input type="checkbox"/>) NÃO SEI |
| 13 | Depois que fez o curso, você vem se mantendo atualizado (a), procura se manter informado (a) sobre as atualizações em odontologia? Só responda se você fez curso. |
| 14 | Só responda se respondeu SIM na questão 13. Pode ser mais de uma resposta, caso seja o seu tipo de atualização. |
| 15 | O que você primeiro aprendeu no curso e depois começou a praticar onde trabalha ou trabalhava ?. Pode ser mais de uma resposta. Só responda se você fez curso. |
| 16 | O que você não aprendeu no curso, mas aprendeu onde trabalha ou trabalhava ?. Pode ser mais de uma resposta. Só responda se você fez curso. |

| | |
|----|---|
| 17 | <p>O que você teve dificuldade em aprender no curso. Acha que não foi bem dada aquela atividade em aula e que gostaria de aprender (de maneira diferente da que foi dada). Pode ser mais de uma resposta.</p> <p>Se você não fez curso, não responda.</p> |
| 18 | <p>Você aprendeu como trabalhar ou desenvolver atividades educativas, por exemplo: preparar uma palestra, desenvolver uma atividade para que crianças saibam fazer higienização bucal, desenvolver uma atividade para que adultos saibam fazer higienização bucal, trabalhar atividades educativas em diferentes idades etc ?.</p> <p>Se você não fez curso, não responda.</p> |
| 19 | <p>Você faz alguma atividade educativa (palestra, dinâmicas, provinhas etc), pode ser em escola, no próprio consultório ou em algum outro espaço social, desde que faça parte do seu trabalho habitual. ?</p> |
| 20 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido SIM na questão 19.</p> <p>Responda só em um item, que mais parecer com sua realidade.</p> |
| 21 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido SIM na questão 19.</p> <p>Responda só em um item, que mais parecer com sua realidade.</p> |
| 22 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido SIM na questão 19.</p> <p>Caso queira, pode responder mais de um item.</p> |
| 23 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido SIM na questão 19.</p> <p>De alguma maneira você faz avaliação do trabalho educativo que desenvolve?</p> |
| 24 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido SIM na questão 23.</p> <p>Caso queira, pode responder mais de um item.</p> |
| 25 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido NÃO na questão 23.</p> <p>Caso queira, pode responder mais de um item.</p> |
| 26 | <p>Se você faz avaliações das outras atividades que não sejam as educativas. Por exemplo, avalia sua atividade de marcação de consultas, de limpeza e esterilização de materiais etc.</p> |
| 27 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido SIM na questão 26.</p> <p>Qual forma (mais usual) você avalia suas atividades que não sejam educativas?</p> |
| 28 | <p>Por favor, responda esta questão caso tenha respondido NÃO na questão 26.</p> <p>Qual o motivo de você não avaliar as suas atividades ou desempenho?</p> |

APÊNDICE D – Questionário



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
 NÍVEL MESTRADO
 ÁREA DE ONTOLOGIA E ODONTOLOGIA LEGAL

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

1. IDADE

Idade: anos.

2. SEXO

()feminino ()masculino

3. TRABALHA COMO:

()THD ()ACD

4. A QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NO QUE EXERCE ATUALMENTE?

()Menos de 2 anos ()Mais de 2 anos

5. ESTÁ FORMADO(A) NO QUE EXERCE ATUALMENTE?

()Menos de 5 anos ()Mais de 5 anos ()Não é formado

6. QUANTO TEMPO DUROU O CURSO QUE FEZ?

() Mais de 1 ano ()6 Meses ()Menos de 6 meses

7. O CURSO FOI:

()Gratuito () Pago por você ()Pago pelo serviço

8. DURANTE O CURSO, VOCÊ FEZ ESTÁGIO?

() Supervisionado pelos Professores que lhe deram aula.

()Supervisionado por outros cirurgiões-dentistas que não participaram das aulas.

()Supervisionado por outros cirurgiões-dentistas que participaram parcialmente das aulas.

()Não tive estágio supervisionado.

9. DAS ATIVIDADES QUE MAIS DESENVOLVE ATUALMENTE, VOCÊ ACHA QUE APRENDEU

MAIS:

()Nas aulas teóricas ()Nos estágios

()Depois de formado ()Ambos

10. QUAIS, DAS MATÉRIAS ABAIXO, VOCÊ APRENDEU NO CURSO QUE FEZ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Noções de Psicologia | <input type="checkbox"/> Noções de Sociologia |
| <input type="checkbox"/> Noções de Redação | <input type="checkbox"/> Noções de Matemática Financeira |
| <input type="checkbox"/> Noções de Informática | <input type="checkbox"/> Noções de Farmácia |
| <input type="checkbox"/> Noções de Física | <input type="checkbox"/> Noções de Ecologia |
| <input type="checkbox"/> Noções de Direito | <input type="checkbox"/> Noções de Primeiros Socorros |

11. A QUAIS, DAS MATÉRIAS ABAIXO, VOCÊ NÃO TEVE NO CURSO E QUE ACHA IMPORTANTE PARA O SEU TRABALHO ATUAL?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Noções de Psicologia | <input type="checkbox"/> Noções de Sociologia |
| <input type="checkbox"/> Noções de Redação | <input type="checkbox"/> Noções de Matemática Financeira |
| <input type="checkbox"/> Noções de Informática | <input type="checkbox"/> Noções de Farmácia |
| <input type="checkbox"/> Noções de Física | <input type="checkbox"/> Noções de Ecologia |
| <input type="checkbox"/> Noções de Direito | <input type="checkbox"/> Noções de Primeiros Socorros |

12. O QUE LEVOU VOCÊ A FAZER UM CURSO DE ACD OU THD?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ganhar mais | <input type="checkbox"/> Status |
| <input type="checkbox"/> Realizar um sonho | <input type="checkbox"/> Estava desempregado (a) |
| <input type="checkbox"/> Por ter sido um curso grátis | <input type="checkbox"/> Aprender mais na área |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de onde eu trabalho (ou trabalhava na época) | |
| <input type="checkbox"/> Não sei | |

13. APÓS O CURSO, VOCÊ SE MANTÉM ATUALIZADO(A)?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

14. CASO TENHA RESPONDIDO SIM NA PERGUNTA 13, QUE TIPO DE ATUALIZAÇÃO?

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Revistas | <input type="checkbox"/> Cursos | <input type="checkbox"/> Via Internet | <input type="checkbox"/> Congresso |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|

15. ASSINALE SOMENTE O QUE VOCÊ REALMENTE APRENDEU PRIMEIRO NO CURSO E APLICA OU CONHECE NA PRÁTICA.

- Evidenciação de placa bacteriana
- Demonstração de técnicas de escovação
- Realização de escovação supervisionada

- () Orientação de uso de fio dental
- () Orientação dietética
- () Aplicação tópica de flúor em moldeiras
- () Aplicação tópica de flúor em escovas
- () Orientação de bochechos com flúor
- () Marcação de consultas – agendamento
- () Preenchimento de fichas clínicas
- () Arquivamento de prontuários
- () Legislação – responsabilidade profissional do acd e thd
- () Referência e contra-referência
- () Revelação e montagem de radiografias
- () Auxiliar o cd junto à cadeira odontológica na instrumentação
- () Promove isolamento do campo operatório
- () Manipulação de materiais odontológicos
- () Conservação e manutenção de equipamentos
- () Esterilização de instrumental
- () Conservação do instrumental
- () Afiação do instrumental
- () Uso de equipamentos de proteção individuais
- () Relacionamento paciente/profissional
- () Entrevista
- () Ética profissional
- () Técnicas pedagógicas – educação em saúde bucal
- () Atividades privativas do acd e do thd
- () Humanização/acolhimento
- () Programas de saúde
- () Sistema de saúde: atenção primária, secundária e terciária
- () Referência e contra-referência

- () Agente etiológica da cárie
- () Agente etiológico da doença gengival
- () Maus hábitos relacionados às doenças bucais
- () Sistema Único de Saúde

16. ASSINALE O QUE VOCÊ NÃO APRENDEU NO CURSO, MAS APRENDEU NA PRÁTICA.

- () Evidenciação de placa bacteriana
- () Demonstração de técnicas de escovação
- () Realização de escovação supervisionada
- () Orientação de uso de fio dental
- () Orientação dietética
- () Aplicação tópica de flúor em moldeiras
- () Aplicação tópica de flúor em escovas
- () Orientação de bochechos com flúor
- () Marcação de consultas – agendamento
- () Preenchimento de fichas clínicas
- () Arquivamento de prontuários
- () Legislação – responsabilidade profissional do acd e thd
- () Referência e contra-referência
- () Revelação e montagem de radiografias
- () Auxiliar o cd junto à cadeira odontológica na instrumentação
- () Promove isolamento do campo operatório
- () Manipulação de materiais odontológicos
- () Conservação e manutenção de equipamentos
- () Esterilização de instrumental
- () Conservação do instrumental
- () Afiação do instrumental
- () Uso de equipamentos de proteção individuais
- () Relacionamento paciente/profissional

- ()Entrevista
- ()Ética profissional
- ()Técnicas pedagógicas – educação em saúde bucal
- ()Atividades privativas do acd e do thd
- ()Humanização/acolhimento
- ()Programas de saúde
- ()Sistema de saúde: atenção primária, secundária e terciária
- ()Referência e contra-referência
- ()Agente etiológica da cárie
- ()Agente etiológico da doença gengival
- ()Maus hábitos relacionados às doenças bucais
- ()Sistema Único de Saúde

17.ASSINALE SOMENTE O QUE VOCÊ ACHA QUE TEVE DIFICULDADE EM APRENDER DURANTE O CURSO E GOSTARIA DE SABER MAIS A RESPEITO – SE FOSSE DADA UMA AULA MAIS EXPLICATIVA.

- ()Evidenciação de placa bacteriana
- ()Demonstração de técnicas de escovação
- ()Realização de escovação supervisionada
- ()Orientação de uso de fio dental
- ()Orientação dietética
- ()Aplicação tópica de flúor em moldeiras
- ()Aplicação tópica de flúor em escovas
- ()Orientação de bochechos com flúor
- ()Marcação de consultas – agendamento
- ()Preenchimento de fichas clínicas
- ()Arquivamento de prontuários
- ()Legislação – responsabilidade profissional do acd e thd
- ()Referência e contra-referência

-)Revelação e montagem de radiografias
-)Auxiliar o cd junto à cadeira odontológica na instrumentação
-)Promove isolamento do campo operatório
-)Manipulação de materiais odontológicos
-)Conservação e manutenção de equipamentos
-)Esterilização de instrumental
-)Conservação do instrumental
-)Afição do instrumental
-)Uso de equipamentos de proteção individuais
-)Relacionamento paciente/profissional
-)Entrevista
-)Ética profissional
-)Técnicas pedagógicas – educação em saúde bucal
-)Atividades privativas do acd e do thd
-)Humanização/acolhimento
-)Programas de saúde
-)Sistema de saúde: atenção primária, secundária e terciária
-)Referência e contra-referência
-)Agente etiológica da cárie
-)Agente etiológico da doença gengival
-)Maus hábitos relacionados às doenças bucais
-)Sistema Único de Saúde

18.VOCÊ APRENDEU ALGUMA COISA SOBRE COMO DESENVOLVER ATIVIDADES EDUCATIVAS NO CURSO QUE FEZ?

-)Sim)Não

19.ATUALMENTE, VOCÊ EXERCE ATIVIDADE EDUCATIVA ONDE TRABALHA?

-)Sim)Não

20.SÓ RESPONDA ESTA QUESTÃO SE RESPONDEU A QUESTÃO 19 SIM: VOCÊ TRABALHA NESSAS ATIVIDADES EDUCATIVAS?

-)Sozinho (a)
-)Sempre com um Cirurgião-Dentista
-)A maior parte do tempo com o Cirurgião-Dentista
-)Raramente com o Cirurgião-Dentista
-)Com o THD
-)Com outros profissionais da Unidade de Saúde

21.SÓ RESPONDA ESTA QUESTÃO SE RESPONDEU A QUESTÃO 19 SIM: VOCÊ PLANEJA AS ATIVIDADES EDUCATIVAS?

-)Sozinho (a)
-)Sempre com um Cirurgião-Dentista
-)A maior parte do tempo com o Cirurgião-Dentista
-)Raramente com o Cirurgião-Dentista
-)Com o THD
-)Com outros profissionais da Unidade de Saúde

22.SÓ RESPONDA ESTA QUESTÃO SE RESPONDEU A QUESTÃO 19 SIM: QUAL A MAIOR DIFICULDADE EM TRABALHAR COM ATIVIDADES EDUCATIVAS?

-)Organizar as pessoas para assistirem
-)Fazer com que as pessoas prestem atenção
-)Não ter material adequado para trabalhar
-)As pessoas querem tirar dúvidas somente com os Cirurgiões-Dentistas
-)Saber se as pessoas aprenderam realmente e vão fazer corretamente em casa
-)Não sei

23.SÓ RESPONDA ESTA QUESTÃO SE RESPONDEU A QUESTÃO 19 SIM:VOCÊ FAZ AVALIAÇÃO DO TRABALHO EDUCATIVO QUE DESENVOLVE?

-)Sim
-)Não

24. SE RESONDEU SIM NA QUESTÃO 23, RESPONDA: QUAL AVALIAÇÃO QUE VOCÊ FAZ NAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS?

- Tipo de prova
- Faço perguntas para as pessoas e elas respondem corretamente
- Quando voltam ao consultório percebo que melhoram as condições de higiene
- Visito a casa de algumas das pessoas e vejo que melhoraram seus hábitos de higiene bucal

25. SE RESPONDEU NÃO NA QUESTÃO 23, RESPONDA: VOCÊ NÃO FAZ AVALIAÇÃO POR QUÊ?

- Não dá tempo
- Nunca aprendi a fazer/ Não tenho conhecimento para fazer
- Aprendi a fazer mas acho que não precisa
- Não tenho material para fazer
- O Cirurgião-Dentista nunca pede para eu fazer
- Na Unidade de Saúde nunca ninguém fez e nem havia pensado nisso
- Faço a minha parte na Unidade de Saúde e é obrigação dos pais ou responsáveis continuarem o aprendizado em casa

26. VOCÊ AVALIA AS OUTRAS ATIVIDADES QUE EXERCE DIARIAMENTE?

- Sim
- Não

27. CASO TENHA RESPONDIDO SIM NA QUESTÃO 26, DE QUAL FORMA?

- Autocrítica
- Pergunto ao Cirurgião-Dentista
- Comparo-me com os demais colegas
- As pessoas que trabalham comigo me elogiam

28. CASO TENHA RESPONDIDO NÃO NA QUESTÃO 26, POR QUÊ?

- Não é necessário
- Não tinha pensado nisso
- É obrigação do Cirurgião-Dentista que trabalha comigo fazer a avaliação do meu trabalho

Agradecemos pela sua valiosa participação

APÊNDICE E – Carta de apresentação

Prezado (a) Profissional ACD ou THD

Sou aluno do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, nível Mestrado na área de Deontologia e Odontologia Legal da Universidade de São Paulo.

Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada COMPONENTE EDUCATIVO NA FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL DO PESSOAL AUXILIAR ODONTOLÓGICO e gostaria de contar com a sua participação.

Os profissionais que participarão (ACD ou THD) são os que foram sorteados e que trabalham no serviço público, sendo que os coordenadores gerais de Saúde Bucal estão cientes, bem como a pesquisa passou pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sendo aprovados em ambos.

Para responder ao questionário adequadamente, é necessário que você leia primeiro a ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO (a qual segue anexo). Depois do questionário respondido, remetê-lo no envelope selado (anexo) para o destinatário já preenchido, JUNTO COM UM DOS TERMOS DE CONSENTIMENTO (uma das vias) – ASSINADO, DATADO E COM O SEU NÚMERO DE R.G..

Solicito que responda no prazo máximo de uma semana após o recebimento desta correspondência, só assim terei tempo hábil para analisar as respostas.

Quaisquer dúvidas por favor entre em contato: email xxxx@usp.br ou fone para recado (11) nnnn-nnnn.

Agradeço sua participação e aguardo o mais breve possível o retorno de seu questionário respondido.

Atenciosamente,

José Miguel Tomazevic

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP

Faculdade de Odontologia
Universidade de São Paulo



PARECER nº 117/03
Protocolo 101/03


Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa "*Componente educativo na formação e atividade profissional do pessoal auxiliar em odontologia*" de responsabilidade do pesquisador José Miguel Tomazevic , sob orientação da Pro^{fa} Dr^a Maria Ercília de Araujo.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios referentes ao andamento da pesquisa em 30 de dezembro de 2003 e em 30 de junho de 2004. Ao término da pesquisa, cópia do trabalho em "cd" ou "disquete" , deve ser encaminhada a este CEP.

São Paulo, 30 de junho de 2003

Pro^{fa} Dr^a ROSA HELENA MIRANDA GRANDE
Coordenadora do CEP-FOUSP

ANEXO B – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 07 de maio de 2004.

Ofício Nº 0114/2004 – CEPSMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa “*Componente Educativo na Formação e Atividade Profissional do Pessoal Auxiliar em Odontologia*”, registro 0198/2004–CEPSMS, de autoria do(a) pesquisador(a): **JOSE MIGUEL TOMASEVIC**.

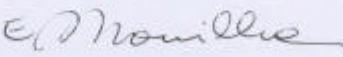
Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smcecp@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,



ELIANA DE AQUINO BONILHA
 Vice-Coordenadora do
 Comitê de Ética em Pesquisa da
 Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilmo(a). Sr(a).
 JOSÉ MIGUEL TOMAZEVIC
 Nesta

Rua General Jardim, 36 - 2º andar - Vila Buarque - São Paulo, SP - CEP: 01223-010. Telefone: (11) 3218-4043
 e-mail: smcecp@prefeitura.sp.gov.br homepage: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms/0011>

ANEXO C – Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CEP/OF.73/04

São Paulo, 24 de maio de 2004

Senhor Pesquisador

Informamos a Vossa Senhoria, que diante do Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, estamos cientes da aprovação do projeto de pesquisa intitulado "**Componente educativo na formação e atividade profissional do pessoal auxiliar em Odontologia**" de sua autoria, não havendo nenhuma oposição por parte deste CEP, com relação a sua realização.

Sendo o que se nos apresentava, valemo-nos da oportunidade para reiterar-lhe os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.


PROF.ª DR.ª ROSA HELENA MIRANDA GRANDE
COORDENADORA DO CEP/FOUSP

Ilustríssimo Senhor
José Miguel Tomazevic
Departamento de Odontologia Social