

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL E
DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO, NO BRASIL: UMA
HISTÓRIA SILENCIADA**

LUCIANE MARIA PEZZATO

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco

Co-Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Salgado Bagnato

Este exemplar corresponde à redação final
defendida por Luciane Maria Pezzato e
aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: __/__/____

Orientadora:

Comissão Julgadora:

UNICAMP, Março de 2001

**CATALOGAÇÃO NA FONTE ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP
Bibliotecário Rosemary Passos - CRB-8ª/5751**

P469p Pezzato, Luciane Maria.
O processo de formação do técnico em higiene dental e do
atendente de consultório dentário : uma história silenciada /
Luciane Maria Pezzato. -- Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Maria Inês Monteiro Cocco.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Educação.

1. Auxiliares de odontologia. 2. Ensino de segundo grau.
3. Educação e trabalho. 4. Saúde. 5. Odontologia.
I. Cocco, Maria Inês M. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

***Aos Técnicos em Higiene Dental,
Atendentes de Consultório Dentário e todos
aqueles que se encontraram nesta história.***

"Contar uma história sempre foi a arte de contá-las de novo, e ela se perde quando as histórias não são mais conservadas. Ela se perde porque ninguém mais fia ou tece enquanto ouve a história".

Walter Benjamin, O Narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov.

"O mundo esquece tanto que nem se quer dá pela falta do que esqueceu".

José Saramago, O ano da morte de Ricardo Reis.

AGRADECIMENTOS

"(...) aprendi que se depende sempre, de tanta muita diferente gente. Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas. É tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente, onde quer que a gente vá. É tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho, por mais que pense estar (...)".
Gonzaguinha, Caminhos do coração.

É muito difícil restringir os agradecimentos sem considerar que *a gente é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas*. Pessoas próximas, outras distantes, as vezes esquecidas, as vezes queridas, outras nem tanto..., mas que fazem parte do nosso mundo nos constituindo enquanto ser. Para todas essas PESSOAS do meu ontem e do meu hoje, MUITO OBRIGADA!

Há, porém, *outras tantas pessoas* que se fizeram presente de forma mais próxima nesse momento da minha vida. A estas gostaria de agradecer nominalmente.

À Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco, orientadora, professora e amiga, pela atenção e apoio dedicados, sempre disposta orientando meus estudos, trazendo bibliografias e estímulo para seguir em frente demonstrando confiança no meu trabalho;

À Profa. Dra. Maria Helena Salgado Bagnato, co-orientadora, professora e amiga, pelas leituras criteriosas cujas contribuições reflexivas foram extremamente importantes e significativas;

Aos Professores: Profa. Dra. Maria Carolina Galzerani que me apresentou o maravilhoso ensaísta Walter Benjamin envolvendo-me em suas "viagens" e memórias. E o Prof. Dr. Paulo Frazão que, com seu olhar crítico, orientou-me nas buscas históricas da Saúde Coletiva, no Brasil;

À Faculdade de Educação da UNICAMP e seus funcionários que sempre me atenderam com cordialidade;

Ao Laboratório de Pesquisa e Estudos de Práticas Educativas em Saúde (PRAESA), que me propiciou muitos momentos de estudo, discussão e crescimento

intelectual, assim como fazer algumas amizades que perduram: Maria Helena, Inês, Bete, Márcia, Eliane, Luís, Elaine e Célia;

À CAPES, pelo financiamento parcial de auxílio concedido à essa pesquisa através da Bolsa de Demanda Social;

À Prefeitura Municipal de Blumenau (SC), em especial à Secretaria Municipal de Saúde, pela licença sem vencimentos concedida para a realização do Mestrado;

Aos sujeitos entrevistados desta pesquisa que possibilitaram a tessitura desta história;

Aos meus queridos pais, Pedro e Deolinda pela dedicação e apoio em todos os momentos da minha vida, em especial neste;

Aos meus irmãos, João e Nádia, Leila, Maura e André sempre presentes fazendo-me sentir forte e amada, estimulando mais esse novo desafio;

Aos queridos familiares: Maria Tereza, Luís Eduardo, Tia Terezinha, Marcelo, Sônia e Gabriel, pelo sucesso desejado;

Aos meus tios, Celso, Vado e famílias, pelo incentivo constante;

Às amigas que fazem parte da minha família a muitos anos, Cristina, Betinha e Cibele, pelo carinho e apoio dedicados;

Aos queridos amigos, Bete Zuza, André e Isadora, Ana Claudia, Elci, Tânia e João, Bá e Perê, Flávio Campanelli e Rosani, Ioneide, Alice e Hélio, Beto Zeredo, Zita, Roseana, Bottós, Betinho, Claudia, Renato e Gilberto, pela presença marcante em diferentes momentos desta trajetória;

Aos amigos da Escola Técnica de Saúde de Blumenau, em especial: Adriana, Cristine, Judite, Márcia, e Terezinha, co-participantes, que, direta ou indiretamente se fizeram presentes nesta história;

Às alunas (os) e ex-alunas(os) da Escola Técnica de Saúde de Blumenau, pela possibilidade de aprender e exercer meu papel de professora;

Em especial ao Guilherme, meu companheiro de todas as horas, pelo amor, ternura e dedicação que me fez acreditar que não estou sozinha, "*Que não seja imortal posto que é chama, mas que seja infinito enquanto dure...*" E a nossa pequena menina que está a caminho trazendo mais luz em nossas vidas, como uma *Estrela* .

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS -----	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS -----	x
RESUMO -----	xii
ABSTRACT -----	xiii
INTRODUÇÃO -----	1
O cenário-----	4
Situando nossa problemática-----	8
CAPÍTULO - 1	
Nossos caminhos...	
1.1. Algumas escolhas-----	13
1.2. Procedimentos metodológicos para a construção da memória dos sujeitos-----	16
1.3. Construindo um olhar para essa história -----	21
1.4. Um pouco da história dos sujeitos dessa história-----	28
CAPÍTULO - 2	
Situando historicamente esses processos....	
2.1. O cenário social-----	41
2.2. O Campo da Educação e Trabalho-----	50
2.3. A Educação Profissional e a área da Saúde	
Breve histórico-----	56
Os anos 70, 80 e 90... -----	59
2.4. Situando historicamente a Saúde Bucal e seus sujeitos -----	79
CAPÍTULO - 3	
Das memórias narradas à construção de uma história aberta, inacabada...----	99

CAPÍTULO - 4**Uma abertura para outras memórias, outras histórias...----- 141****REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS----- 155****BIBLIOGRAFIA----- 169****ANEXOS**

Anexo -1 Consentimento livre e esclarecido----- 173

Anexo -2 Entrevista semi-estruturada----- 174

Anexo -3 Resoluções 185/93 e 14/2000 do CFO----- 176

Anexo -4 Relação dos Cursos de Técnico em Higiene Dental e Atendente de
Consultório Dentário, registrados pelo CFO-----177

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1-

Relação CD/THD+ACD, no Brasil, durante o período de 1985 a 2000.----- 85

TABELA 2-

Dados da População Brasileira, Censo 2000. ----- 85

TABELA 3-

Distribuição de CD, THD e ACD por região do país, em 1985.----- 91

TABELA 4-

Distribuição de CD, THD e ACD por região do país, em 2000.----- 91

GRÁFICO 1-

Percentual de CD, THD e ACD, inscritos no CFO, no período de 1985 a 2000---- 86

GRÁFICO 2-

Distribuição de Escolas que oferecem cursos de THD, de ACD e de Odontologia por região do país, em fevereiro de 2000.----- 90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ACD – Atendente de Consultório Dentário

AE - Auxiliar de Enfermagem

APD - Auxiliar de Prótese Dentária

APCD - Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas

CBE – Câmara de Educação Básica

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CD – Cirurgião Dentista

CEFOR - Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde

CFE – Conselho Federal de Educação

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CNE – Conselho Nacional de Educação

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - CNS

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL- CNSB

CRO – Conselho Regional de Odontologia

ENATESPO- Encontro Nacional de Técnicos e Administradores dos Serviços Públicos Odontológicos

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ETS - Escola Técnica de Saúde do SUS

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FSESP – Fundação de Serviço Especiais de Saúde Pública

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MBRO - Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

Mtb - Ministério do Trabalho

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAO - Pessoal Auxiliar Odontológico

PISE - Programa Integrado de Saúde Escolar

PLE - Projeto Larga Escala

PROEP - Programa de Expansão da Educação Profissional

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESC - Serviço Social do Comércio

SESI - Serviço Social da Indústria

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

TPD - Técnico em Prótese Dentária

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

Esta pesquisa propõe recuperar alguns acontecimentos da história dos processos de formação do Técnico em Higiene Dental (THD) e do Atendente de Consultório Dentário (ACD), em Instituições Públicas, a partir da década de 70, no Brasil. Foi realizado um levantamento histórico através do estudo das publicações, da documentação pertinente e do registro da memória de profissionais envolvidos nesses processos, a fim de contextualizar e problematizar a história dos processos de formação, para com isso reconstruí-la. Como referência foram utilizados os campos da Educação, da Saúde e do Trabalho. A contribuição deste trabalho é "despertar" acontecimentos adormecidos dessa história e propor diferentes possibilidades de leitura a partir de outras vozes, como propõe Walter Benjamin. Buscando, com isso, compreender o presente e questionar o saber hierarquizado existente na Odontologia para avançar nos estudos em relação à formação desses profissionais, no campo da Saúde Bucal e da Saúde.

Palavras-Chave: Pessoal Auxiliar Odontológico, Educação, Saúde Bucal, Saúde, Educação e Trabalho, Formação nível médio.

ABSTRACT

This research intended to reveal some events on the history of Dental Hygienists' and Dental Auxiliaries' Education in state public health, since 1970, in Brazil. So, a historical study was conducted using archives and the memory of dental health care professionals related to this educational process intending to critically reconstruct its history. References were taken from educational, health, and work fields. This paper intend to contribute to "rouse" some events of this history and to propose different meaning possibilities from other voices, as it has been thought by Walter Benjamim. Through this perspective, it aims to understand the present of this educational practice and to argue the hierarchically established dentistry knowledge, in order to go farther on the studies of Dental Health's Professional Education.

Key Words: Personnel Dental Auxiliaries, Educations, Health Oral, Health, Education and Work, Education Secondary.

INTRODUÇÃO

"O cronista que narra os acontecimentos, sem distinguir entre os grandes e os pequenos, leva em conta a verdade de que nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história". (BENJAMIN, 1987a:223)

Para a (re)construção da história dos processos de formação do técnico em higiene dental (THD) e do atendente de consultório dentário (ACD), no Brasil, a qual acreditamos estar adormecida nos cantos e espaços esquecidos da história da Odontologia, encontramos nas reflexões de Walter Benjamin um conjunto de idéias que nos possibilita acreditar que tudo que é historicamente rico, os grandes e pequenos acontecimentos, cabe nessa nossa história.

Tem-se consciência de que existem múltiplas possibilidades de olhares. O que procuramos fazer foi escolher um olhar que, ao longo do processo de construção desse trabalho, viesse ao encontro de algumas das nossas inquietações.

A escolha desse olhar resultou de uma sinergia em que os fatores envolvidos (memórias, história silenciada, publicações, regulamentações, inquietações com a ausência de discussão sobre o tema, visão de mundo e de homem, e outros) encaixaram-se perfeitamente ao objetivo proposto para esta pesquisa, ou seja, contar uma história silenciada contextualizando-a historicamente. Não existem explicações, apenas, de ordem teórica, racional, científica para tal escolha, mas uma forte identificação, minha, com a sensibilidade de olhar o mundo, as pessoas e para a vida, presente nas obras de Walter Benjamin.

Os personagens dessa história, o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário, são profissionais auxiliares da área Odontológica, juntamente com o técnico em prótese dentária (TPD), o auxiliar de prótese dentária (APD) e o técnico de manutenção. Estes fazem parte da categoria de pessoal auxiliar em saúde, que compõe a equipe odontológica juntamente com o cirurgião dentista, participando, de todo o processo de trabalho prestado à população.

Esta pesquisa trabalhou especificamente com a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, não pretendendo envolver as demais categorias auxiliares existentes na Odontologia.

O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário prestam serviços de saúde à população desenvolvendo atividades e tarefas consideradas de menor complexidade e necessitam de supervisão, direta ou indireta, do cirurgião dentista. Algumas dessas tarefas exigem habilidade e domínio de técnicas, que demandam capacidade de observação, juízo e decisão, envolvendo questões de responsabilidade com o ser humano e com a população e, sobretudo, ética profissional (PEZZATO,1999).

Esses trabalhadores e suas histórias de formação, fazem parte da Odontologia e conseqüentemente de sua história, na medida em que acompanham seus movimentos, avanços e retrocessos. Porém, pouco se tem publicado a respeito dessas histórias do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, e menos ainda sobre seus processos de formação.

Como aponta CARVALHO (1999:33),

Estudos sobre tais categorias devem ser incentivados, não só porque contribuem para o resgate social de ocupações historicamente relegadas a um segundo plano, apesar de constituírem parte da história das profissões, mas também pela sua representação cada vez maior dentro do mercado de trabalho em saúde.

Processos de "treinamento" desses profissionais vêm ocorrendo, no Brasil, desde a década de 50, desenvolvidos pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), pioneira em nosso país com a utilização de auxiliares nos trabalhos preventivos, bem como na formação em serviço desse pessoal.

O primeiro movimento no sentido de regulamentar a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário aconteceu, concretamente, em 1975, com o Parecer n.º460/75 do Conselho Federal de Educação (CFE), vindo atender a pressões da população em obter acesso à assistência odontológica (CFE, 1975). Esse movimento foi um desdobramento das políticas propostas para a Educação, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) n.º 5.692/71, em que a ênfase na "educação para o trabalho" era o eixo norteador (KUENZER, 1997:18). Consta nesse Parecer, um conjunto de diretrizes que cria, disciplina e regula o funcionamento de cursos destinados à formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, no Brasil.

Alguns anos depois, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), pressionado por movimentos de resistência, de grupos do campo da Odontologia com propostas contra-hegemônicas¹, em prol desses profissionais, considerou as diretrizes do Parecer n.º460/75 do Conselho Federal de Educação e regulamentou através da Decisão n.º26 de 1984, o exercício dessas profissões odontológicas. Sendo assim, os cursos de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário devem seguir a essas regulamentações, do Conselho Federal de Educação e do Conselho Federal de Odontologia, para serem aprovados e autorizados pelos Conselhos Estaduais de Educação e terem seus diplomas reconhecidos em todo território.

Ao longo dos anos algumas modificações foram feitas à Decisão n.º 26/84 adequando, cada vez mais, as atribuições do técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário, aos interesses do Conselho Federal de Odontologia.

A partir de 1996, com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação n.º 9.394/96 do MEC, têm-se mudanças significativas para o ensino profissionalizante, que é classificado como Educação Profissional. Em seguida, com o Decreto 2.208/97, o MEC cria critérios e traça diretrizes específicas para cada modalidade, em que ficam estabelecidos 3 níveis da educação profissional: o básico, o técnico e o tecnológico (BRASIL, 1997).

¹ Esse assunto será tratado com maiores detalhes no Capítulo 2 - Situando os sujeitos dessa história.

Após essa Lei, foram constituídas comissões para traçar as novas diretrizes para cada curso que compõe a Educação Profissional, nas diferentes áreas. Essas novas regulamentações, para os cursos da área da saúde, devem atender ao mesmo eixo norteador da LDB, seguindo as novas exigências postas ao mundo do trabalho, inseridas num contexto de economia globalizada (KUENZER, 2000).

O cenário ...

Este trabalho partiu do entendimento de que estamos imersos num cenário social em nosso país, em que as novas composições do mercado internacional predominam e são guiadas pelo processo de racionalização do mundo e todas as atividades aos poucos são racionalizadas, tecnificadas, homogeneizadas, sejam elas das mais diversas esferas da vida (IANNI, 1995b.).

Pode-se afirmar também que esse ideário, denominado neoliberal, traz seríssimas marcas a todas as esferas da vida e, particularmente, às novas demandas dos processos de formação dos trabalhadores e à mercantilização das ações de educação e saúde.

É um cenário guiado pela "nova ordem mundial", marcado pela extensão da miséria, do desemprego, das doenças, da opressão da população mais carente, que, cada vez mais, encontra-se excluída da possibilidade de acesso aos direitos de cidadãos. Isto porque a política atual privilegia as privatizações, em detrimento das políticas sociais, havendo, assim, um padrão de acumulação do capital baseado na revolução microeletrônica e técnico-científica (NORONHA, 1996), processo este que se consolidou no país, nos anos 90.

Hoje, o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) é um dos principais órgãos financiadores da Educação Profissional no país, o qual é um órgão estatal que reserva parte dos seus recursos à formação profissional que segue a perspectiva das necessidades do mercado. Para o financiamento de projetos de qualificação, seu principal critério é a empregabilidade, seja para o setor público ou privado. Sendo assim, o financiamento para a formação de profissionais "desqualificados" e empregados fica comprometido. Deste modo, a qualificação dos trabalhadores do

setor de serviços, como é o nosso caso, encontra-se também comprometida, pois não se enquadra nos critérios do FAT.

Há também um programa do Ministério da Saúde, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE² que vêm apresentando propostas de expansão para a formação de outras categorias auxiliares na área da saúde.

Uma outra possibilidade para a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário surgiu no final do ano 2000, com a inclusão da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Mesmo que de caráter pontual, é uma perspectiva para que esses cursos sejam retomados, e com eles o trabalho em equipe.

Especificamente, quanto à qualificação do nível médio na Odontologia, o último dado de que dispomos é o fornecido pela 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993 em Brasília, que informava existem apenas 12% desses profissionais qualificados, havendo ainda uma indefinição persistente da responsabilidade pela formação dos mesmos, se compete ao setor Saúde ou Educação.

Na LDB n.º 9.394/96, esta expressa a responsabilidade do Estado com o ensino fundamental, "*justificada pela racionalidade econômica*", descomprometendo-se com os demais níveis de ensino e com isso, ele rompe com a universalização do ensino presente na Constituição Federal de 1988 (KUENZER, 2000:23).

Na Saúde, os recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde aos Estados e Municípios, das ações de Saúde³, sejam elas individuais ou coletivas,⁴ também vêm respondendo às recomendações do Banco Mundial, "*que prioriza o*

²Este Programa é uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS). O projeto, que será desenvolvido em todo o território nacional no período de 2000 a 2003, destina-se a melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial, por meio da oferta de qualificação profissional, procurando reduzir o déficit de auxiliares de enfermagem qualificados e apoiar a dinamização do mercado de trabalho no setor saúde.

³ Entendemos que as ações de saúde integram o Sistema Único de Saúde-SUS, interagindo com as demais unidades e serviços, nele existentes e fora dele, para um bem comum, em que temos ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

⁴ Entendemos também, conforme FRAZÃO (1998:165), que "*as ações coletivas em saúde extrapolam o setor saúde, ou seja, apresentam caráter intersetorial, é necessária a articulação entre diferentes setores e organismos da sociedade e do Estado*".

financiamento de ações de promoção de saúde executadas por auxiliares menos qualificados". Com isso, entende-se que, para o Banco Mundial, não é necessário um profissional qualificado para desenvolver ações preventivas e educativas em saúde. Como na maioria das vezes, essas ações são realizadas pelo pessoal auxiliar, os municípios acabam não se preocupando em apoiar, financiar e dar suporte à qualificação desses trabalhadores (MACHADO, 1999: 111).

O Conselho Federal de Odontologia, órgão responsável pela regulação do exercício profissional da classe odontológica no Brasil, em geral, não tem apresentado movimentos que valorizem a qualificação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário. Isso porque, somente a partir de junho de 2000, há exigência de apresentação de um certificado ou diploma conferido por curso de qualificação profissional autorizados pelo Conselho Estadual de Educação, para o atendente de consultório dentário se inscrever nos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO). Antes dessa data a exigência era necessária apenas para o cirurgião dentista e o técnico em higiene dental. Para o atendente de consultório dentário, a exigência do mesmo foi prorrogada desde 1987.

Esse quadro pode indicar que, no entendimento do Conselho Federal de Odontologia, as atribuições do atendente de consultório dentário não interferem nos resultados dos serviços de saúde prestados à população, seja no setor público ou privado.

Para o técnico em higiene dental, a exigência do diploma para se inscrever nos Conselhos teve início em dezembro de 1987. Até então bastava uma carta do cirurgião dentista comprovando a experiência de um ano na função, seja para o atendente de consultório dentário, antes de junho de 2000, ou para o técnico em higiene dental, antes de dezembro de 1987.

Será que, num trabalho em equipe, não estão todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho? Ou o trabalho é individual? Qual será o entendimento de trabalho em equipe para os que priorizam o trabalho individual dentro da equipe, em detrimento do todo?

Infelizmente, o que vemos, na prática, é a valorização do trabalho individual. Na área da saúde esse fato é corroborado pelas características da formação dos

profissionais, marcada, inclusive, pelo monopólio do saber, o que implica num processo de trabalho individual, hierarquizado e fragmentado nos serviços de saúde. Na medida em que há o predomínio desse tipo de trabalho, a formação das categorias auxiliares encontra-se renegada e praticamente sem incentivo, o que propicia a manutenção da hierarquização do saber no profissional universitário. No caso, na Odontologia, o cirurgião dentista permanece com o *status* e o pessoal auxiliar odontológico marginalizado historicamente.

Na Odontologia existe outro fato que reforça o exposto, qual seja: apenas o cirurgião dentista pode votar e ser eleito para qualquer cargo no Conselho Federal de Odontologia e nos Conselhos Regionais de Odontologia.

Conseqüentemente encontra-se, ainda, uma grande parcela principalmente de atendentes de consultórios dentários, que é a grande maioria de pessoal auxiliar empregado nos serviços odontológicos, sem qualificação específica. Em detrimento disso, os mesmos continuam sendo apenas “treinados em serviço” pelo próprio cirurgião dentista, seja em sua clínica privada ou nos serviços públicos, da maneira que melhor lhe convier (PINTO, 1988 e 1993; CHAVES, 1986).

Outra questão, que julgamos relevante, é a inscrição dessas duas profissões no Ministério do Trabalho, através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 1994, que cadastra as ocupações existentes de acordo com o comportamento do mercado. Nessa classificação, consta o técnico em higiene dental e com relação ao atendente de consultório dentário encontram-se ocupações similares como: auxiliar de dentista e recepcionista de consultório médico ou dentário. Isto pode comprometer o exercício profissional dos atendentes de consultório dentário, tanto no mundo do trabalho como fora dele, afetando diretamente sua identidade profissional e seus direitos como trabalhador.

O que é certo é que não existe uma legislação para essas ocupações, apenas um projeto de lei que vem tramitando no Congresso Nacional desde 1989, aprovado em 1993 pelo mesmo, e vetado pelo Presidente da República Itamar Franco. Embora há mais de vinte e cinco anos estejam normatizados os cursos de formação e há

mais de dezesseis anos o exercício profissional ainda essas profissões não foram regulamentadas no mundo do trabalho.

Situando nossa problemática

O primeiro curso de técnico em higiene dental, no país, reconhecido pelo sistema de educação, aconteceu no Estado do Paraná, em 1984. Esses processos de formação vêm se dando de maneira lenta, os quais vêm aumentando gradativamente e em consonância com os avanços das políticas de saúde, principalmente na década de 80, com o Movimento da Reforma Sanitária, as Conferências de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Bucal⁵, as quais representaram um marco referencial para a Saúde Pública no Brasil (NARVAI, 1994).

De maneira geral, os cursos profissionalizantes foram marcados por uma divisão social e técnica entre pensar e fazer e isto ocorreu porque havia uma forte influência das concepções do campo da economia e da sociologia na relação Educação e Trabalho. Os que iriam desempenhar as funções intelectuais aprendiam o saber sobre o trabalho na escola, e os demais, que iriam desempenhar o trabalho na prática, aprendiam com o auxílio de treinamentos ou cursos profissionalizantes de curta duração, distantes da realidade dos serviços (KUENZER, 1992).

Porém, a maioria das experiências de formação dos trabalhadores do setor saúde pelo sistema educacional vinha ocorrendo através de cursos isolados, oferecidos por escolas de 2º grau regular, não atendendo às necessidades dos serviços de saúde, além dos cursos de suprimento, que ofereciam uma pseudo - preparação para os exames de suplência, sendo realizados sem compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Na busca de uma alternativa para essa realidade, surgiu, na década de 80, na área da saúde, uma proposta que trazia como pressuposto a busca de concretizar o ideário da reforma sanitária, o “Projeto Larga Escala”, cuja proposta pedagógica era qualificar os trabalhadores de nível elementar e médio, inseridos nos serviços de saúde que não possuíam qualificação específica. Esses trabalhadores

⁵ Esses avanços serão tratados no Capítulo 2- Situando historicamente esses processos.

representavam a grande maioria dos profissionais empregados nos serviços de saúde.

Nesse contexto, o “Projeto Larga Escala” traz a seguinte proposta:

Na busca de consolidar um projeto de democratização do sistema de saúde no país e alcançar os objetivos finalísticos da Reforma Sanitária : universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular, coloca-se a proposta de qualificação desses trabalhadores através de formação específica de acordo com a legislação educacional vigente (BRASIL, 1991).⁶

A implementação do projeto ocorreu descentralizadamente nos Estados, e sua execução era atribuição da rede básica de saúde e Centros Formadores ou Escolas Técnicas. O corpo docente era composto por trabalhadores com formação universitária que atuavam nos serviços, prestando assistência à população. Desta maneira, esses profissionais desempenhavam simultaneamente as tarefas de assistência e docência. Tal proposta teve grande impacto nas políticas de saúde, nos anos 80, e representa, ainda hoje, a principal via de qualificação para o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário.

Esse processo teve início na área da Enfermagem com a formação de auxiliares de enfermagem e, posteriormente, na Odontologia. Foram elaborados Guias Curriculares para cada categoria auxiliar seguindo a proposta pedagógica que a fundamenta. Assim, desencadeou-se outro processo que foi capacitar os profissionais nos níveis locais, estaduais ou municipais, para desenvolverem essa proposta de formação em serviço. Estas capacitações ainda ocorrem, dependendo das características de organização dos serviços de saúde de cada local.

A partir daí, a grande maioria das experiências de formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário de que temos conhecimento, vem ocorrendo em Escolas Técnicas e Centros Formadores públicos em todas as regiões do Brasil, respeitando suas diferentes características, de organização e

⁶ Processo educativo nos serviços de saúde - Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n° 1 OPS/OMS 1991-Brasília

funcionamento. Poucas delas foram relatadas até agora, havendo uma necessidade de estudos sobre o tema, de maneira geral.

As experiências em Instituições públicas representam uma parcela significativa desses processos de formação no país. Por esta razão as tomamos como objeto de estudo.

Certamente existam diferentes experiências, na memória do “cotidiano” dos sujeitos que, de alguma maneira, envolveram-se nesses processos de formação em diferentes locais do país para serem contadas, publicadas, discutidas, estudadas e sobretudo pesquisadas.

Como vêm se dando historicamente os processos de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário em instituições públicas, a partir da década de 70, no Brasil?

Para tanto, esta pesquisa visa recuperar alguns acontecimentos da história dos processos de formação do Técnico em Higiene Dental (THD) e do Atendente de Consultório Dentário (ACD), em instituições públicas, a partir da segunda metade dos anos 70, ou seja, a partir da 1ª regulamentação posta, a fim de contextualizar e problematizar esses acontecimentos da história e para com isso reconstruí-la. Pretende contribuir, assim, para "despertar" acontecimentos adormecidos, a fim de propor outras possibilidades de leitura dessa história a partir de outras vozes presentes ao longo do texto. Desta forma, esperamos compreender o presente e questionar o saber hierarquizado existente na Odontologia, avançando, assim, nos estudos em relação à formação desses profissionais, no campo da Saúde Bucal e da Saúde.

Essa pesquisa consta de quatro capítulos, os quais foram dispostos da seguinte maneira:

No primeiro capítulo, intitulado: "Nossos Caminhos...", explicito os caminhos escolhidos para tecer essa pesquisa, na qual optei por uma aproximação a algumas reflexões de Walter Benjamin, bem como algumas das categorias presentes em suas obras. Apresento os procedimentos metodológicos para a construção da memória dos sujeitos utilizando os recursos da História Oral para a coleta dos depoimentos. A proposta de roteiro semi-estruturado para as entrevistas possibilitou-me reconstruir

um pouco da história dos sujeitos dessa história trazendo algumas das marcas deixadas pela vida, dando-nos uma idéia da visão de mundo de cada um.

No segundo capítulo, "Situando historicamente esses processos...", apresento o cenário social presente nas últimas três décadas do século XX com o intuito de situar os sujeitos dessa história no contexto histórico que permeou esse período. Discorro sobre a relação Educação e Trabalho enquanto campo de referência para nossa temática, trazendo seu percurso histórico no Brasil, nas décadas de 70, 80 e 90. Percorro algumas propostas para a Educação Profissional na área da saúde em instituições públicas no país, nesse período, bem como suas relações com os campos da Saúde e da Saúde Bucal. Termino este capítulo situando os sujeitos dessa história e seus processos de formação, inseridos no campo da Odontologia acompanhando seus avanços e retrocessos.

No terceiro capítulo, "Das memórias narradas, à construção de uma história aberta, inacabada...", construo uma narrativa em que faço um diálogo das minhas memórias interagindo-as com as memórias de cirurgiões dentistas entrevistados que trazem em comum experiências com a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário em instituições públicas no Brasil. Essas experiências interagem também com publicações dessa temática, bem como com documentos que são referências legais nesses processos. A partir da rememoração dos sujeitos dessa pesquisa a respeito da sua história nos processos de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, pretendo trazer nesse capítulo um olhar mergulhado nas reflexões e concepções de Walter Benjamin de História e tempo histórico, das memórias, do "despertares" e da modernidade, deixando aberta a possibilidade de outros olhares, outras leituras, outras histórias, outros "despertar", outras "viagens", outros "sonhos".

E no quarto capítulo, "Uma abertura para outras memórias, outras histórias...", procuro recuperar a trajetória percorrida trazendo algumas contribuições e reflexões que se tornaram possíveis a partir de nossa opção metodológica. Deixo aberta outras possibilidades de leitura, assim como o despertar de outras histórias.

CAPÍTULO - 1

NOSSOS CAMINHOS...

1.1. Algumas escolhas

Partindo do propósito desta pesquisa exposto anteriormente, fizemos a opção por uma aproximação a algumas reflexões de Walter Benjamin para guiar nosso olhar. Algumas categorias presentes em suas obras foram escolhidas (História e Tempo histórico, Modernidade, Memória e "Despertar"); como possibilidades de (re)construção de uma história dos processos de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário no Brasil, história esta silenciada historicamente. Tais categorias serão tratadas mais detalhadamente ao longo deste capítulo.

A história que se traz é um diálogo das minhas memórias com as memórias dos cirurgiões dentistas entrevistados que trazem em comum experiência sobre a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário. Tais experiências interagem também com publicações sobre essa temática que se encontram dispersas no emaranhado de publicações dos campos da Odontologia Social e Preventiva, denominada na última década de Saúde Bucal Coletiva, e da Saúde Coletiva, bem como com documentos do Conselho Federal de Educação e do Conselho Federal de Odontologia, que são referências legais nesses processos, e ainda com as propostas de Guia Curricular para a formação do técnico em higiene

dental e do atendente de consultório dentário, do Ministério da Saúde para essa formação.

Faremos uma perspectiva histórica, recortando o período de 1970 a 2000 com o objetivo de contextualizar o cenário social presente em cada momento. Será abordada também a relação Educação e Trabalho e o campo da Saúde e da Saúde Bucal como eixos norteadores, concebendo não uma relação mecânica, mas dialética no que se refere a estes processos de formação.

Para isso, buscamos com Benjamin, "*Atravessar o passado com a intensidade de um sonho, a fim de experimentar o presente como o mundo da vigília ao qual o sonho se refere*" (BENJAMIN apud GALZERANI, 1998). E, assim, apresentaremos algumas reflexões a partir de uma "viagem" pela memória de profissionais, no caso os cirurgiões dentistas entrevistados e a autora, que tiveram alguma participação nesses processos de formação de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, em Instituições públicas brasileiras, trazendo nossos sonhos como outra possibilidade de leitura dessa história. Nessa perspectiva, as falas desses cirurgiões dentistas, assim como os artigos, são documentos históricos, ou seja, verdades relativas numa relação social entre os mesmos.

Com o intuito de darmos ênfase à produção histórica dos nossos sujeitos, optamos por trabalhar com a História Oral como recurso que nos possibilita construirmos os documentos a partir das entrevistas.

De acordo com MEIHY (1998), a História Oral tem sido utilizada principalmente quando se tem a preocupação com o registro, arquivo e análise da documentação colhida, inclusão de histórias e versões ainda não sabidas, silenciadas, esquecidas por diferentes motivos, e as interpretações próprias, variadas e não oficiais, de acontecimentos que se manifestam na sociedade contemporânea. Conforme explicitado por MEIHY (1998:13):

Como pressuposto a história oral implica na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. A presença do passado no presente imediato das pessoas é razão de ser da história oral. Nessa medida, a história oral não só oferece uma mudança para o

conceito de história, mas, mais que isso, garante sentido social à vida de depoentes e leitores que passam a entender a seqüência histórica e sentir-se parte do contexto em que vivem.

Tal pressuposto vem ao encontro do olhar de Benjamin em relação à História.

1.2. Procedimentos metodológicos para a construção da memória dos sujeitos

Do ponto de vista da História Oral, entendida como a memória dos sujeitos, a sistematização possível através da coleta de depoimentos mostra-se como alternativa para construir “*uma outra história*”, ou a “*história vista de baixo*”, como aponta MEIHY (1998:15):

“... é uma alternativa à história oficial, consagrada por expressar interpretações feitas quase sempre, com o auxílio exclusivo da documentação escrita e cartorial. (...) Assim, há uma revolução promovida pela palavra oral que deixa de ser “letra morta” e passa a ter sentido no questionamento da documentação capaz de explicar a sociedade presente. Porque dialoga com a velha concepção de que personagens históricos eram apenas grandes figuras e aqueles que deixam marcas arquivadas em espaços oficiais e oficializados, a história oral promove; juntamente com uma nova concepção de história, uma interpretação clara de que todos, cidadãos comuns, somos parte do mesmo processo.”

Para THOMPSON (1992:25), a História Oral não é necessariamente um instrumento de mudança, pois isso depende do espírito com que ela seja utilizada. Não obstante, ela pode certamente ser um meio de transformar tanto o conteúdo quanto a finalidade da história. Pode ser utilizada para alterar o enfoque da própria história e revelar novos campos de investigação. Segundo o autor, o principal mérito da história oral é que “*em muito maior amplitude do que a maioria das fontes, permite que se recrie a multiplicidade original de pontos de vista de uma realidade considerada complexa e multifacetada.*”

Para o registro da História Oral, fez-se a coleta dos depoimentos utilizando a técnica de entrevista semi-estruturada, conforme caracteriza QUEIROZ (1991). Para a autora, o depoimento é constituído pelos registros que são dirigidos diretamente pelo pesquisador de acordo com o propósito da pesquisa. Diferente da história de vida, no depoimento são coletadas informações que só interessam ao pesquisador, ou seja, aqueles conhecimentos que podem inserir-se diretamente no objetivo do trabalho.

Os depoimentos dos cirurgiões dentistas contatados e selecionados foram registrados em fita cassete, com a anuência dos mesmos. Contamos com um caderno para registro de nosso trabalho de campo, onde anotamos o contexto geral da entrevista efetuada. Diante de nossa opção teórico-metodológica, fizemos a descrição e análise dos depoimentos após revisão e consentimento dos entrevistados.

Sabe-se que a escolha por entrevistar somente cirurgiões dentistas traz à tona marcas da hierarquia presente na classe odontológica, e no campo da saúde, em geral. Procuramos, portanto, na leitura e análise dos documentos/memórias dos cirurgiões dentistas, fazer um diálogo com outras vozes que pudessem estar presentes no texto transcrito. Benjamin denomina esse diálogo de leitura "a contrapelo", ou seja, trazer à tona outras vozes a partir da leitura do entrevistado na relação com sua leitura. O autor propõe um encontro, um diálogo, a partir do presente vivido, com "outras vozes", localizadas na própria tessitura lingüística do texto, em que a pluralidade de vozes, de visões, sejam preservadas.

GALZERANI (1999:15) sugere que, assim, podemos *"recuperar as diferentes séries discursivas que se ancoram em torno de um mesmo núcleo discursivo, ou, mais do que isso, tentar identificar como algumas séries se excluem, como é produzido o seu silêncio"*.⁷

Algumas dificuldades foram encontradas para realizar essa leitura, como também fazer emergir a minha voz de cirurgiã dentista envolvida com processos de formação de pessoal auxiliar. No caso, foram trazidas algumas vozes de técnicos em higiene dental e atendentes de consultório dentário que emergiram em nossa leitura "a contrapelo", havendo uma (re)significação dessas vozes.

Para a seleção dos cirurgiões dentistas-CD entrevistados, além de considerar o quesito de ter alguma participação nesses processos de formação, buscamos contemplar diferentes características da organização desses processos em instituições públicas, quais sejam: Centro Formador Municipal, Centro Formador Estadual, Currículo Descentralizado, Regional Estadual, Universidade e Projeto

⁷ Sobre a questão do dialogismo, isto é, do jogo de vozes simultâneas num mesmo enunciado consultar: BAKHTIN, Michael. (1987); (1990) e (1992).

Larga Escala. Tomou-se também como parâmetro a disponibilidade e engajamento dos referidos profissionais com essa problemática.

Foram entrevistadas pessoas chaves que contribuíram para e com essa história. Nas vozes desses sujeitos, autores das suas histórias, encontramos conflitos, lutas, alguns sonhos despertados, envolvimento e luta pelas questões sociais. Encontramos caminhos tortuosos, truncados, interrompidos, vozes sem eco, algumas sem poder legal de decisão, porém todas lutando num campo de correlações de forças.

Salientamos que, com certeza, teríamos outros cirurgiões dentistas para entrevistar, de diversas localidades do país, assim como poderíamos entrevistar técnicos em higiene dental, atendentes de consultório dentário, pedagogos, outros profissionais. Porém, face ao exposto acima, foi feito um recorte, com base em uma escolha intencional. Levamos em conta também as questões de recursos financeiros e tempo disponíveis para finalizarmos essa pesquisa, tendo em vista o prazo final de vinte e quatro meses para conclusão da Dissertação de Mestrado.

Foram entrevistados cinco cirurgiões dentistas, sendo três mulheres e dois homens. A partir das mesmas, foram sugeridos outros cirurgiões dentistas que poderiam contribuir com o tema. Dois deles foram contatados através de telefone, informalmente, sem levar em conta o roteiro proposto para as entrevistas, apenas foi produzido um texto após essa conversa para ser remetido aos respectivos autores para aprovação. Também foi enviado aos outros cinco cirurgiões dentistas o texto transcrito das entrevistas para apreciação e possíveis modificações. Dessas remessas apenas uma, do contato telefônico, não foi devolvida e por isso descartada do nosso material, procedimentos esses condizentes com os aspectos éticos necessários para se conduzir uma pesquisa.

Os contatos para marcar as entrevistas foram por telefone ou endereço eletrônico, sendo todas aceitas e realizadas no período de fevereiro a abril de 2000. As mesmas aconteceram nos locais sugeridos pelos entrevistados, sendo duas delas em São Paulo, duas em Campinas e uma em Curitiba-PR.

Antes de iniciar a entrevista foi entregue uma carta para obtenção do "Consentimento livre e esclarecido" (**anexo-1**), a fim de assegurar os direitos ao

entrevistado e a sua autorização para utilizar o conteúdo da mesma, resguardando sua privacidade. Em seguida, entregamos um roteiro para realização da entrevista semi-estruturada com o intuito de orientação da mesma. (**Anexo-2**)

O Quadro n.º1 apresenta a conformação e características dos entrevistados de acordo com os propósitos da pesquisa. Os cirurgiões dentista (CD) estão dispostos de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

Usaremos, ao longo do texto, a sigla CD para identificar nossos sujeitos. E, para especificá-los, cada um receberá uma letra A, B, C, D, E e F.

Quadro 1- Relação caracterizada dos Cirurgiões Dentistas entrevistados

Sujeitos	CD-A	CD-B	CD-C	CD-D	CD-E	CD-F*
Graduação e Pós-Grad. "Lato-Sensu"	Cirurgião-Dentista, Cientista Social, Odontopediatra e Sanitarista	Cirurgião-Dentista, Sanitarista	Cirurgião-Dentista, Sanitarista	Cirurgião-Dentista, Sanitarista	Cirurgião-Dentista, Especialista em Odontologia Social e Preventiva	Médico e Cirurgião-Dentista, Sanitarista
Pós-Grad. "Strito Sensu"		Mestre em Educação	Mestre e Doutor em S. Pública	Mestre e Doutor em S. Pública	Mestre em Educação	Livre docente e Doutor "honoris causa"- UFRJ
Característica dos cursos THD/ACD em que atuam ou atuaram	Descentralizado e Larga Escala		CEFOR- Est., Regional Estadual e Larga Escala	CEFOR- Mun., CEFOR-Est. e Larga Escala	Universidade, CEFOR-Est., Regional Estadual e Larga Escala	FSESP
Papel que exerce ou exerceu nesses cursos	Coordenador e Professor dos cursos	Mediador de propostas para implantação dos cursos	Coordenador e Professor dos cursos	Coordenador e Professor dos cursos	Coordenador e Professor dos cursos	Coordenador de cursos
Atuação Profissional atual	Coordenador e Professor Curso / ACD	Coordenador de Saúde Bucal. Regional Est. e Prof. Curso de CD	Professor Cursos de CD e Pós Graduação	Professor Cursos de CD e Pós Graduação	Coordenador e Professor de Cursos de ACD e Prof. Pós - Graduação.	Professor de Cursos de Pós Graduação

* A entrevista com o CD-F foi realizada por contato telefônico

1.3. Construindo um olhar para essa História...

A história é objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de "agoras".
(BENJAMIN, 1987:229)

Minha "viagem" nos textos de Walter Benjamin deu-se a partir de uma palestra da Profa. Carolina Galzerani, promovida pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde - PRAESA, em abril de 1999, na Faculdade de Educação/UNICAMP. Durante a palestra pude viajar, não apenas nas reflexões benjaminianas, como também nos sentidos dados a essas reflexões, que afloravam das palavras da Profa. Carolina. Desde então, iniciei meus estudos por autores que traduziram e escreveram sobre Walter Benjamin para a partir de então ler e estudar suas obras.

De acordo com KONDER (1988:1), Walter Benjamin foi considerado por alguns "o melhor ensaísta alemão deste século", porém uma figura perturbadora que até hoje desafia as pessoas que o lêem, "a reexaminar suas convicções sedimentadas". E continua sua apresentação sobre o ensaísta dizendo:

Benjamin era um filósofo voltado para o passado, empenhado na recuperação de energias libertadoras antigas, convencido de que a solução do enigma do nosso porvir depende, de algum modo, da compreensão do nosso ponto de partida. (ibidem, p. 33)

Com isso, Benjamin cria outras possibilidades de leitura da história na relação com outras histórias, no presente com o passado e vice versa, trazendo à tona trajetórias perdidas ou com possibilidade de se perder nesse mundo consumido pelo capitalismo. Não significa dizer que

(...) o passado lança luz sobre o presente, assim como o presente sobre o passado", mas polarizar forças "num decisivo momento histórico, no qual está contida a sua história anterior e posterior: contida num explosivo estado de contenção. (KOTHE, 1985:14)

Benjamin vive as crises fundamentais do sistema capitalista, a primeira Guerra mundial e o início da segunda, dialogando com elas no interior de sua obra. Não traz

uma teoria estruturada de modernidade, mas dialoga com algumas concepções de Max Weber, concordando com a afirmação de que,

(...) a modernidade é uma grande produção da racionalidade capitalista, é a razão que cada vez mais vai tomando conta do social, vai expurgando do social o mítico, o religioso e vai na verdade produzindo uma grande gaiola de ferro, onde a liberdade do ser humano não tem lugar. (GALZERANI, 1999:3)

Além do desencantamento da racionalidade instrumental, a modernidade ao mesmo tempo produziu fantasmagorias, produziu casas de sonhos presentes nas idealizações cotidianas, nos romances, nas galerias. O luxo, os mitos, a moda, o consumo, a aparência, valores da nossa sociedade, nada mais são que fantasmagorias. Esse cenário faz aflorar cada vez mais o esfacelamento do social, o unidimensional, o qual tudo faz para escamotear a opressão/dominação (GALZERANI, 1999).

Envolvido pelas obras de Baudelaire, Benjamin caracteriza os homens urbanos - modernos como "*indivíduos ávidos para se afirmarem, numa competição feroz de todos contra todos*", guiados por critérios individualistas e amedrontados com a possibilidade de tornarem-se despersonalizados pelo fato da sociedade estar padronizando tudo e todos (KONDER, 1988:86).

As concepções de História e tempo histórico em Walter Benjamin são apresentadas no plural, na relação presente/passado, em cada movimento de ida e vinda, revisitando o passado, trazendo outros olhares para o presente, reconstruindo pegadas do passado no presente e situando esse tempo histórico na rede historicamente dada, ou seja, "*perpassa as existências individuais e coletivas, tecidas numa trama não linear, mas de lutas*" (MIRANDA, 1996:3). Ou ainda, como afirma KONDER (1988:7):

A história, tal como os homens a fazem, não é um movimento contínuo, linear: ela é marcada por rupturas e se realiza através de lances que, em princípio, poderiam sempre ter sido diferentes.

GAGNEBIN (1993) trata o conceito de história em Benjamin como uma volta a um passado indicativo:

Benjamin busca no passado os signos de uma promessa a respeito da qual ele hoje sabe se o futuro a cumpriu ou não, a respeito da qual ele se pergunta se cabe ainda ao presente realizá-la ou se esta promessa está definitivamente perdida. (...) A lembrança do passado desperta no presente o eco de um futuro perdido do qual a ação política deve, hoje, dar conta. Certamente o passado já se foi e, por isso, não pode ser reencontrado "fora do tempo" (...). (GAGNEBIN, 1993:101)

Afirma também que o autor parte da idéia de que a história é aberta, inacabada, que não pode ser interpretada apenas pela teoria "*materialista*", "*científica do progresso*" ou pelo olhar dominante; nela cabem outros olhares, sendo possível a cada um dar o seu sentido (GAGNEBIN, 1993).

BENJAMIN (1987a:224), em sua sexta "Tese Sobre o Conceito de história", aponta que:

Articular historicamente o passado não significa conhecê-lo "como ele de fato foi". Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo. Cabe ao materialismo histórico fixar uma imagem do passado, como ela se apresenta, no momento do perigo, ao sujeito histórico, sem que ele tenha consciência disso. O perigo ameaça tanto a existência da tradição como os que a recebem. Para ambos, o perigo é o mesmo: entregar-se às classes dominantes, como seu instrumento.

Nesta tese Benjamin propõe a construção de uma história que questiona o que está posto pelo sistema capitalista que nos apresenta uma "*rua de mão única*" como única possibilidade de caminho (BENJAMIN, 1987). Até que ponto nós, hoje envolvidos na história e pela história, impregnados pelos valores do capitalismo, temos consciência de nós mesmos? E do outro? E do mundo? Como poderemos tê-las se "*estamos prisioneiros do presente, ou se nós temos apenas uma relação mecânica com o futuro, achando que temos que prever o futuro, agendar o futuro, de maneira maquínica, desencantada, de maneira extremamente empobrecida (...)*" (GALZERANI 1999:5).

De acordo com GALZERANI (1999:6), inspirada nas reflexões de Benjamin, faz-se necessário *"recuperar uma relação dialogal em relação às próprias coisas ou em relação às pessoas"*.

E, seguindo o mesmo raciocínio, GAGNEBIN (1993: 58-59), afirma que

(...) um historiador materialista deve sempre se lembrar de que a imagem do passado - que é a sua imagem de passado - não pode oferecer um ponto de partida imediato à sua análise, mas que a condição prévia de todo julgamento do passado é o exame crítico da constituição histórica da representação desse passado. (...) A análise materialista não tem, portanto, de separar os autores "progressistas" dos outros, nem de operar uma escolha entre os elementos do passado que iriam "no sentido da história" e aqueles tachados de "retrógrados" ; ela deve, antes de mais nada proceder a uma releitura profundamente desconfiada da historiografia vigente.

Historicamente, a Odontologia vem aperfeiçoando sua tecnologia com relação aos materiais e equipamentos utilizados bem como, aos avanços científicos, preparando-se para a lógica imposta pelo mercado no sistema capitalista em que vivemos. Privilegia o progresso científico e técnico em detrimento do humano, deixando de lado as discussões do âmbito político-social, das questões da formação, principalmente da formação do pessoal auxiliar, dentro e fora das salas de aula, dos serviços de saúde e na maioria dos fóruns odontológicos. Não é a questão de priorizar um ou outro, mas há uma necessidade de integração das mesmas. Caso contrário corremos o risco de manter o caráter mercantilista, elitista, odontocêntrica, iatrogênica da Odontologia que predomina na sociedade.

Essa realidade interfere diretamente na formação dos profissionais, de modo que estes, em sua maioria, passam a ter uma postura política alienada. Acreditam tão somente que o progresso tecnológico, independente do seu uso, irá salvá-los desse "período de crise" pelo qual passa também a Odontologia. Continuam, desta maneira, com uma certa resistência à mudanças na estrutura historicamente dominante da Odontologia.

Nesse mundo moderno, em que impera a ideologia dos vencedores, não importando como se fizeram vencedores, há o predomínio da dominação que

significa a massificação, a homogeneização, a construção de uma linha de mando utilitário, mecanicista, que não respeita as diferenças nas pessoas, mas que desqualifica o outro (GALZERANI, 2000).

Na Odontologia encontramos essa realidade claramente presente no dia-a-dia de trabalho, na sociedade, nas universidades: é a hierarquia do saber técnico científico. O status do cirurgião dentista clínico é maior do que o status do cirurgião dentista sanitarista; assim como do cirurgião dentista e do técnico em higiene dental; do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário. O cirurgião dentista professor, se professor universitário, segue a mesma lógica; os professores das disciplinas clínicas têm mais "poder" que os das disciplinas sociais. Ser professor no nível médio está começando a despertar o interesse dos cirurgiões dentistas. No depoimento da CD-E encontramos uma fala a esse respeito: "*(...) é a questão da grana falando mais alto. Hoje um caminho para o dentista se segurar é ser professor de curso de Odontologia e enquanto eles não conseguem, estão vendo que curso de pessoal auxiliar também dá algum dinheiro*".

Entende-se, portanto, que a razão instrumental é uma das bases ideológicas dominante na classe odontológica. De acordo com PUCCI, (1995:24):

(...) é a razão no processo técnico, na operação, no saber aplicado. Reifica-se; coisifica-se. Eliminando toda dubiedade do pensar através de sua unidimensionalidade, ela se torna a ferramenta das ferramentas a serviço da produção material, da exploração do trabalho, dos trabalhadores. Seu objetivo é a reprodução do capital. O velho sonho de usar da ciência para explorar racionalmente a natureza a serviço da humanidade continua sendo um sonho. Os homens devem aprender a dominar completamente a natureza e através dela dominar os homens. Fora disso, nada conta.

A história que estamos pesquisando encontra-se imersa num contexto que tem na racionalidade instrumental sua principal característica. Essa racionalidade traz com ela um olhar armado, limitado, técnico, mercadológico, utilitarista, de um capitalismo perverso, em que a desigualdade social é sua marca registrada. Para podermos romper com essas características bem como com o caráter de linearidade dados à essa história, encontramos no conceito de "Despertar" de Benjamin uma

possibilidade, pois explora exatamente o momento em que conseguimos nos distanciar (negar), mas retornar à relação.

O "despertar" constituía uma "zona" privilegiada, na qual o sonho já não prevalecia e no entanto continuava próximo, o sujeito podia aproveitá-lo, extrair dele significações preciosas que se perderão em seguida, quando forem retomados os hábitos da vida cotidiana, reassumidas as responsabilidades, pragmaticamente organizada a consciência, para "funcionar" de maneira adequada. (BENJAMIN apud KONDER, 1988:82)

Essa é uma questão central, para Benjamin, em outras palavras, é "*o instante por excelência do desaparecimento dos limites do sujeito*". Ou seja, o despertar histórico, em que:

(...) tudo gira, quer dizer, ele contém um momento de desordem do qual a classificação temporal e os demais sistemas de ordem estão dispersados. Quando as coisas giram, elas o fazem umas em relação às outras sem formar nenhuma série, nenhuma ordem hierárquica, nenhuma conformidade. É o momento de sua autonomia soberana, em tudo distanciada do "aplicar por ordem" a razão, segundo a necessidade geométrica. (MATOS, 1993b:46)

Uma outra idéia que poderá nos orientar na (re)construção dessa história são as Mônadas, ou seja, "algumas miniaturas de sentidos", fragmento recolhido do esquecimento. Conceito este, que Benjamin toma emprestado do matemático Leibnitz, que trabalha a relação do específico com o todo, trazendo a tona todo o contexto. Tais fragmentos são privilegiados, pois "*retêm a extensão do tempo na intensidade de uma vibração de um relâmpago*" (GALZERANI, 2000:2).

A idéia de Mônada significa resumidamente que "*(...) toda idéia contém a imagem do mundo. A tarefa da apresentação da idéia não é outra coisa senão desenhar essa imagem reduzida do mundo*" (BENJAMIN, apud MATOS, 1993b:61). É na figura da Mônada que Benjamin encontra uma saída para lutar contra um passado oprimido e esquecido.

Portanto, nossa proposta de (re)construção dessa história através das minhas memórias e dos Cirurgiões Dentistas entrevistados, que tiveram alguma participação nesses processos de formação do Pessoal Auxiliar Odontológico, se apresenta como

uma possibilidade de juntar os fragmentos dessa história, espalhados como retalhos de tecido de "patchwork", aguardando ser lhes dada uma outra leitura para outras histórias, no intuito de emergir sentidos, até então adormecidos pelo passar dos anos, na memória. É como se puxasse um fio da memória, trazendo lembranças que trazem outras lembranças que trazem outras..., voluntárias e involuntárias, lembranças não programadas, como uma sensibilidade historicamente dada, por exemplo ao sentir um cheiro, um gosto, etc. Memória relacionada aos sentidos...

A "memória", para Benjamin, é uma "viagem" no tempo, até as impressões matinais da pessoa humana, com direito de ida e volta. (...)

A memória é uma tessitura feita a partir do presente, é o presente que nos empurra em relação ao passado, uma "viagem" imperdível, uma "viagem" necessária, uma "viagem" fundamental, para que a gente possa trazer à tona os encadeamentos da nossa história, da nossa vida, ou da vida do outro. (GALZERANI, 1999:8)

O sentido dessa história só será possível no olhar do outro, na relação com outras histórias, em que ninguém tem a posse da verdade, a qual é relativa, pois circula, possui um movimento de sentidos, sentidos estes produzidos pela linguagem. Para Benjamin, a linguagem não é apenas expressão de pensamento, na medida em que ela produz sentido também. Para o autor, todos somos historiadores, produzimos histórias, pois todos produzimos memória (GALZERANI, 2000).

1.4. Um pouco da história dos sujeitos dessa história

Somos o que somos. E este ser é construído desde o momento em que respiramos pela primeira vez (para alguns, até antes) e, aos poucos, nos percebemos como pessoa. De cada ciclo da vida ficam as marcas, bagagem de cada um, que nos tornam únicos. Marcas as vezes inconscientes, às vezes claras. Todas indelévels, influenciando o destino de cada um.

(Marta Suplicy, 1995)

Nossas entrevistas foram iniciadas com questões que trouxeram um pouco da história dos cirurgiões dentistas entrevistados, das marcas deixadas pela vida que, de alguma forma, os aproximam entre si, dando-nos uma idéia da visão de mundo de cada um. Tomando como base a minha história, senti a importância desse primeiro momento.

Graduei-me, durante a segunda metade da década de 80 numa cidade do interior paulista, na qual não havia debates políticos em nosso Diretório Acadêmico, nem mesmo espaço para eles. O que mais havia eram festas. Nosso Curso era tido como um dos melhores do país. Hoje sei o que isso significava. Ele trazia as características da Odontologia tradicional, ou seja, seguia o paradigma científico, como a maioria dos cursos de graduação na área da saúde, com um modelo de formação flexneriano⁸ de ensino, o qual fragmenta o homem em partes, em especialidades, privilegiando os conhecimentos técnicos, biologicistas, o trabalho clínico individual. O resultado disso é um curso eminentemente técnico, em que as discussões no campo social eram um mero apêndice. De forma sucinta, estas foram as características da minha graduação. A perspectiva atribuída ao curso causava-me certo incômodo, pois sentia que me faltava algo, mas não tinha clareza do que era.

⁸ O modelo de ensino flexneriano procurou implantar no ensino médico as exigências do paradigma científico que influenciou todas as áreas do conhecimento nos EUA no fim do século XIX. De acordo com MARSIGLIA (1998:177), neste modelo “(...) difundiu-se a idéia de que a ciência poderia resolver qualquer problema, e negou-se a idéia de causalidade social da doença. As aspectos preventivos e de promoção da saúde foram relegados a segundo plano, 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”.

Hoje consigo perceber que faltava uma dimensão política, social e pedagógica na formação do dentista.

Alguns anos depois, fazendo a especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, pude ter mais clareza das inquietações que me acompanharam no decorrer da graduação. Foi nesse momento que entrei em contato com as discussões que vinham acontecendo há alguns anos, no campo da Saúde Coletiva, sobre o processo de democratização da saúde no país, como o Movimento da Reforma Sanitária, as Conferências Nacionais de Saúde, as Conferências de Saúde Bucal, suas conquistas e dificuldades. Cheguei até a sentir uma ponta de revolta, pois estes acontecimentos ocorreram durante o período da minha graduação e eu, juntamente com meus colegas de curso, ficamos de fora. Pude perceber, então, com mais nitidez o que faltara na minha formação, como profissional de saúde, cirurgiã dentista e cidadã.

Na década de 80, a Odontologia já vinha passando por uma fase de crise, assim como todo o país, imerso numa profunda crise econômica, marcada por um novo modo de regulação das relações entre o Estado e a sociedade civil. Apesar disso, na Faculdade não havia nenhuma discussão sobre o cenário social em que vivíamos. Até então, aprendíamos como montar um ótimo consultório particular e qual a melhor localização para ele, escolher uma especialização, quais os melhores equipamentos, tudo isso para desenvolver a melhor Odontologia no mercado privado. Ou seja, oferecer o que havia de mais atual nas técnicas, equipamentos e materiais odontológicos. E, é claro, com um serviço voltado para uma pequena parcela da população, que poderia pagar por este tipo de atendimento.

Diante deste cenário as oportunidades de trabalho eram poucas. Devido à redução do papel do Estado nas políticas sociais, também houve uma diminuição de concursos públicos. Não havia muitas opções no mercado de trabalho.

Em agosto de 1989, aceitei a proposta de trabalhar em Blumenau-SC, como cirurgiã dentista de um Banco privado. Os serviços odontológicos oferecidos aos funcionários desta instituição foram acompanhando os rumos da economia do país e passaram a ser terceirizados, no início dos anos 90. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, como a distância da família, dos amigos, as diferentes características da cidade, comecei a me adaptar a essa nova fase de minha vida.

Naquela época, o campo de trabalho para os cirurgiões dentistas em Blumenau era grande, comparado com aquele oferecido em São Paulo. Havia apenas uma Faculdade de Odontologia em todo o Estado de Santa Catarina e, com isso, era comum encontrar dentistas, migrantes de outros Estados, como eu.

Em 1992, fui aprovada no concurso público para o cargo de cirurgião dentista da rede básica de saúde do município de Blumenau-SC e aceitei o convite para ser professora do Curso Técnico em Higiene Dental, o qual estava iniciando a primeira turma, naquele mesmo ano. Esse novo trabalho marcou o início de uma nova fase da minha vida. De certo modo, esse foi um acontecimento fundamental para a trajetória que me trouxe até aqui.

Desde que iniciei meu trabalho com a formação de técnico em higiene dental, percebi, instintivamente, que estava adentrando num campo até então encoberto da Odontologia. Porque não havia pensado sobre isso antes? Porque não estudamos sobre o pessoal auxiliar e sua formação durante a graduação? Pelo menos algumas informações básicas, mas nem isso tivemos. E diziam que eu estava numa das melhores faculdades de Odontologia do país. Esse silêncio causava, em mim, mais vontade de pesquisar esse assunto. Mas nada estava claro para mim, nem mesmo esse silêncio.

Não é fácil conseguir distanciar-se ou romper com algumas marcas como:

- Uma formação básica (1.º e 2.º graus) pública, sem estímulo à criticidade;
- Uma graduação fundamentalmente técnica;
- Um cenário cultural empobrecido pelos anos da ditadura militar e demais governos que se seguiram;
- Uma realidade econômica nacional em declínio - final dos anos 80;
- O fortalecimento da tecnologia, da técnica, do fazer, do individual em detrimento do homem, do social, do pensar; do coletivo;

*(...) Aprendi que se depende sempre
De tanta muita diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas. (...)*

(Gonzaguinha, "Caminhos do Coração")

Por sua vez, os cirurgiões dentistas, sujeitos dessa história, trouxeram histórias riquíssimas de suas histórias de vida, passagem pela Universidade, envolvimento com movimentos sociais e/ou estudantis, experiências profissionais, trajetórias em outras áreas do conhecimento, e muitas marcas deixadas por essas histórias.

A CD-A fez sua graduação na USP, em São Paulo, na década de 50 e trouxe em sua entrevista algumas inquietações que a acompanham até hoje.

"(...) Tinha uma preocupação muito grande com as questões sociais e humanas e a graduação foi muito decepcionante nesse aspecto, e eu sentia uma falta muito grande, ficou uma lacuna, uma insatisfação. Mesmo o diretório acadêmico da faculdade era muito elitista, muito voltado para a formação técnica, não tinha preocupação social nenhuma. (...)". (CD-A)

Naquela época o curso de Odontologia era de 3 anos, super intensivo e a CD-A foi convidada para ser monitora na disciplina de Fisiologia, mas não aceitou, casou-se e veio para Campinas.

"(...) Na verdade eu entrei na faculdade aos 17 anos e não sabia nem o que queria da vida, era boa aluna só isso, então fiz Odontopediatria. Logo após me formar, trabalhei um pouco no consultório particular fazendo só odontopediatria. (...) Depois fiz um concurso para o Estado, para Dentista de atendimento e assistência ao escolar da Secretaria de Educação. Entrei e comecei a trabalhar em escola, e foi uma coisa interessante, porque eu me identificava muito e mesmo assim tive muita frustração, porque eu achava tudo muito errado, independente da estrutura de trabalho em si, o sistema incremental, a alienação dos dentistas, as reuniões mensais com os dentistas, eu ficava doente de ver aquelas pessoas, ninguém se interessava por nada, não existia vontade de se entrosar com a escola. Quanto ao trabalho educativo, não existia quase nada disso, poucos, apenas alguns, e o serviço não estava preocupado com isso, e eu fiquei muito tempo muito infeliz. (...)". (CD-A)

Os anos de governo militar trouxeram algumas implicações na vida da CD-A,

" (...) foi uma época politicamente muito conturbada e nós saímos do país, meu marido em 64 conseguiu uma bolsa, e eu consegui uma bolsa do governo Francês e Holandês e fiquei quase 2 anos fora. Quando voltei (...) comecei a dar aula de Francês, fiz algumas matérias na teoria literária no IEL/UNICAMP, fiz 24 créditos, na época se eu quisesse poderia revalidar os créditos para o mestrado, mas desisti, achei uma

coisa muito abstrata demais, muito teórica, a minha vida inteirinha sempre oscilou assim, prática-teoria-prática-teoria. (...). Aí eu fui fazer Ciências Sociais, fiz a graduação e optei por sociologia, quando terminei me perguntei: e agora o quê que eu vou fazer da vida? e fiz Saúde Pública para juntar a Odontologia com as Ciências Sociais, gostei muito e quando terminei o curso fui designada Sanitarista do Departamento de Assistência ao Escolar. (...) Fique até 1991 quando a Secretaria Municipal de Campinas me convidou para trabalhar no Projeto Larga Escala, na formação do pessoal THD e ACD, porque o Projeto de Auxiliar de Enfermagem já estava sendo desenvolvido. (...)" (CD-A)

A CD-B fez a graduação também na década de 50, na Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

"(...) Fui formada no paradigma da Odontologia tradicional, flexneriana, portanto fui formada para ser especialista, para ter condutas individualistas sem me preocupar com o coletivo. Eu jamais me conformei com tal situação (hoje é muito mais fácil, hoje existem muitas pessoas repensando educação), mas naquela época era uma coisa muito difícil, porque não havia nenhum tipo de entendimento, mesmo por parte dos meus colegas da classe odontológica. (...) desde aqueles primeiros momentos, tinha convicção de que poderia estar caminhando por um outro lado da Odontologia que era tão válida quanto a outra e que eu poderia me realizar. Se eu tenho algum tipo de valor, todo ser humano tem um tipo de valor, considero minha persistência, porque se eu me formei em 1958, estou com 42 anos de formada, se hoje ainda é difícil falar de Odontologia Coletiva, imagine como era na época? (...)" (CD-B)

A CD-B refere não ter se envolvido em nenhum movimento político-social,

"(...) eu digo para você, porque, na época da minha formação profissional a gente tinha um preconceito muito grande com a política, um preconceito próprio da mocidade que observava que muitas delas eram desonestas, como a gente vê muito ainda hoje. Então pessoalmente, tive muito receio de estar fazendo, participando de movimentos sociais, e a minha própria família tinha preconceito, (...). Isso interferiu muito, e hoje eu imagino o seguinte: me sinto mal de não ter participado da política. Na verdade uma das coisas que me faltou é ter feito uma política boa. Hoje eu sei que se a gente não entra na política a gente não pode fazer promoção de saúde. (...). Diversas vezes, os políticos da Odontologia da época, um grupo que lutava contra a hegemonia presente e me sinalizava para entrar, foram à minha procura e eu recusei. Não posso afirmar, talvez eu persisti até hoje por não ter entrado na política, eu tenho dúvida, mas eu acho que era importante e me faltou, foi assim um vácuo. (...)" (CD-B)

A CD-B teve uma vida acadêmica profissional, como profissional liberal, muito rápida, porque não se encaixava nesse modelo. Naquela época o que importava era ter um consultório particular,

"(...) É ainda continua assim. (...) Tinha mês que eu pedia dinheiro para meu pai para pagar o protético. Quando vi que estava fazendo isso, percebi que alguma coisa estava errada. E foi assim que eu fui procurar emprego público e em 1963 entrei no serviço dentário escolar. Trabalhei 1 ano em Itu e depois vim para Campinas. Trabalhei 6 anos e aí eu me encontrei, (...) eu achava que ali estava o caminho para ajudar e fazer alguma coisa pela profissão. Nesse momento descobri que havia um caminho na área de Odontologia que eu poderia me satisfazer e contribuir efetivamente. A partir daí eu comecei realmente a me interessar pela Odontologia Social e Preventiva e, em 1967, fiz o curso de Pós-graduação para Dentista Sanitarista na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, na USP em São Paulo. O curso na época, hoje eu sei que ele é diferente, era comandado pelo Prof. Alfredo Viegas, era um curso importado dos Estados Unidos, então a gente aprendeu muitas coisas importantes, que abriram a cabeça, e eu fiquei muito feliz em realizá-lo. Quando eu saí eu percebi que teria que ir atrás da Odontologia para brasileiros. (...) Quando fiz o curso, com as restrições que eu já fiz, começou a minha trajetória firme na Odontologia Social, e hoje, eu também acho como muita gente, que se tenho algum mérito, é ter sido persistente. Hoje sinto uma alegria imensa por diversas razões de ver tudo aquilo que me era intuitivo, eu percebo que existe fundamentação teórica e que eu estava certa, como estavam certos também aqueles que se dedicavam à especialização. Desde aquele tempo, assim pensava e continuo a pensar, não quero saber de outro caminho. (...)" (CD-B)

O CD-C fez a graduação no início da década de 80, transitando também por outras áreas, complementando assim sua formação, como na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Escola de Comunicação e Artes e pelo Instituto de Psicologia. Mas houve experiências "fora dos muros da USP", como o

"(...) envolvimento com movimento estudantil, com movimentos sociais, eu acho uma coisa legal colocar o MBRO- Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica, que tinha até uma extensão no Estado, (...). O período entre 1977 a 1987 foi bem de lutas nesses bastidores das coisas, nessa época, eu me formei em 1985, a gente já estava envolvido com o MBRO, e estava envolvido também com outras coisas, (...)" (CD-C)

Em 1985 o CD-C se forma e em 1987 vai trabalhar no Embu, após ter feito o curso do Ceron na Venezuela,

"(...) um curso, cujo, coordenador chama-se Benjamin Gomes Herrera. De alguma maneira ele aplicou alguns princípios, alguns conhecimentos nessa área de utilização de pessoal auxiliar odontológico, que era uma coisa que vinha sendo desenvolvida nos EUA desde os anos 40-50, já tinha publicações sobre isso. (...) esse professor que é um colombiano, tentou iniciar a utilização de pessoal auxiliar na Colômbia e teve muitas dificuldades e acabou indo para a Venezuela e lá ele acabou encontrando condições mais favoráveis para começar a desenvolver a aplicação de todo esse conhecimento numa clínica particular. Ele era odontopediatra e tinha uma clínica particular, então começou a utilizar o PAO numa clínica privada. Depois que a clínica já estava mais desenvolvida, tinha uma certa organização, ele começou a receber recursos de organizações internacionais, principalmente a OPAS, (...) e teve um grupo aqui no Brasil, (...) um pessoal que vinha já dos Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia -ECEO, que também representou um outro espaço importante na discussão disso, e por conta desse interesse que nós tínhamos aqui em São Paulo, a gente organizou um grupo, de 3 CD de São Paulo, mais uma de Minas Gerais e uma colega de Curitiba, e fomos em 5, lá para a Venezuela e ficamos 2 meses fazendo estágio na Clínica dele, (...) tudo num trabalho em equipe. Na época tinha quase 70 funcionários, cerca de 50 auxiliares, 5 ou 6 dentistas, era uma clínica bem distribuída, inclusive o Benjamin veio aqui em São Paulo, em 93 ou 94, a Secretaria de Estado chamou para dar um curso para todos os coordenadores regionais da secretaria, para o pessoal ter uma idéia de como pode ser o desenvolvimento de um trabalho em equipe. Então, em 87 eu sou convidado a participar de um processo seletivo lá do Embu, e acabo entrando, e fazendo esse trabalho na Secretaria Municipal de Embu, já numa clínica modular. As pessoas me chamaram justamente para aplicar os conhecimentos desse curso aqui, e aí eu fui trabalhar lá, motivado, estimulado por esse grupo de dentistas que havia no Embu, que era um grupo muito interessado em pessoal auxiliar, (...)". (CD-C)

O CD-D formou-se na Universidade Federal do Paraná, em Curitiba na década de 70, e hoje é docente numa Universidade pública do Estado de São Paulo.

" (...) essa primeira pergunta me faz pensar sobre como é que eu vim parar aqui, como é que foi essa minha trajetória e eu me vejo assim, exercendo minha função, ou exercendo funções dentro do que eu considero atividade profissional, de dentista, para as quais eu nunca fiz projeto, eu nunca tive pretensão de ser professor universitário, (...), eu acabei vindo para São Paulo, me inserindo aqui, casualmente, (...), a minha opção primeira, o que me envolve, o que me motiva é o serviço mesmo, o serviço de saúde, o serviço odontológico. (...) quando eu entrei em Odontologia, (...) eu tinha uma enorme influência de um exercício liberal, porque a imagem que eu tinha de um trabalho odontológico era o

que eu via do trabalho de dentistas na sociedade. Então eu imaginava essa coisa de alguém que é autônomo, que num certo sentido faz o seu horário de trabalho, (...) ter uma profissão que eu pudesse ganhar o suficiente para viver dignamente, não ter patrão, porque eu trabalho desde os 12-13 anos de idade e sabia bem o que significava ter patrão, (...). Mas já no 1º ano da escola comecei a me envolver com movimento estudantil e comecei a sacar que eu queria mexer mesmo com alguma coisa que eu não sabia bem o que era, mas que não era ter uma consultório particular e atender pessoas, (...). Mais ou menos na metade do curso, eu tinha bem claro que eu ia me formar, não ia montar consultório particular, não queria ter uma relação profissional que envolvesse essa coisa das pessoas me pagarem diretamente, eu queria outra coisa, e claro que isso não estava muito claro. Essa coisa que eu queria passava também pela clínica, eu sentia que não era uma coisa de não gostar da clínica, de não gostar dos procedimentos clínicos cirúrgicos, eu até gostava, estudava, me interessava muito, me interessava ainda. (...)" (CD-D)

De passagem por São Paulo, surgiu-lhe uma importante oportunidade de trabalho na Unidade Integrada de Cotia, principalmente por ter esse perfil profissional e disponibilidade de dedicação em tempo integral neste local. E foi nesse trabalho que começou também a

"(...) fazer um trabalho em escolas, atendendo crianças de escolas e tudo mais, em termos de assistência curativa, e ao mesmo tempo na minha participação no SIAME- Sistema Integrado de Assistência Médica ao Escolar, eu comecei a ser solicitado para desenvolver ações educativas e preventivas, e tal e ali eu vivi várias situações de desenvolvimento de ações educativas, (...) Isso foi no final do anos 70 começo de 80, eu comecei lá no início de 79 e fiquei lá até 83, (...), eu mesmo ia às escolas, não tinha auxiliar para fazer isso, (...) Bom, o desenvolvimento dessas atividades fizeram com que eu entrasse de cabeça na questão dos serviços públicos, das dificuldades dos serviços públicos odontológicos e tudo mais. (...)" (CD-D)

Esse trabalho fez emergir para o CD-D a sensação de que havia algo "errado", de que havia certas atividades, que ele vinha fazendo sozinho, poderiam ser desenvolvidas por auxiliares,

"(...) e começava a me dar conta de que um dia um professor lá na faculdade falou dessa coisa de auxiliares, mas porque que não tem? Se ele falou, se eu estou sentindo aqui que multiplicaria, aumentaria muito a minha possibilidade de trabalho, aquela coisa toda, e porque que não

tem? Então começava essas inquietações, (...) e comecei achar que eu precisava estudar, que embora tivesse tido minha formação em Odontologia, que isso não bastava para eu resolver e lidar adequadamente com problemas que eu começava a enfrentar no meu cotidiano de trabalho, (...) eu sentia que o serviço tinha que mudar, as coisas teriam que ser diferentes e tal. Com isso, comecei a ter contato com outros profissionais, trabalhando em outros lugares e comecei a perceber que algumas dificuldades que eu sentia não eram só minhas, e a gente começa a fazer a relação entre as coisas e começando assim, a frequentar Congressos de Saúde Pública, onde apareciam as questões odontológicas em alguns momentos, (...) e eu me dei conta de que tinha outras pessoas fazendo coisas mais ou menos parecidas com as que eu estava querendo fazer (...), uma dessas dificuldades era a questão de pessoal auxiliar odontológico, e a questão do trabalho em equipe e coisas assim. Foi um pouco assim que eu comecei a me ocupar, a ter certas preocupações. (...)" (CD-D)

Seu envolvimento com movimento estudantil foi intenso...

"(...) entrei na Universidade em 74, e de 72 a 74 foi o auge do buraco negro, acho que foi o período mais escuro da ditadura militar. Os períodos mais duros foram os anteriores, 69, 70, 71, o auge da repressão, sempre teve repressão o tempo todo, mas esses foram momentos extremos. Eu sentia que até 68, 69, 70 mesmo 71, havia ainda um fôlego na Universidade, hoje para mim isso é bem claro, uma capacidade de resistir, de professores, de estudantes e tudo mais, mas assim, 71 apagou tudo mesmo, foi destruição da UNE, completa repressão a tudo, havia o Decreto 477, o famigerado que ameaçava de exclusão, de jubilação, estudantes tidos como subversivos, inconvenientes coisas desse tipo, o Decreto na verdade, até aonde a gente sabe, o próprio ex-ministro Jarbas Passarinho admite isso, foi pouco utilizado, sei lá, não chegou a ser utilizado 10 vezes, mas o fato é que ele existia e ele era uma ameaça, e que reitores e diretores de unidades brandiam para cima dos estudantes, usavam politicamente isso e, combinando com a repressão a todos os movimentos sociais, fez com que, quando eu entrei na Universidade, eu tivesse encontrado tudo destruído, o Centro Acadêmico fechado pela ditadura, tinha sido criado artificialmente um Diretório Acadêmico, reunindo uma série de categorias, de carreiras e foi, a partir do Diretório Acadêmico, que era um espaço, de alguma maneira de aglutinação, mas que já se esvaziava de vitalidade política, de discussões relevantes. Eu fiquei na Universidade entre 74 e 78, julho de 78, um período muitíssimo difícil, tudo era proibido de discutir. Para você ter uma idéia, a gente não podia discutir Epidemiologia de cárie livremente na nossa formação, então havia um temor generalizado, não podia discutir livremente nada, todo mundo tinha medo de todo mundo, a gente sabia que tinha policiais infiltrados nos cursos, nas salas de aula, (...) eu nem vou me deter nisso,

mas era uma coisa muito ruim, havia um cenário assim de paz de cemitérios e você destoar dessa paz dos cemitérios, criava problemas, (...)". (CD-D)

Toda essa experiência deixou marcas tanto no campo pessoal como na formação do CD-D. Com relação a essas marcas, ele afirma que a universidade

"(...) contribuiu muito pouco para a minha formação política, que se deu em umas organizações políticas clandestinas, e coisas assim, (...). Só foi possível isso também porque eu estava na Universidade, (...), sou marcado por essas vivências e experiências todas e claro ao longo do tempo a gente vai consolidando alguns valores, algumas posturas, alguns posicionamentos perante as coisas da vida, do mundo e tal. (...) Eu me vejo assim, muito claramente, como um produto desse processo todo, (...). Eu tenho que fazer uma referência que eu acho até relevante, eu tinha essa coisa de ter participação em movimento estudantil, tinha uma certa preocupação política, conforme eu mencionei, mas foi importante na minha formação ter tido um professor de Odontologia Preventiva e Social, que foi o Léo Krieger, que demonstrava pela sua prática como professor, e sua prática clínica. O Léo sempre teve consultório, tem ainda hoje, demonstrava sensibilidade pelos problemas dessa grande maioria da população e reconhecia nisso um problema, eu não via isso na maioria dos professores da minha escola (...), e o Léo eu percebia que havia um olhar diferente ali e eu acho que ter sido aluno do Léo Krieger é uma coisa relevante, fez diferença, se eu tivesse sido aluno de algum outro professor poderia ter acontecido ao contrário, ao invés de aumentar a minha sensibilidade para os problemas dessa área, eu poderia ter sido afastado deles, (...)". (CD-D)

A CD-E fez o Curso de Odontologia na Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, no início da década de 70. Assim como o CD-D, também faz referência ao Prof. Léo Krieger, destacando seu importante papel na formação de cirurgiões dentistas com uma visão ampliada da Odontologia:

"Eu resolvi fazer Odontologia ainda estava no ginásio, estudava no colégio Estadual do Paraná e minha mãe trabalhava no antigo IAPB, depois veio a ser o INPS. Existia o serviço odontológico lá e eu ajudava ela, ela era zeladora, servia cafezinho e eu ia junto, não tinha auxiliar e eu acabava fazendo algumas coisas. No ginásio, a gente tinha que optar o que a gente queria fazer, sou do tempo do Primário, Ginásio e Científico, e como eu era filha de uma doméstica ou no máximo de uma zeladora de Instituto, todo mundo achava que eu devia fazer o magistério, na época chamava-se Normal ou um curso de corte e costura na Escola Técnica,

mas eu não queria isso, eu queria fazer científico. (...) eu ia fazer Odontologia. Fiz o vestibular para Odontologia, passei em quarto lugar, (...) isso foi uma vitória muito grande e aí comecei estudar e trabalhar e tentar conciliar isso. (...). Quando estava do segundo para o terceiro ano da faculdade, (...), eu queria desistir, (...). Aí no ano seguinte eu tive aula de Odontologia Social e Preventiva, tive dois professores formidáveis, um era médico - o Prof. Alcione, catedrático e o Prof. Leo Kriger CD-sanitarista, que formaram muita gente, hoje acredito que talvez esteja na saúde pública seja em função de ter sido aluno deles, e eu tenho uma admiração muito grande por ele, e essa questão fez com que eu visse um outro lado da Odontologia, tanto é que no ano seguinte fui ser monitora de Odontologia social preventiva e me formei fui trabalhar num município, no município de Joinvile-SC. (...)" (CD-E)

Seu envolvimento com o movimento estudantil deu-se no início de 1972 e, a partir daí, pôde ampliar seus horizontes para além do Curso de Odontologia:

"(...) eu pude ler uma série de coisas diferentes e ver um outro lado, um outro mundo. Abriu uma janela muito grande na minha vida. Aí eu me formei e fui trabalhar em Joinvile e, como primeira dentista do município, tive que montar o programa, tive sérias dificuldades de ficar na cidade (...), dificuldades em implantar meu serviço, era muito elitista, (...)" (CD-E)

Em Joinvile a CD-E viveu sua primeira experiência profissional em que se deparou com o preconceito de gênero e raça, conforme relata:

"(...), em 77 eu fui chefiar a divisão de saúde, não tinha Odontologia, e tinha os ambulatórios nos bairros, mas só com atendente e nesse ano foi implantado o serviço médico Então isso era um absurdo na cidade: primeiro a Secretária era Assistente Social, (...), e isso era um absurdo na cidade, médico tendo como superior uma Assistente Social e a chefia de divisão pior ainda, porque tinha uma dentista, que até então era cargos para médico, e mulher, porque isso também era outro detalhe complicado e o terceiro complicador (...), mulher e negra, então isso foi muito complicado eu trabalhar com essa questão preconceitual. (...). Mas considero esse tempo que eu tive ali, como minha grande escola, eu tive uma sorte que muitos colegas não tiveram, que é recém formada ter que tratar com as questões além da boca, (...)" (CD-E)

Uma outra experiência importante da CD-E foi participar, tanto em Curitiba como em Joinvile, da "Escola dos Ministérios", uma atividade da Igreja católica para leigos. Com isso pôde também perceber e sentir a força e a função de uma

comunidade organizada. De acordo com seu depoimento, na década de 70, em Joinvile, começou

"(...) a trabalhar com grupos de mulheres, (...), que trabalhavam com a saúde, que era a pastoral da saúde, então eu vi que quanto mais pobre, mas difícil a vida, mais solidários são. Então as pessoas precisavam tomar uma injeção, fazer um curativo, e não tinha quem fizesse, então eles pediram para o Padre montar um ambulatoriozinho, e esse pessoal prestava esse serviço, então cada dia ficavam duas pessoas lá de plantão e eu comecei a fazer esses plantões e começamos a discutir, até que o bairro teve médico, a prefeitura assumiu algumas coisas. Então esse trabalho foi muito importante, (...), por exemplo houve uma época um grande encontro da pastoral operária e o padre resolveu que quando a gente fazia a Escola dos Ministérios a gente comia lá. Então um grupo de mulheres fazia comida, e já fazia os pratos prontos, e era uma comida muito gostosa, era arroz, frango frito e elas faziam uma salada de pimentão repolho e tomate bem miudinho, e aquilo tem um gosto que eu posso comer em qualquer canto do mundo que jamais vai ter aquele gosto, porque tem o gosto da situação sentimental, e para eles também isso era importante. (...) Então esse movimento me mostrou que, quando a gente quer, e uni-se a quem quer, porque sozinho a gente não consegue as coisas, (...), e tem um grupo que acredita, fica mais forte e a gente consegue. Então isso foi a minha grande formação, minha vida profissional, o que eu sou, foi formado no trabalho, claro que na Escola, muito mais no trabalho e com essa convivência com o movimento social, eu acho que eu tenho boas lembranças, tenho boas recordações. Joinvile foi minha especialização, meu mestrado, meu doutorado, pós-doutorado, não vim com o certificado debaixo do braço, mas vim com uma experiência de vida muito importante. (...)". (CD-E)

Esses são os sujeitos dessa história, construída pelo despertar das memórias, das experiências vividas e de outras leituras realizadas nesse percurso.

CAPÍTULO - 2

SITUANDO HISTORICAMENTE ESSES PROCESSOS...

Os processos de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário no Brasil, assim como todo processo, possuem uma cadeia de relações que os constitui, num determinado período histórico.

Buscamos articular o cenário social dos anos 70, 80 e 90, em que essa história é tecida, com as relações existentes entre a educação e o trabalho e estas com a área da saúde, para então, situar os sujeitos dessa história num dado contexto histórico.

Será apresentada, neste trabalho, uma perspectiva possível para esses processos, a qual retrata nosso entendimento, nosso olhar, nossa postura teórico-metodológica.

2.1. O cenário social ...

"No século passado..." diremos com uma ponta de sabedoria, como se o melhor da vida fosse a arte de recordar. Talvez seja. Sobretudo nessa cultura neoliberal que proíbe o sonho e inibe a liberdade.
(FREI BETTO, 2000:22)

As três últimas décadas do século XX, 70, 80 e 90, no Brasil, caracterizaram-se por diferentes momentos políticos: de intensa repressão pelo governo militar, passando por anos de abertura política, anistia, eleições diretas para presidente. Por

outro lado, houve um agravamento da crise econômica, com uma profunda intensificação da desigualdade e exclusão social, com o aumento das privatizações e diminuição do papel do Estado.

Existe uma vasta bibliografia sobre o cenário social vivido pela sociedade brasileira durante esse período que apresenta estudos e pesquisas de conceituados autores abordando e aprofundando os diferentes temas decorrentes deste período. De modo que é nosso interesse apenas situar os principais acontecimentos que possibilitem relacionar nossos sujeitos neste contexto.

É questão de consenso o fato de que o processo de globalização do mundo vem introduzindo suas características, seus pressupostos e ideários em nosso país. Suas marcas são percebidas com mais ênfase, no Brasil, em todos os setores da vida, a partir da década de 90, a qual foi o período de hegemonia absoluta das políticas neoliberais. Porém, este é um processo que se configurou historicamente desde a virada do século XX, caracterizado pelo avanço do capital e a formação de um mercado único e global.

IANNI (1995a:13) analisa esse fenômeno com profundidade, investigando seu curso, características, perspectivas e desdobramentos e afirma que:

A globalização está presente na realidade e no pensamento, desafiando grande números de pessoas em todo o mundo. (...) A descoberta de que a terra se tornou mundo, de que o globo não é mais apenas uma figura astronômica e sim, o território no qual todos encontram-se relacionados e atrelados, diferenciados e antagônicos – essa descoberta surpreende, encanta, aterroriza. Trata-se de uma ruptura drástica nos modos de ser, sentir, agir, pensar e fabular. Um evento heurístico de amplas proporções, abalando não só convicções, mas também as visões do mundo.

Pode-se dizer que o capital estrangeiro começou a ser introduzido no país a partir da década de 50, através de uma política desenvolvimentista que marcou este período.

A partir da década de 70, vivemos o auge do autoritarismo dos governos militares, da repressão e controle dos setores ligados ao público e ao privado e da crescente vinculação da política nacional às políticas internacionais. O país endividou-se para acelerar a industrialização, o que causou, na década de 80 uma

grande crise econômica. A saída encontrada para esta crise foi a reestruturação da economia brasileira em direção à industrialização e à exportação que levaram ao aprofundamento da dívida externa, atingindo o Estado que, de acordo com FIORI & KORNIS, (1994:3), era o

(...) núcleo central da estratégia brasileira de industrialização, enquanto 'motor de crescimento'. O que começa com uma crise cambial, ao somar-se à entropia política do regime autoritário, acaba se transformando numa crise orgânica do Estado desenvolvimentista brasileiro.

É de conhecimento geral as marcas deixadas pela corrida ao crescimento econômico dos anos 80, causando o crescimento da pobreza e o acirramento das desigualdades sociais. Esse cenário desencadeou uma crescente perda da qualidade de vida da classe trabalhadora, que já vivia em condições precárias na periferia dos grandes centros urbanos. O crescimento desordenado da população urbana teve início na década de 30, o que originou a formação das principais áreas metropolitanas brasileiras. A partir daí, houve um progressivo processo de urbanização, porém sem condições gerais adequadas às dimensões atingidas (NUNES & JACOBI, 1985).

No início da década de 70, o cenário de deterioração das condições de vida da população, nos grandes centros urbanos, encontrava-se em situação alarmante. Fazia-se necessário uma abertura de espaços para reivindicação de suas necessidades básicas como moradia, transporte, saneamento, saúde, educação. Foi quando as Comunidades Eclesiais de Base - CEB's ganharam força. Para NUNES & JACOBI (1985:177),

As CEB's representaram, então, uma das poucas, senão a única, alternativa para as classes populares, a partir da discussão sobre as condições de vida dos moradores, propiciando assim o desenvolvimento de formas democráticas de participação de base e a formação de lideranças locais.

Houve também a proposta da "Escola dos Ministérios", da Igreja católica para leigos. A CD-E participou desse movimento social e pôde aprender o significado do

trabalho coletivo com a população menos favorecida, que reivindicava seus direitos, conforme expõe abaixo:

"(...) Em 1976, em Joinvile, na prefeitura do MDB, comecei a trabalhar com grupos de mulheres, era mais mulheres do que homens, por isso grupo de mulheres, que trabalhavam com a saúde, que era a Pastoral da Saúde, então eu vi que quanto mais pobre, mais difícil a vida, mais solidários são, (...). Então esse trabalho foi muito importante, (...). Esse movimento me mostrou que, quando a gente quer, (...), acredita em alguma coisa, e tem um grupo que acredita, fica mais forte e a gente consegue. (...)". (CD-E)

Ao longo da década de 70, os movimentos populares de base multiplicaram-se, surgindo os movimentos populares urbanos, os movimentos de bairro, os movimentos sindicais, as CEB's, o movimento estudantil, todos buscando autonomia, independente de partidos políticos, ressaltando a dimensão democrática dos movimentos (NUNES & JACOBI, 1985).

Quem viveu esse período traz muitas marcas, principalmente os que estavam envolvidos nas lutas dos movimentos sociais, nas universidades, como o CD-D o qual relatou que era tudo proibido, as atividades aconteciam clandestinamente, todos tinham muito medo, mas havia pessoas dispostas a tentar, de alguma maneira,

"(...) reorganizar o movimento estudantil, de recriar entidades livres, (...), acho que vivi momentos muito tensos, é difícil para mim até lembrar disso tudo, teve muita dor, sofrimento, vi coisas acontecendo que não são coisas legal, mas enfim, um período que a gente passou, a sociedade passou, e enfim.... Isso me marcou muito, fica evidente ao falar disso agora, é óbvio que isso deixa marcas no plano pessoal, mas assim deixou marcas na minha formação, eu gostaria de ter vivido o meu período universitário num outro momento, eu gostaria muito que a minha passagem pela universidade tivesse ocorrido num clima de liberdades democráticas, de livre debates de idéias, (...)". (CD-D)

Esses movimentos trouxeram, como resultado, vitórias significativas, de caráter parcial e específico, mas muito representativas para os mesmos, e também muitos questionamentos das intervenções estatais. Lutavam por algo comum: alcançar condições básicas de cidadania, com algum tipo de igualdade civil e liberdade política (NUNES & JACOBI, 1985). Eles representaram as forças contra-hegemônicas, de resistência das classes populares, estudantes e intelectuais de

oposição, ao instituído pelo militarismo e que serão fundamentais rumo à conquista da democracia nos anos 80.

A década de 80 foi um marco na sociedade brasileira em se tratando de movimentos de resistência ao instituído. *"Depois de 20 anos de autoritarismo e mais de um século de resistência das elites ao voto, este acabou universalizando-se em apenas uma década"* (FIORI & KORNIS, 1994:31).

Alguns autores anunciam a década de 80 como a "década perdida". Porém, FIORI & KORNIS (1994) discordam e ainda afirmam que é uma leitura reducionista frente à complexidade das transformações vividas pelo país nos anos 80. Os autores defendem que devemos analisar a conjuntura enquanto um todo e apresentam um quadro geral da década:

A expansão do espaço da cidadania em contradição com a inexistência ou a timidez no resgate da dívida social; o exercício crescente (e pleno após 85) da liberdade política versus o desencanto com os políticos e com a atividade política; no plano econômico, o aumento da lucratividade do setor privado na vigência de uma enorme diminuição das taxas de investimento produtivo; e, por fim, a falência do setor público associado ao ajuste "por dentro das empresas" no setor privado. (GUIMARÃES & TAVARES, 1994:IX)

No depoimento do CD-D encontramos um olhar ampliado da situação, em que analisa a correlação de forças presentes em embates políticos, de disputas no campo político,

"(...) nem toda derrota técnica é uma derrota política, aliás a campanha das "Diretas Já" é uma demonstração disso. Tecnicamente houve uma derrota, porque a emenda Dante de Oliveira não foi aprovada. No entanto, foi uma vitória política que mudou a cara do país, quer dizer, boa parte do que conseguimos enquanto nação, enquanto sociedade hoje tem muito a ver com aquela campanha, a campanha das "Diretas Já", a maior campanha de massas da história brasileira, mudou o país. Sem a campanha das "Diretas Já" não teria havido o impeachment de Collor, (...) e outras tantas coisas importantes que aconteceram na vida política brasileira, (...)". (CD-D)

A consolidação de um novo momento no país, gerador de uma nova cultura política, deu-se durante a elaboração da Constituição Federal de 1988, em que

(...) um novo fazer político se torna transparente ao trazer para a cena principal novas temáticas, novos critérios de representatividade e negociação além de conferir mais visibilidade e relevância ao debate entre as formas de democracia direta e representativa.(GOULART,1993:55)

Para FIORI & KORNIS (1994), a Constituição Federal de 1988 consagrou o espaço que os atores sociais e políticos vinham buscando na luta pela redemocratização do país, com conquistas no campo social, civil e político, conforme expõem:

Apesar de suas descontinuidades, nascidas do conflito e das negociações que atingiram sobretudo os capítulos referentes à organização do Estado, do sistema partidário e da ordem econômica, a nova Constituição coroou uma mudança de regras e instituições feita sob a pressão da crise econômica, do desgoverno e da falta de pacto social e político. Neste sentido a Constituição de 88 transformou-se, na prática, no único pacto nascido nos anos 80 e destinado à consolidação democrática durante a década de 90. (FIORI & KORNIS, 1994:35)

A década de 80⁹ foi marcada por alguns retrocessos, sendo o principal a crise de ingovernabilidade, a perda de legitimidade política e econômica. O processo de redemocratização foi feito de maneira desordenada a ponto de acelerar a crise política e econômica que já se faziam presentes.

Desta década, os anos 90 herdaram

(...) um aumento incontestável da cidadania, acompanhado de um aumento simultâneo da dívida social da nação, e, frente a esta dívida social, o Estado apareceu cada vez mais desarmado, seja pela diminuição de sua capacidade de gasto, seja pela ausência de um novo bloco de poder capaz de dar governabilidade na medida em que viabilize uma nova estratégia de desenvolvimento com democracia para o Brasil. (FIORI & KORNIS, 1994:41)

A década de 90 teve um início turbulento, em nosso país, tanto no campo político como social. Em 1989 houve a primeira eleição direta para presidente, saindo

⁹ A década de 80 foi analisada, em seu cenário social, em diversas perspectivas por diferentes autores conformando uma pluralidade de olhares. Portanto, o que trazemos nesta pesquisa é uma perspectiva de olhar para essa década.

vitorioso Fernando Collor de Mello, o qual foi destituído do cargo em 1992 pelo Congresso Nacional, após comprovação de denúncias de corrupção, o que levou a uma mobilização nacional da população em todo o país, pedindo seu impeachment.

Para GOULART (1993:53), esse cenário nacional de rostos pintados de verde - amarelo de estudantes, operários, empresários, artistas, políticos e gente comum representou uma nova era para o país:

No Brasil pós "era Collor", torna-se extremamente pertinente inquirir sobre a importância dos chamados movimentos sociais. Dados como desaparecidos do cenário, por uns, sufocados ou substituídos por maneiras mais formais de fazer política, por outros, parecem ter ressurgido, com intensidade, nos quatro cantos do país, desmentindo ou frustrando a uns e outros, embora, certamente resgatando esperanças em muitos.

Durante os três anos de governo Collor, houve um intenso investimento na abertura da economia brasileira ao capital internacional, assim como de privatizações de empresas estatais, o que causou uma desarticulação do Estado no processo produtivo (CUNHA, 1996).

Em 1994 foi implantado o Plano Real, pelo então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, plano este que estabilizou a moeda nacional de maneira que atendesse às exigências das agências internacionais. Neste mesmo ano houve eleição presidencial, sendo que o idealizador do Plano Real, Fernando Henrique Cardoso, se elegeu com 55% dos votos (ibidem).

O processo de "enquadramento" do país às políticas internacionais, presentes no processo de globalização, decorre de um período histórico marcado pela reafirmação do capitalismo. Essa postura política traz uma série de transformações na vida social, bem como em todas as áreas do conhecimento.

O avanço das privatizações diminuindo o papel do Estado intensificou as desigualdades sociais, retirando os direitos mínimos de forma que o problema central da sociedade não é mais os baixos salários mas sua ausência.

As "políticas de ajuste estrutural" implementadas pelo processo de reestruturação neoliberal, cujos principais representantes são o Banco Mundial e o FMI, incrementaram e reafirmaram o processo de globalização. Isto pode ser

percebido claramente nas áreas da educação e saúde, com um crescente descompromisso do Estado em assumir as questões sociais presentes (nestas áreas), transformando-as em bens comerciais e privados, regulados pelas normas do mercado.

Com relação à mercantilização dos serviços de Saúde, bem como de Saúde Bucal e Educação, o CD-D defende que:

"(...) os serviços odontológicos não podem, não devem ser mediados por qualquer tipo de mercantilização; continuo tendo uma postura, que acho que é uma postura ética de recusa à mercantilização da saúde, eu acho que saúde e educação não são mercadorias, não são coisas que possam ser acessíveis às pessoas condicionadas ao fato de elas poderem comprar esse tipo de serviço, esse tipo de serviço as pessoas necessitam dele, de saúde e educação, como de segurança, e ao necessitarem, falando especificamente de serviços de saúde, elas devem ter acesso a esses serviços, não interessa se a pessoa é rica ou pobre, com determinadas características, a idade, tudo isso não importa, se é uma pessoa deve ter direito a ter acesso ao serviço que necessita, então eu continuo achando que isso é possível e continuo achando que o mercado não é o instrumento mais adequado para dar viabilidade a isso. Acho que a possibilidade da concretização disso como direito efetivamente exercido cotidianamente pelas pessoas, requer presença do Estado no setor saúde, requer uma participação do Estado e tudo mais, (...)". (CD-D)

Observa-se, assim, como vão se configurando as políticas públicas, de maneira geral, adotadas no país, em que as questões relativas ao público e ao privado tomam novas dimensões, e a defesa da instituição do "terceiro setor" (aquele que é público porque voltado para o público, para as necessidades da sociedade, sem ser estatal) pelo governo adquire grandes proporções. Através de argumentos como autonomia, flexibilidade gerencial e controle social, o Estado se desvencilha das políticas sociais como um dever, transformando-as em áreas públicas não-estatais, que nada mais são do que um processo de privatização disfarçado, com comprometimento irreversível dos princípios constitucionais dos direitos universais de cidadania relativos à educação, à saúde, ao desenvolvimento científico e tecnológico e à cultura (PEZZATO et al., 2000).

Configuraram-se então, em nossa sociedade, interesses divergentes, poderes desiguais que acarretaram o fortalecimento das tomadas de decisões verticais, as quais, na grande maioria, atendiam aos interesses hegemônicos.

Porém, de acordo com o sociólogo GRZYBOWSKI (1999:2), a conjuntura deste final de década mostrou

(...) fissuras e contradições do neoliberalismo global. As duas décadas de arrogância do pensamento único liberal começam a produzir enormes fiascos, como o recente impasse nas negociações da OMC (Organização Mundial do Comércio), em Seattle, nos Estados Unidos. Mas as coisas não param por aí. (...) Além do mais, governos e empresas esqueceram de considerar o poder da mobilização popular. Mas cidadãos e cidadãs estão aí para dizer que também são parte nas negociações, nem que seja para barrá-las, como em Seattle.

Um momento histórico, uma oportunidade impar para cidadãos e cidadãs brasileiros aconteceu em janeiro de 2001, em que mais de duas mil pessoas, de todas as partes do mundo, reuniram-se, em Porto Alegre-RS, para participar do Fórum Social Mundial, o qual segundo FREI BETTO (2001:39):

Será um novo espaço de reflexão, debate e planejamento estratégico para todos que se contrapõem às políticas neoliberais impostas pelo Consenso de Washington através do Banco Mundial e do FMI, (...). Quer fazer ecoar críticas e alternativas ao neoliberalismo provenientes de vozes sociais e científicas, culturais e religiosas, ecológicas e políticas. O documento final deverá anunciar que "um outro mundo é possível" e divulgar as bases consensuais de um projeto de sociedade planetária sem centralidade no lucro e no mercado, aberto ao direito de todos aos bens da vida.

Acreditamos que um outro mundo seja possível, mas sabemos também que *Não podemos determinar até quando vai perdurar uma situação. Mas podemos influir. As circunstâncias, as condições históricas, o momento em que agimos, são partes indispensáveis de nossa ação que nos escapam. A outra parte depende inteiramente de nós, de nossa vontade, da ética que nos move, dos sonhos que temos, da análise que fazemos, das relações que construímos com outros.* (GRZYBOWSKI, 1999:3)

2.2. O Campo da Educação e Trabalho...

Historicamente, o campo da Educação e Trabalho vem sendo estudado e debatido pela sociologia, economia, antropologia e educação, trazendo diversas inter-relações nos mais diferentes campos do conhecimento (COCCO, 1999).

Neste momento, nosso intuito não é esgotar a produção científica na área, mas apontar alguns pressupostos que compõem o marco teórico da nossa pesquisa.

De acordo com uma pesquisa de revisão bibliográfica sobre o tema educação e trabalho, realizada por BONAMINO et al. (1993), que compreendeu as décadas de 70 e 80, no Brasil, podemos perceber, de forma geral, diferentes movimentos teóricos. Na década de 70 até meados de 80, a relação educação e trabalho é tratada no âmbito das relações entre educação e desenvolvimento e entre educação e sociedade. A partir de meados da década de 80, encontramos reflexões sobre essa temática com identidades própria na produção acadêmica brasileira. E no final dos anos 80, Frigotto (1987) constatou a necessidade de se aprofundar e avançar nas discussões e análises, não apenas na teoria e na prática educativa, mas propondo uma articulação maior com os interesses da classe trabalhadora (BONAMINO et al., 1993).

Nos anos 60, notou-se uma relação entre educação e trabalho tratada na perspectiva do desenvolvimento econômico e social, apresentando fortes características da Teoria do Capital Humano.

A Teoria do Capital Humano¹⁰, elaborada por Theodor Schultz, na década de 50 nos EUA, a qual rendeu ao autor o Prêmio Nobel de Economia em 1978, reduz a educação "*de uma rica totalidade e de relações sociais a fator de produção, potencializadora, qualificadora do trabalho, geradora do desenvolvimento*". É concebida, enfim, apenas enquanto técnica que potencializa o aumento do capital (FRANCO & FRIGOTTO, 1993:161).

Esta teoria encontrou condições políticas e econômicas favoráveis no Brasil, no período do governo militar, constituindo-se num suporte ideológico do regime, uma vez que "*(...) a palavra de ordem passou a ser "racionalização, não só do*

¹⁰ Para aprofundar o assunto: KUENZER, Acácia. "Ensino de 2º Grau: O trabalho como princípio educativo". 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

sistema produtivo, mas de todos os setores da vida social, a ser obtida através do desenvolvimento tecnológico e da administração científica" (KUENZER, 1992:42).

Consequentemente foi base para a formulação das leis e reformas educacionais, também no Brasil, em todos os níveis de ensino, subordinando os interesses do processo de desenvolvimento do país ao capitalismo internacional, tomando a educação como instrumento capaz de promover o desenvolvimento econômico pela qualificação da força de trabalho.

Além de não ter provocado mudanças no caráter elitista da educação brasileira, a reforma implicou a descaracterização e maior desqualificação do ensino médio. O empobrecimento dos currículos escolares com a retirada e esvaziamento dos conteúdos de formação geral, imprescindíveis para a compreensão crítica da realidade social, e o fracasso na realização da pretendida formação técnica só vieram reforçar a dicotomia entre a educação para a 'elite' e a educação para o trabalhador. (MORAES, 1996:126)

No início da década de 70, começaram a surgir as primeiras críticas ao modelo de desenvolvimento vigente no país, inclusive às teorias de educação predominante. Com isso, temos uma abertura para a introdução de novas teorias, dando destaque às teorias crítico-reprodutivistas, com tradução de autores como Bourdieu e Passeron (1975), Establet (1973) e divulgação dos trabalhos de Baudelot e Establet (1971) e Althusser (1974) (KUENZER, 1992).

De maneira geral, as teorias crítico-reprodutivistas trazem como pressuposto a idéia de *"não ser possível compreender a educação senão a partir dos seus condicionantes sociais. (...) a função própria da educação consiste na reprodução da sociedade em que ela se insere (...)"* (SAVIANI, 1999:27).

Nos anos 80, os estudos focalizaram o processo pedagógico nas próprias relações de trabalho: o trabalho como princípio educativo, a pedagogia do trabalho e, ainda, a proposta da educação politécnica. Esses estudos, que tomam a categoria trabalho como princípio educativo e a pedagogia do trabalho empregam eixos diversificados de análise.

O trabalho como princípio educativo é analisado sobre ângulos diferentes entre os autores que o tomam como foco de estudo. Todavia, concordam na idéia de

que a fábrica e a escola educam o trabalhador para que se ajuste aos interesses capitalistas de produção. Frigotto (1983) argumenta que tais interesses estão fundamentados na simples “*execução de tarefas esvaziadas em seu conteúdo e na não-democratização do produto do trabalho*”, o qual define como “pedagogia do capital”. O autor aponta como um caminho de superação dessa realidade a “*formação profissional*” baseada nos interesses do trabalhador. Kuenzer (1988) embora concorde com essas idéias, adverte para o fato de que existem nesse processo conformações sociais, políticas, culturais, em que o trabalhador, a partir dessas interações participa de experiências que o estimulam à buscar outros conhecimentos, trazendo à tona a questão de como as relações de trabalho possibilitam, também, educar o trabalhador. Existem ainda outros estudos que, basicamente, seguem os mesmos eixos de análise (BONAMINO et al., 1993:53).

Na pedagogia do trabalho, os estudiosos buscaram explicar o papel da “*educação formal*” na preparação para o trabalho, destacando a negatividade que este assume no capitalismo, ou seja, o que importa é que a produção aumente e que tenha qualidade, sem pensar no trabalhador e nas condições de trabalho. Em revisão, BONAMINO et al. (1993) citam como autores fundamentais deste tema: Hirata (1988), Marcondes (1987) e Durand (1979).

Diante das transformações que se delinearão no mundo do trabalho, no final dos anos 80, acompanhando as tendências mundiais, BONAMINO et al. (1993:54) chamaram a atenção para “*a introdução de novas tecnologias, da crise do Estado do Bem Estar, do crescente subemprego e desemprego e, por último, das rupturas constatadas na classe trabalhadora*”. Destaca-se também, na relação educação e trabalho nesse período, a existência de uma racionalidade unificada - a razão instrumental. Vários estudiosos como Baethge (1989), Offe (1989), Paiva (1989), Deluiz & Trein (1991) relacionam o impacto dessa racionalidade no campo científico e tecnológico, na força de trabalho, na educação escolar e na mão-de-obra, diagnosticam o fim da “*sociedade do trabalho*” ou a crise da “*sociedade do trabalho*”. Baethge (1989), reconhecendo esse contexto, chamou a atenção para uma nova racionalidade que exigirá qualificações específicas do trabalho humano, competência teórica, bons conhecimentos sobre o processo e o produto do trabalho, flexibilidade

intelectual para dominar situações variáveis, entre outras, defendendo, assim, a partir dessas exigências, *“uma escola democrática para servir à formação do cidadão, dando-lhe uma visão crítica, além de constituir espaço para a qualificação”* (BONAMINO et al., 1993).

É nesta perspectiva que surge a proposta de educação politécnica, no final dos anos 80, que se baseia na incorporação pela escola

(...) das exigências trazidas pela atual revolução técnico-científica. Esta revolução, ao superar rapidamente as especializações tradicionais e exigir pessoas com sólida cultura geral e tecnológica, capaz de dominar processos produtivos complexos, requer um novo tipo de escola, de modo a romper com a formação do homem parcial, limitado e anacrônico que vem sendo produzido pelo dualismo do sistema escolar brasileiro. (ibidem, p.55)

De acordo com SAVIANI (1989:17-19), um dos principais estudiosos do tema,

A noção de politecnia diz respeito ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno. Diz respeito aos fundamentos das diferentes modalidades de trabalho. Politecnia, nesse sentido, se baseia em determinados princípios, determinados fundamentos e a formação politécnica deve garantir o domínio desses princípios, desses fundamentos. (...)

A idéia de politecnia envolve a articulação entre trabalho intelectual e trabalho manual e envolve uma formação a partir do próprio trabalho social, que desenvolve os fundamentos, os princípios, que estão na base da organização do trabalho na nossa sociedade e que, portanto, nos permitem compreender o seu funcionamento. (grifo do autor)

Portanto, a formação politécnica compreende os princípios e os fundamentos científicos que estão na base da organização do serviço em questão, e do modo como este funciona nas atuais condições, articulando a formação geral à formação específica necessária ao mesmo.

Embora tenha havido um aumento na produção de estudos sobre essa temática, BONAMINO et al. (1993) constataram que a maior parte dos autores apontam, ainda, a existência de uma fragilidade teórica, constatando também uma

pequena produção de estudos sobre as relações entre educação e mercado de trabalho.

Como perspectiva para a década de 90, os referidos autores apresentaram o desafio de promover um trabalho interdisciplinar de modo a articular os aportes teóricos e metodológicos das diferentes áreas na produção deste campo do conhecimento, com os da sociologia, da economia, da administração e da ciência-política, os quais têm tomado, nos dias atuais, a temática como referencial de análise para diferentes estudos.

Encontramos algumas respostas ao desafio proposto para a década de 90, numa coletânea organizada por FRIGOTTO (1998), a partir do Grupo de Trabalho-GT "Trabalho-Educação" da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação - ANPEd, com o intuito de aprofundar as relações existentes no atual momento histórico desse final de século, particularmente no contexto político, econômico, social, cultural e educacional "*desigual, excludente*", que o país se encontra, em que

Já não há políticas de emprego e renda dentro de um projeto de desenvolvimento social, mas indivíduos que devem adquirir competências ou habilidades no campo cognitivo, técnico, de gestão e atitudes para se tornarem competitivos e empregáveis. Os desempregados devem buscar "requalificação e reconversão profissional" para se tornarem empregáveis ou criarem o auto-emprego no mercado informal ou na economia de sobrevivência. (FRIGOTTO, 1998:15)

Consequentemente, torna-se necessário,

(...) buscar construir alternativas sociais de caráter igualitário, solidário ou socialista. Estas alternativas implicam necessariamente a capacidade de ampliar a esfera pública democrática e garantir, nesta esfera, o direito à educação e à formação técnico-profissional, o direito à saúde, cultura e ao lazer, o direito à aposentadoria, e, cada vez mais, o direito ao trabalho e remuneração dignos. (ibidem, p.22)

FRIGOTTO (1998) situa os desafios teórico-metodológicos da relação educação e trabalho no contexto da crise dos paradigmas das ciências sociais e,

assim como KUENZER (1998), propõe a perspectiva do materialismo histórico dialético como referencial capaz de dar respostas a esses desafios.

2.3. A Educação Profissional e a Área da Saúde

Ao longo das três últimas décadas, ocorreram debates e discussões sobre formação de pessoal de nível médio para atuar na área da saúde. Neste momento apresentaremos algumas das propostas que se fizeram presentes, em instituições públicas, na tentativa de corresponder às necessidades no campo do ensino técnico em saúde, neste período no país.

A formação do pessoal de nível médio para atuar na área da saúde propõe uma articulação entre os campos da educação e da saúde, o que permite "a emergência de modelos inovadores comprometidos com as mudanças em ambos os setores e na sociedade como um todo" (NUNES, 1996:13). Nesta perspectiva, configuram-se especificidades e peculiaridades que caracterizam tal processo de formação. Diante disto, implica estabelecer relações entre os sistemas de educação e de saúde que sejam pensadas e implementadas em conjunto, de modo a possibilitar a existência e permanência desses processos.

O processo de formação é constituído por um conjunto de saberes produzidos nas relações sociais em seu conjunto, ou seja,

(...) é uma produção coletiva dos homens em sua atividade real, enquanto produzem as condições necessárias à sua existência através das relações que estabelecem com a natureza, com outros homens e consigo mesmo.

O ponto de partida para a produção do conhecimento, portanto, são os homens em sua atividade prática, ou seja, em seu trabalho, compreendido como todas as formas de atividade humana através das quais o homem apreende, compreende e transforma as circunstâncias ao mesmo tempo que é transformado por elas. (KUENZER, 1992:27)

Não pretendemos aqui defender uma ou outra proposta, mas apresentar seus principais pressupostos e características, possibilitando um quadro geral desses processos, em seu contexto histórico.

Breve histórico

No Brasil, a formação para o trabalho, como responsabilidade do Estado, iniciou-se em 1909, quando tivemos a criação de 19 Escolas de Artes e Ofício, que

foram as precursoras das escolas técnicas federais e estaduais (KUENZER, 1999). Tal como esta autora afirma:

Estas 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. (ibidem, p. 122)

Esta perspectiva foi se constituindo historicamente no Brasil, mantendo a idéia de “*dualidade estrutural*”, de modo que aos trabalhadores seria oferecida uma formação para o fazer, o executar, num caráter meramente instrumental, dentro das idéias tayloristas/fordistas, demarcadas pela divisão entre capital e trabalho e à classe dominante - a burguesia - uma formação acadêmica e intelectualizada.

Com o avanço da industrialização no país, temos, em 1942, a reforma Gustavo Capanema que faz uma primeira adaptação entre as propostas de formação dualista, de intelectuais e trabalhadores, frente às mudanças no mundo do trabalho. A partir daí, KUENZER (1999:124) afirma que

Esta 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.

A Lei Orgânica do Ensino Industrial, de 1942, transforma as Escolas de Artes e Ofício em Escolas Técnicas Federais. Assim, reitera-se a dualidade de caminhos para a formação do indivíduo: na escola (nível médio e superior), para exercer funções essenciais do mundo capitalista; no processo produtivo (trabalhadores que buscam complementar a pouca escolaridade, obtida em cursos profissionalizantes oferecidos com características variáveis de locais e duração), para executarem as tarefas a eles designadas. Os cursos profissionalizantes existentes neste período

eram basicamente para atender às áreas industriais, comerciais e agrícolas (KUENZER, 1997).

Na saúde, de modo geral, as discussões referentes à qualificação dos trabalhadores de nível médio e elementar foram marcadas no início da década de 60, na área da Enfermagem¹¹, por uma perspectiva imediatista, fragmentada e utilitarista (LIMA, 1996).

Em 1961 foi promulgada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB (Lei 4.024/61), que propõe alterações da realidade dualista da formação profissional, articulando o ensino secundário e o profissional para fins de acesso ao ensino superior, de acordo com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

Contudo, não altera a essência do princípio educativo tradicional, que é a existência de dois projetos pedagógicos distintos que atendem às necessidades definidas pela divisão técnica e social de formar trabalhadores instrumentais e trabalhadores intelectuais através de sistemas distintos.
(KUENZER, 1997:15)

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, que se tornará dominante no final desta década. Com uma ideologia “nacionalista-desenvolvimentista”, buscava-se o desenvolvimento tecnológico com forte interesse no mercado internacional. Com 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.

O discurso desenvolvimentista da década de 60, embasado na concepção tecnicista do sistema de ensino, que por sua vez segue a lógica positivista,

(...) representa a racionalização do sistema de ensino em todas as suas formas e níveis, tendo em vista sua eficiência, medida por critérios internos de economia de recursos escassos, e sua eficácia, medida pela adequação de seu produto às necessidades

¹¹ A primeira regulamentação da formação do pessoal auxiliar em Enfermagem, no Brasil, foi em 1949. Mais detalhes consultar BAGNATO, Maria H. S. "**Licenciatura em Enfermagem: para quê?**". Campinas, 1994, 226 p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, UNICAMP.

do modelo de desenvolvimento vigente (o norte americano). Ou seja, significa a absorção, pela educação da ideologia empresarial. (KUENZER e MACHADO, 1984:30)

A Lei da Reforma da Universidade de 1968 tinha como objetivo conter a liberalização das vagas do ensino universitário, para a classe média e alta, e reforçar o ensino profissionalizante para a classe camponesa e operária. Essa política foi complementada com a LDB - Lei 5.692/71, a fim de regulamentar esses efeitos nos demais níveis de ensino (FREITAG, 1980).

A partir da Lei 5.692/71, o ensino de 2º grau sofre alterações significativas, passando a ter obrigatoriedade o ensino profissionalizante. De acordo com o Prof. Luiz Antonio Cunha, 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 (MORAES, 1996).

Dentro da análise crítico-reprodutivista proposta por FREITAG (1980:95), podemos dizer que os objetivos desta lei,

(...) vêm preencher a função de reprodução das classes sociais, pois a hierarquização da educação formal estaria assim mais fundamentada. A profissionalização com terminalidade significa que estudantes do ensino médio podem e devem sair da escola e ingressar diretamente no mercado de trabalho assumindo ocupações técnicas. Deixariam assim de exercer pressão sobre as universidades.

Os anos 70, 80 e 90...

No início da década de 70, o Brasil foi marcado pelo período do "*milagre brasileiro*", o que acarretou o grande aumento do endividamento externo do país, devido à política econômica adotada pelo governo, para "*ajustar-se perfeitamente ao sistema financeiro internacional privado*" e acelerar assim, o desenvolvimento econômico brasileiro (TEIXEIRA, 1988:43). Este autor afirma que:

(...) mesmo antes do milagre acabar, seu lado realista já se fazia sentir, pois aprofundou as desigualdades inerentes ao capitalismo. Concentrou a renda, a propriedade e o capital. O

arrocho salarial fez com que a remuneração do trabalho não acompanhasse nem o ritmo de produtividade, nem o nível do custo de vida. (ibidem, p. 46)

Esse quadro agravou a queda da qualidade de vida das "*classes médias*" brasileiras, acentuando a recessão econômica - desemprego, subemprego e ampliação do mercado informal da economia - e levando conseqüentemente à elevação dos custos de serviços de saúde (BUSS, 1995:79).

Neste período, a área da saúde foi marcada pelo modelo médico-assistencial privatista o qual privilegiava "*uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, (...) orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilégio do produtor privado destes serviços.*" , institucionalizado com a Lei 6.229/75. Assim, estabeleciam-se, com este modelo, ações de saúde pública e de atenção médica dicotomizadas (MENDES, 1995:22).

Porém, o movimento da Reforma Sanitária brasileira, um movimento contra-hegemônico, já vinha sendo discutido, por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilistas e mecanicistas dos serviços de saúde.

Para MENDES (1995:42),

(...) a reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

É no bojo desse movimento que, no final dos anos 70, os movimentos sociais (como associação de bairros, comunidades eclesiais de base e profissionais da saúde) iniciam um amplo debate político sobre as questões da saúde (STOTZ, 1995).

Neste contexto, segundo MENDES (1995:28),

Surgem, por todo o País, movimentos de trabalhadores de saúde, especialmente através das organizações sindicais médicas. Ademais, com atuação destacada no campo político-ideológico, aparecem, em 1976, o Centro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, através de publicações, debates, simpósios e outras atividades, começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista.

Iniciam-se os anos 80, trazendo conquistas significativas as quais fortaleciam os espaços de luta no campo político-social, o qual é entendido como fundamental para fazer avançar a proposta da Reforma Sanitária.

Durante essa década, tem-se o enfrentamento de dois grandes projetos político-sanitários: o contra-hegemônico - a Reforma Sanitária - e o hegemônico - o Projeto neoliberal, sendo este último uma proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1995). Também o crescimento acelerado do setor saúde, especialmente do setor hospitalar privado conveniado ao INAMPS, marcou a década de 80. Análises feitas sobre esse fenômeno revelaram o fato de que a lógica do setor privado estava na utilização de atendentes com baixos salários e com descaso na qualificação dos mesmos (ALMEIDA, 1994).

Nesse período, o pessoal auxiliar na área da saúde era classificado em nível médio e elementar. Essa classificação correspondia à legislação de ensino vigente, na qual os trabalhadores de nível médio possuíam o 1º grau completo e uma habilitação profissional de 2º grau, por via regular ou supletiva, e os de nível elementar possuíam apenas o 1º grau de escolaridade (ALMEIDA, 1994). Porém, na Enfermagem, os atendentes de enfermagem não possuíam nem o 1º grau completo, sendo que era realizado apenas "treinamentos" com alguns trabalhadores que executavam ações de saúde. Tais "treinamentos seguiam a lógica de formação presente nos serviços de saúde¹² que, por sua vez, não priorizavam a qualificação desses trabalhadores.

¹² Estamos entendendo serviços de saúde, como todas as Instituições públicas que oferecem serviços de saúde à população.

Segundo ALMEIDA (1996:53), a lógica para a incorporação de pessoal auxiliar nos serviços de saúde nas décadas de 70 e 80 não era baseada na qualificação profissional e "*não teve por critério o nível de escolaridade e, muito menos, a qualificação profissional conferida pelo sistema de ensino formal*". Uma prática bastante comum, na maioria dos serviços de saúde do país, para "adequar" o pessoal auxiliar ainda hoje é a de "treinamento em serviço", a qual é emergencial e extremamente limitante no que se refere ao "treinado". Essa prática não fornece titulação profissional para que este trabalhador possa usufruir de seus direitos e vantagens.

Com relação ao conceito de "treinamento", podemos dizer que é uma prática adequada para treinar atividades meramente mecânicas. Para MARIN (1995:15), "*(...) tais ações dependem de automatismo, e não da manifestação da inteligência*". Bem sabemos, essa prática vem ao encontro dos interesses capitalistas, pois o trabalhador qualificado conhecedor do seu valor como cidadão, que tem o domínio do seu ofício, pode se tornar um indivíduo crítico que luta pelos seus direitos na sociedade (SALM apud LIMA, 1996).

É fundamental destacar ainda a importância desses trabalhadores qualificados no processo de trabalho em saúde, uma vez que compõem a equipe de saúde que oferece serviços à população, seja no setor público ou privado.

Segundo dados do IBGE, em 1980, em torno de 95% dos profissionais de nível médio e elementar que trabalhavam no setor saúde não tinham formação específica. Em termos de mercado de trabalho, na saúde, nesse período houve um aumento em torno de 172,63% de profissionais de nível médio e elementar que não tinham qualificação para o trabalho e de 49,97% de nível superior (NOGUEIRA, 1986).

Diante desse quadro, o autor afirma que:

Um problema de grande importância é o da qualificação profissional dos auxiliares. Na década de 70, esta questão foi tomada muito complexa devido à obrigatoriedade de profissionalização nas escolas de 2º grau (Lei 5692/71), gerando uma pseudo-oferta de diplomados. Não houve, de fato, um processo de qualificação efetiva para o trabalho. (...) com a revogação, em 1982, da profissionalização compulsória, a

formação de pessoal auxiliar em saúde vem tomando novos rumos e consolidam-se gradualmente as instituições de saúde como locus de qualificação (...). (ibidem, p. 44) (grifo no original)

Com o processo de consolidação de instituições de saúde como "*locus* de qualificação", em crescimento, as mesmas começam a organizar cursos de formação na modalidade de ensino supletivo (função qualificação profissional). Essa modalidade de ensino permitia uma maior flexibilidade curricular, pois não havia exigência da formação geral como pré requisito. Mas havia muitos entraves burocráticos no processo de autorização dos órgãos competentes, para realizar a execução dos processos educacionais em outros locais, ou seja, fora da escola.

Diante disso, tomando como base a legislação para o 1º e 2º graus, o setor saúde estruturou uma instituição específica para o setor, denominada Centro Formador, futura Escola Técnica de Saúde. De acordo com SANTOS & SOUZA, (1989:62) naquele primeiro momento os Centros Formadores estavam

(...) sendo estruturados por Unidades Federadas, e vão se constituindo para o desenvolvimento de materiais de instrução e a busca de conhecimento para o avanço do processo de qualificação na área da saúde.

As autoras afirmam também que essa instituição, com seu regimento aprovado pelo sistema educacional, garante

(...) ensino multiprofissional; centralização dos processos de administração escolar; descentralização da execução curricular; utilização de profissionais de nível superior da rede de serviços como instrutores; e acesso de pessoal empregado e/ou em vias de admissão, como alunos. (SANTOS & SOUZA, 1989:62)

Ao mesmo tempo, ainda no início dos anos 80, buscava-se consolidar um projeto de democratização do sistema de saúde, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Uma das estratégias para alcançar este objetivo foi investir na qualificação dos trabalhadores de saúde, em especial aqueles com nível médio e elementar.

Neste contexto, surgiram duas propostas significativas, em instituições públicas, para a formação/qualificação dos trabalhadores de nível médio e elementar na área da saúde: o Projeto de Formação de Pessoal de nível médio em Larga Escala do Ministério da Saúde, mais conhecido como Projeto Larga Escala, e a criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz. Ambas, com características específicas as quais serão discutidas ao longo do texto.

O Projeto Larga Escala, enquanto “*uma proposta política*”, tinha como objetivo principal propiciar a formação dos trabalhadores de saúde de nível médio e elementar, em serviço, sem deslocá-los em tempo integral dos serviços de saúde. Constava também, na proposta, que os profissionais de nível universitário dos serviços de saúde, seriam os professores. (SANTOS & SOUZA, 1989:62)

Nessa perspectiva, o Projeto Larga Escala trouxe a seguinte proposta:

Na busca de consolidar um projeto de democratização do sistema de saúde no país e alcançar os objetivos finalísticos da Reforma Sanitária: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular, coloca-se a proposta de qualificação desses trabalhadores através de formação específica de acordo com a legislação educacional vigente.

Frente a esse desafio, o grupo do acordo interministerial (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Assistência Social, Ministério da Educação e Organização Pan-americana da Saúde), concebeu o Projeto Larga Escala. Este projeto constitui uma proposta alternativa de formação dos trabalhadores nos serviços.

Na construção da proposta pedagógica - metodológica, partiu-se do pressuposto da não neutralidade do conhecimento e da visão do processo educativo equidistante das concepções polares de educação como redenção da humanidade ou da educação como reprodução do “status quo”. Desta forma, o grupo define o processo educativo no seu papel de mediador entre os processos de aprendizagem com a realidade concreta, na dinâmica da sociedade brasileira. Busca-se conceber o processo pedagógico, em sua totalidade e na articulação de suas dimensões políticas, metodológicas e de conteúdo. (BRASIL, 1991:32-33)

Para concretizar esse projeto foi necessária uma articulação conjunta dos seguintes propósitos:

- estruturação dos Centros Formadores - Escolas Técnicas de Saúde nas Unidades Federadas para a execução da proposta;
- preparação dos profissionais de nível universitário dos serviços de saúde para serem Instrutores/supervisores com a Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor-área da Saúde e
- elaboração de materiais instrucionais para subsidiar o processo pedagógico, os Guias Curriculares.

Para atingir os objetivos do 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 poderia se dar de forma descentralizada (BRASIL, 1991). Tais processos de descentralização de cursos pelos Centros Formadores tiveram início no final da década de 80.

Essa proposta exigia uma ação interdisciplinar e intersetorial, pois, como vimos, propunha a qualificação dos trabalhadores de nível médio e elementar, inseridos na força de trabalho do Sistema Único de Saúde-SUS, em que cada unidade federada organizava a implantação do projeto de acordo com a sua realidade. A execução do processo acontecia nos locais de trabalho e Centros Formadores ou Escolas Técnicas, em que o corpo docente eram os trabalhadores de formação universitária, os quais atuavam na rede de serviços, prestando assistência à população e acumulando tarefas assistenciais e docentes.

Conseqüentemente, os profissionais envolvidos com essa formação necessitavam, com uma ênfase maior, de conhecimentos que iam além das técnicas curativas e preventivas, pois atuariam como docentes do referido curso de formação.

Sobre a atividade docente no Projeto Larga Escala, SANTOS & SOUZA, (1989:62) afirmam que:

A prática inicial do Projeto Larga Escala constatou a necessidade de buscar alternativas que permitissem a utilização plena, como

instrutor, dos profissionais de nível superior empregados na rede. Para o exercício coerente da função docente, de acordo com a proposta metodológica, fazia-se, necessário prepará-los segundo os princípios desta proposta, o que, em última análise implicava em romper padrões e concepções educacionais bastante arraigadas nestes profissionais, não apenas pelas suas histórias de processo educacional, mas também pela própria formação sobre educação que a função de 3º.grau lhes conferia. Deste modo, concebemos um programa de capacitação pedagógica inicial, que através da reflexão crítica da prática pedagógica, busca construir uma nova forma de atuar. A partir desta capacitação, a própria prática como instrutor se encarrega de consolidar uma nova forma de ensinar.

Para a CD-E, a Capacitação Pedagógica abriu horizontes, mas trouxe também uma angústia muito grande, porque até então era a única dentista que havia vivido essa experiência e não conseguia se fazer entender pelos colegas, quando tentava discutir sobre o método pedagógico do Projeto Larga Escala. Para ela, era uma Capacitação que não podia ser contada, mas sim ser vivida, conforme expõe:

" (...) a gente conseguiu fazer a 1ª Capacitação Pedagógica, só para dentistas, aqui no estado do Paraná, em 1987 em Londrina, eram 30 dentistas, (...). Então hoje deve ter, no Estado do Paraná, uns 200 dentistas que fizeram a Pedagógica. A Capacitação Pedagógica trouxe para essas pessoas uma mudança de postura no seu trabalho, na sua vida, alguns detestaram, tem gente que não pode nem ouvir falar em Projeto Larga Escala, Capacitação Pedagógica, que tem urticária, mas (...) foram médicos, enfermeiros, dentistas, veterinários, aliás até pessoal auxiliar. (...) eu acho que a Capacitação Pedagógica ajuda ser chefe, ser funcionário, se você acreditar nela, (...)" (CD-E)

Sabe-se que a formação universitária do profissional de saúde no Brasil, de maneira geral, tem uma pequena ênfase nos conhecimentos das Ciências Humanas em seus currículos. Num estudo realizado por Campos & Nunes (1976), nos cursos de Odontologia o percentual de conteúdos do campo das ciências humanas era ainda menor (MARSIGLIA, 1998:184).

Desta maneira foi preciso qualificar esses futuros docentes para dar conta da proposta do Projeto Larga Escala, que traz como opção pedagógica um Currículo Integrado e a Problematização como metodologia de ensino.

O Currículo Integrado é uma proposta pedagógica que

(...) articula dinamicamente ensino e trabalho, prática e teoria alternando momentos de concentração e de dispersão. Nos momentos de concentração, os alunos reunidos num mesmo espaço físico realizam, sob orientação do Instrutor/Supervisor, uma série de atividades programadas com a finalidade de discutir questões referentes à sua prática profissional, inclusive novos conhecimentos e habilidades. Já nos momentos de dispersão os alunos voltam ao seu ambiente de trabalho e realizam uma série de atividades, também programadas, e sob a supervisão do Instrutor/Supervisor (BRASIL, 1994a:8).

A Metodologia da Problematização baseou-se no Método do Arco de Charles Maguerez, a qual foi explicado pela primeira vez no livro "Estratégias de Ensino-Aprendizagem" de BORDENAVE & PEREIRA (1977). Possui uma proposta que parte do pressuposto de que *"uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se ela também no processo"*. O Método do Arco possui cinco etapas: Observação da Realidade, Pontos Chaves, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (BORDENAVE & PEREIRA, 1989:10).

O Currículo Integrado, organizado por áreas curriculares compostas por unidades didáticas, busca *"articular dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade"* (BRASIL, 1991).

Possui características próprias, como: articular dinamicamente ensino e serviço, prática e teoria, prática-reflexão-prática, o processo de trabalho como princípio educativo, tomar a coletividade enquanto objeto e o profissional enquanto sujeito deste processo respeitando as características do aluno e do serviço, refletir sobre o trabalho e elaborar propostas de mudanças. Esses processos são viabilizados, implícita ou explicitamente, com o intuito de aprimorar o trabalho e dar respostas às necessidades específicas de qualificação dos seus trabalhadores. São ainda considerados estratégicos, levando em conta os pressupostos da proposta pedagógica que envolvem este e também diante das possibilidades proporcionadas com as propostas de formação em serviço, que envolvem o profissional de nível universitário, o serviço local, o gerencial e, conseqüentemente, toda a estrutura governamental.

Todo esse processo foi desenrolando-se ao longo dos anos 80 e 90, de forma gradativa, uma vez que é construído,

(...) no dia-a-dia da luta pela democratização em realidades sociais concretas, onde a qualificação é o elemento básico para dar habilitação e cidadania a trabalhadores e, ao mesmo tempo, assegurar a melhoria da qualidade da assistência a que a população do nosso país tem direito. (SANTOS & SOUZA, 1989:64)

O Projeto Larga Escala concretizou-se efetivamente e em larga escala nos serviços públicos, no final dos anos 80 e início dos anos 90, em consonância com as propostas do Sistema Único de Saúde. Porém, as políticas públicas desta década não colaboraram para incentivar a expansão desse processo, pois foi justamente nesse momento que as políticas neoliberais tiveram possibilidade de se expandirem no país através das medidas políticas implementadas no governo do Presidente Fernando Collor de Mello.

A criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-EPSJV da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro em 1985, aconteceu como parte integrante de um ciclo de inovações buscado pela Fiocruz, naquele período. "A história de sua origem se encontra com uma longa história da produção de ciência e tecnologia, e da constituição do campo de saúde pública no Brasil, (...)" (NUNES & TEIXEIRA, 1996:210).

Desta maneira ficou definido seu objetivo, ou seja,

A articulação da Fiocruz com os debates que se desenvolviam no seio da sociedade brasileira e o esforço de reformulação do Sistema Nacional de Saúde da época trazem, desse modo, o complemento para a linha programática da nova Escola, a formação de recursos humanos para o sistema de saúde. (NUNES & TEIXEIRA, 1996:215)

Sua construção resultou-se da interação de um conjunto de relações associadas entre si formando um diagrama composto pela Escola, pela Fundação e pelo universo de atores dos campos da saúde, educação e Ciência & Tecnologia (NUNES & TEIXEIRA, 1996). Para explicitar melhor essa rede de relações, as autoras recorrem `a imagem de um tabuleiro:

(...) em um dos pólos, localizamos a EPSJV, da qual partem ramificações. No extremo, unidos de vários modos à Escola, estão os demais atores: a Fundação Oswaldo Cruz, os ministérios da Saúde e da Educação e os fóruns que constituem esses campos (universidades, secretarias, ONG, escolas técnicas), conformando uma extensa rede densa de interações. (NUNES & TEIXEIRA, 1996:210)

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio estabelece convênios e parcerias com instituições em todo o território nacional (Secretarias de Saúde, ONGs, Universidades, Escolas Técnicas), para o desenvolvimento de cursos nos diferentes níveis de ensino e serviços. Possui uma proposta de gestão democrática e põe-se em permanente interlocução externa e interna em seus projetos no compromisso com a melhoria das condições de vida e saúde da população. Tem como proposta pedagógica a Educação Politécnica, uma vez que

Seu projeto pedagógico caracteriza-se pela convicção de que é fundamental propiciar ao homem (enquanto ser político e agente crítico das relações sociais) tanto a aquisição dos conhecimentos técnico-operacionais, quanto os princípios e fundamentos históricos e filosóficos que embasam determinada modalidade de trabalho. (BUSS, 1996:0)

Portanto, tanto o projeto Larga Escala como o da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio possuem propostas para formação de pessoal de nível médio e elementar para a área da saúde, porém, com especificidades distintas. A diferença básica entre elas é que o Projeto Larga Escala realiza a formação em serviço para os trabalhadores de nível médio e elementar, empregados nos serviços de saúde. Aborda apenas o conteúdo profissionalizante, de modo que, para os cursos de nível elementar, o trabalhador deve ter concluído o 1º grau e, para os cursos de nível médio, ter concluído ou estar cursando o 2º grau. A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio oferece, também, cursos de formação de nível elementar e médio para trabalhadores dos serviços de saúde assim como para a comunidade, sendo que esses cursos possuem a característica do antigo 2º grau profissionalizante, ou seja, articulam a formação geral e específica.

Ambas as propostas possuem seu grau de importância de acordo com as necessidades e interesses envolvidos em cada situação. O importante aqui é ressaltar o que elas possuem em comum: a busca da melhoria da atenção à saúde pautada na qualificação dos trabalhadores de nível médio e elementar, ancorada na luta pela redemocratização da saúde no país.

A maioria das ações de saúde que se fizeram presentes no movimento da Reforma Sanitária, efetuaram-se mais concretamente no final da década de 80 de forma que:

As diretrizes da Reforma Sanitária ficaram consagradas na Constituição Federal de 1988, a qual estabelece que: "Saúde é um direito de todos e um dever do estado", influenciada, principalmente, pela VIII Conferência de Saúde, de 1986, a qual é considerada o marco referencial da Reforma Sanitária brasileira, uma vez que é a partir dela que temos uma mudança de paradigmas da saúde em que se propõe uma nova forma de pensar o processo saúde-doença, sendo a saúde não dependente somente da atenção médica, e sim como um processo de vida dos homens ao longo da história. (BRASIL, 1987)

Concomitantemente à VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Bucal-CNSB, em que pela primeira vez, seguimentos sociais externos à profissão participaram da discussão de propostas para tornar de fato a saúde bucal um direito de todos e dever do Estado.

Dentre diversos tópicos abordados, esteve presente o tema da formação de pessoal de nível médio, em que se apontou como necessidade para a Odontologia brasileira,

A formação urgente e a incorporação imediata de pessoal de nível elementar e médio - Atendente de Consultório Dentário-ACD e Técnico em Higiene Dental-THD, como forma de viabilizar a extensão da cobertura e aumento da produtividade, requeridos no atual momento. (BRASIL, 1986:5)

Neste período, o campo da Saúde Bucal, deparou-se com uma crescente incorporação de novas tecnologias, "*no modo de produzir, ofertar e estruturar serviços e ações de atenção à saúde bucal*". Dentre elas pode-se destacar, na atenção primária, as ações de caráter preventivo, educativo e coletivo, com a busca

da racionalização do trabalho a fim de expandir a cobertura dos serviços de saúde à população. Para isso, fazia-se necessário a participação do pessoal auxiliar (FRAZÃO, 1995:10). Para MACHADO (1999:89), "*a redução de tempo e movimentos na execução de procedimentos clínicos é um dos princípios básicos da racionalização do trabalho em Odontologia, permitindo o aumento da produtividade profissional*", com o trabalho em equipe, ou seja, com delegação de funções para o pessoal auxiliar. Caso contrário, a expansão da cobertura dos serviços de saúde fica comprometida.

Muitas mudanças foram acontecendo, em decorrência do processo do movimento da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo que a conquista mais importante para o setor saúde foi a inclusão de um capítulo específico sobre saúde, na Constituição Federal de 1988. Outra conquista positiva foi a aprovação das Leis 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentaram o Sistema Único de Saúde-SUS, a participação da comunidade em sua gestão, descrevendo seus princípios e diretrizes, a competência de cada esfera de governo, a participação complementar da iniciativa privada e o financiamento setorial. O Sistema Único de Saúde-SUS "*é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição Federal de 1988*" (BRASIL, 1990:9).

Porém, de maneira geral, para a implantação do SUS, um dos grandes desafios, segundo SALM (apud: LIMA, 1996), "*(...) vem sendo o da reorientação das práticas sociais em saúde*". Para isso, entendemos que seja necessário investir esforços na formação dos trabalhadores da saúde, como também nas ações educativas¹³ nos serviços de saúde, para:

Ampliar o conceito do processo Saúde-Doença, de modo a possibilitar a compreensão e a articulação dos elementos que incorporam o homem em toda a dimensão da sua vida: nascer, trabalhar, amar e morrer, considerando suas relações

¹³ De acordo com SILVA, (1994:39) ações educativas nos serviços de saúde podem ser compreendidas enquanto práticas sociais ao mesmo tempo coletivas e individuais, que implicam na "*compreensão da sociedade além de sua produção, incorporando elementos da subjetividade humana, resultante das experiências sociais mediatizadas em cada corpo (objeto aparente de intervenção das práticas de saúde) e em cada consciência (objeto aparente de intervenção da educação), em relação com os outros e com o mundo*".

econômicas, sociais, ecológicas e culturais. (CORNETA et al. 1996:47)

Nos anos 90, houve uma desaceleração no avanço das "conquistas" da Reforma Sanitária, em que presenciamos um embate entre a concepção neoliberal, que propõe um Estado mínimo e o mercado como principal regulador da economia, e a concepção da necessidade de um Estado democrático e forte (COHN, 1995).

Com isso, persistem as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, em que as regiões mais pobres, as áreas rurais e periféricas das cidades e a população de baixa renda permanecem em evidente prejuízo. Somando-se a este fato, têm-se grandes desigualdades na distribuição dos trabalhadores de saúde, concentrados na região Sudeste, nas áreas urbanas (BUSS, 1995). Nas palavras deste autor:

O Brasil é um país de marcadas diferenças sociais, que se expressam também ao se analisarem as condições de saúde da população ou o seu sistema de saúde. (ibidem, p. 96)

Para que haja uma possibilidade de concretização dos direitos da população aos serviços de saúde, direito esse presente na Constituição Federal de 1988, que deve efetivamente ser exercido cotidianamente pelas cidadãs e cidadãos, como argumenta um de nossos sujeitos,

"(...) requer presença do Estado no setor saúde, requer uma participação do Estado e tudo mais. (...) acho que essa questão é uma questão que cabe discussão, mas que o papel do Estado é central, não tenho nenhuma dúvida, continuo defendendo isso, sempre defendi, (...), mesmo que você tenha uma situação que o Estado não é o executor direto de serviços, mas ele compra serviços do setor privado, por exemplo, privado empresarial lucrativo, (...) o Estado deve fazer, em benefício das pessoas. Mas essas decisões exigem controle público, decisões em cima de planilhas e custos, decisões tomadas com a participação dos Conselhos de Saúde, etc... Então fazendo uma abordagem muito genérica, mas tocando em algumas questões que me parecem centrais, eu continuo acreditando que é possível, (...) essas questões levam a uma prática profissional saudável, levam à prática profissional adequada às necessidades da população e principalmente a um tipo de intervenção em saúde que vai ao encontro dos interesses populares, aos interesses dos excluídos, dos despossuídos, dos de baixo, dos que têm dificuldades para exercer direitos e tudo mais. Se eu tenho algum compromisso é com esse pedaço, fundamentalmente, o primeiro compromisso é com esse segmento, tenho um compromisso

profissional, de cidadão com o conjunto da sociedade, mas eu reconheço que no conjunto da sociedade há setores que se opõem a esses e o meu compromisso primeiro é com esses, é com os despossuídos, os que não podem exercer direitos e precisam exercer direitos". (CD-D)

Acreditamos que um dos compromissos dos profissionais de saúde é contribuir com a conscientização da população sobre seus direitos à saúde, educação, moradia, trabalho, transporte e lazer, dentre outros. Esse compromisso faz parte das ações educativas em saúde, que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais, independente da função exercida na instituição. Para isso é necessário que os mesmos qualifiquem e socializem seus saberes.

Encontram-se hoje, na literatura, diversos estudos sobre o tema qualificação, porém, neste trabalho, tem-se a proposta de ater-se à qualificação conquistada e obtida através de um curso profissionalizante.

Com relação às exigências atuais do sistema educacional para os cursos técnicos - Educação Profissional, foi promulgada em 1996 uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação-LDB (Lei nº 9.634/96), a qual atende também as políticas internacionais (Banco Mundial e BID) para os países pobres (KUENZER, 1999). Essa Lei traz uma nova configuração para a Educação Profissional com o Decreto 2.208/97, que cria critérios e traça diretrizes específicas para cada modalidade. Tal Decreto propõe três níveis de educação profissional: o básico, o técnico e o tecnológico. A *"formação técnica é complemento da Educação geral"* e traz como objetivo a articulação da educação com o mundo do trabalho (BRASIL, 1997).

Esse projeto ao tramitar no Congresso sofreu uma disputa entre diferentes interesses, de educadores ligados ao ensino técnico que buscavam uma concepção de educação unitária, tecnológica e de caráter público e os interesses do governo. (BAGNATO & COSTA, 1999:3)

KUENZER (2000:24) chama a atenção para as reformas do sistema educacional que reforçam a dualidade estrutural do ensino presente desde os anos 40, no país, a qual *"estabelecia uma trajetória para os intelectuais e outra para os trabalhadores, entendendo-se que essas funções eram atribuídas com base na origem de classe"*. A autora afirma também que

(...) é uma proposta conservadora porque retoma a concepção taylorista-fordista que supõe a ruptura entre o saber acadêmico, desvalorizado por não ser prático, e o saber para o trabalho, desvalorizado por não ser teórico, contrariamente à compreensão contemporânea que mostra, a partir da crescente incorporação da ciência ao mundo do trabalho e das relações sociais, a indissociável articulação entre ciência, cultura e trabalho, entre pensar e fazer, entre refletir e agir. (KUENZER, 1999: 135)

Essa análise é reforçada na proposta do Programa de Reforma da Educação Profissional-PROEP, que tem como objetivo *"transformar a Educação Profissional oferecida no Brasil para que responda, com maior eficiência e eficácia, às demandas do mercado de trabalho e aos requerimentos específicos do desenvolvimento econômico e social do país"* (BRASIL, 1999b). Esse projeto foi criado através de uma parceria do Ministério da Educação-MEC, com o Ministério do Trabalho-Mtb, através do Fundo de Amparo do Trabalhador-FAT e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento-BID, para atender às mudanças da nova LDB na educação profissional.

Dando continuidade a essa proposta, o MEC contando com a participação da Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde - representação do Brasil, *"vem promovendo estudos e elaborando orientações no sentido de implementar as ações previstas na Lei para o conjunto das áreas de formação profissional."* (BRASIL, 2000b.)

Para a construção das propostas das diretrizes curriculares dos cursos da área da Saúde, houve também a participação das entidades de classe da Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Radiologia, que elaboraram uma proposta para contribuir com a elaboração do documento final. Assim, ambas as propostas foram encaminhadas, no primeiro semestre de 1999, ao Conselho Nacional de Saúde que convocou a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para analisá-las e apresentar um texto único contemplando as colaborações oriundas dos dois documentos.

Nessa proposta, os cursos técnicos na área da saúde foi dividido em dois grupos operacionais: os Prestadores de Cuidados à Saúde (técnico e auxiliar de

enfermagem, técnico e auxiliar em nutrição e dietética, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário) e os profissionais de Métodos Complementares e Diagnóstico e Reabilitação (técnico em patologia, radiologia, prótese dentária e auxiliar de prótese dentária). Essa proposta encontra-se em processo de aprovação (MACHADO, 2000).

O primeiro grupo está organizado em quatro Módulos curriculares:

O primeiro, “Fundamentos do Cuidado à Saúde”, constitui percurso comum na formação de todas as habilitações desta família profissional. O desenvolvimento das competências e habilidades referidas em todos os Módulos, deverão ser supervisionadas pelo profissional de nível universitário da área correspondente. O Módulo I é o mínimo obrigatório para as três categorias profissionais aqui apresentadas. (BRASIL, 1999a:14)

Em seguida temos os módulos específicos: o Módulo II - Técnico em Enfermagem; Módulo III - Técnico em Nutrição e Dietética e Módulo IV - Técnico em Higiene Dental. Tal proposta possui uma estrutura curricular flexível, portanto, possibilita ainda que,

(...) Outros módulos poderão ser acrescentados futuramente a essa estrutura curricular, destinados a conferir habilitação técnica a outras ocupações que se consolidem em segmento bem definido do mercado de trabalho e que exijam qualificação em nível técnico. (BRASIL, 1999a:16)

Porém, tal proposta serviu de material preliminar, extra oficial para a estruturação dos Referenciais Curriculares específico da Área da Saúde apresentado pelo MEC.

Os Referenciais Curriculares para a Educação Profissional fundamenta-se na Resolução CNE/CBE n.º 04/99¹⁴, nos Pareceres CNE/CBE n.º 16/99¹⁵ e CNE/CBE

¹⁴ Esta Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

¹⁵ Este Parecer define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, estabelece diretrizes para definição de metodologias de elaboração de currículos a partir de competências profissionais gerais do técnico por área, e oferece possibilidade de cada instituição construir seu currículo pleno considerando “as peculiaridades do desenvolvimento tecnológico com flexibilidade e a atender as demandas do cidadão, do mercado de trabalho e da sociedade” (BRASIL, MEC 2000c:3).

n.º 10/2000¹⁶ e está apresentado da seguinte maneira: um documento introdutório e um documento para cada área específica (www. mec.gov.br).

Para a construção dos Referenciais Curriculares da Área da Saúde foi constituído um grupo de profissionais responsável

(...) com experiência comprovada em educação de nível médio em cada uma das sub-áreas da Saúde. Para que o documento contivesse o conjunto das reflexões dos profissionais de Saúde, os integrantes do grupo foram orientados no sentido de ouvir as opiniões das respectivas entidades de classe, assim como dos demais profissionais da Área. (BRASIL, MEC 2000c:7)

Este documento foi elaborado pelo SENAC – Departamento Nacional, Regional de São Paulo e Rio Grande do Sul, supervisionado pela Secretaria de Educação Média e Tecnológica – SEMTEC.

A certificação dos cursos deste nível de ensino é feita por competências, em que cada módulo possui caráter de terminalidade, para efeito de qualificação profissional, sendo que o aluno recebe o certificado de qualificação profissional. Porém, para receber o diploma de técnico de nível médio, é necessário ter concluído o ensino médio.

De acordo com o referido documento,

(...) as instituições de ensino reconhecem, através de exames, as habilidades, os conhecimentos e as competências adquiridas por qualquer pessoa por meio de estudos não formais ou do próprio trabalho. Esta certificação de competência aplica-se às disciplinas, módulos ou a todo o currículo. É importante lembrar que para obter o diploma de técnico de nível médio não basta o cumprimento dos requisitos da educação profissional de nível técnico, pois é indispensável o certificado de conclusão do ensino médio. (ibidem, p. 13) (grifos do original)

Sabe-se que, hoje, um dos principais órgãos financiadores da Educação Profissional no país é o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que é um órgão

¹⁶ Este Parecer dá providências para orientar os Conselhos Estaduais de Educação sobre os procedimentos para implantar a Educação Profissional de nível Técnico. Fica estabelecido também neste Parecer, que os cursos de auxiliar de enfermagem estão enquadrados na categoria de qualificação profissional de nível técnico devendo seguir as exigências deste nível de ensino, ou seja, conclusão do ensino fundamental para a matrícula no ensino médio e aprovação do curso pelo Conselho Estadual de Educação.

estatal que reserva parte dos seus recursos à formação profissional "*com vistas à solução dos problemas de emprego e competitividade*", na perspectiva de reorganização da economia brasileira (DEDECCA, 1998:288). Sendo assim, pode-se dizer que o financiamento para a formação profissional fica comprometido, por parte do setor público, principalmente para categorias que não são consideradas necessárias para o restabelecimento da economia de mercado. Deste modo, a qualificação dos trabalhadores do setor de serviços, como é o nosso caso, encontra-se num momento que depende da articulação com diferentes órgãos a fim de obter financiamento para sua concretização.

As mudanças que estão ocorrendo nas políticas públicas, advindas do processo de globalização que vem se expandindo e consolidando em nosso país nas últimas décadas, explicitam, para o mundo do trabalho, o avanço da tecnologia e do conhecimento como "*força produtiva por excelência*" (MINAYO, 1997).

Para atingir os avanços da tecnologia e do conhecimento no mundo do trabalho, são postas novas exigências para a educação profissional, em que esta

(...) transforma-se assim, em um instrumento de mistificação, que encobre problemas que a sociedade enfrenta para a geração de renda e, no limite, para a sobrevivência do indivíduo. Nesse contexto espera-se da formação a garantia não só de competência, habilidade, qualificação, mas, e talvez principalmente, de empregabilidade. (...) Helena Hirata aponta ainda a utilização ideológica e política do conceito. Consiste em transferir para o trabalhador a responsabilidade da não-contratação ou da demissão. (LÚCIO & SOCHACZEWSKI, 1998:107)

Acredita-se que é fundamental uma formação geral e específica para dar ao trabalhador condições para se contrapor a essa realidade em que se encontra nossa sociedade, pois entende-se a educação enquanto um processo que possibilita ao indivíduo tomar consciência de si mesmo e do mundo em que está inserido. Mas sabe-se, também, que apenas isso não é suficiente para transformar esta realidade. Neste contexto, SEGNINI, (1998:41) argumenta que, para mudá-la,

(...) precisamos entender a qualificação para o trabalho enquanto uma relação social, muito além da escolaridade, sendo necessário políticas e ações concretas, que possibilitem real desenvolvimento

(distribuição de renda, reforma agrária, do sistema de saúde e educacional), para poder estar superando desigualdade e construindo condições sociais que redundam em cidadania e qualificação.

Diante disso, discute-se a necessidade de buscar uma relação favorável entre diferentes campos do conhecimento associados à educação e trabalho, a fim de dar conta das reais necessidades do setor saúde, uma vez que compete a este prestar assistência sem riscos à população, seja ela pública ou privada.

2.4. Situando historicamente a Saúde Bucal e seus sujeitos

Os sujeitos dessa história, bem como suas histórias de formação, fazem parte da Odontologia e, conseqüentemente, de sua história, acompanhando seus movimentos, avanços e retrocessos.

O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário são profissionais auxiliares da área odontológica, juntamente com o técnico em prótese dentária (TPD), o auxiliar de prótese dentária (APD) e o técnico de manutenção de equipamentos odontológicos¹⁷. Esses profissionais auxiliares compõem a equipe odontológica juntamente com o cirurgião dentista, participando de todo o processo de trabalho prestado à população. Porém, o foco deste foi sobre os processos de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário.

Os primeiros indícios, na literatura, de incorporação e preparação de pessoal auxiliar na Odontologia, no Brasil, datam da década de 50, em programas de Saúde Pública da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública-FSESP, que utilizavam atendentes e auxiliares de higiene dentária para combater a cárie. (LOURES & SILVA FREIRE, 1964)

A FSESP foi criada em 1942, no Rio de Janeiro, por iniciativa dos Estados Unidos da América, às nações que contribuía *"com produtos vitais e indispensáveis ao esforço de guerra, como borracha, quartzo, mica, etc."*, enquanto um *"programa bilateral de cooperação técnica de saúde e saneamento, que teriam por finalidade primeira desenvolver condições satisfatórias nas áreas onde seriam extraídos aqueles produtos"*. Com o término da guerra, devido aos êxitos alcançados, nos locais em que operaram, o contrato foi renovado e as ações estendidas para outras áreas. Tornou-se um órgão Federal permanente com a Lei n.º3.750, em 1960, sem vinculação internacional (BRITO BASTOS, 1984:28).

Com isso, não se pode deixar de destacar que as ações da FSESP tiveram influência direta dos EUA. Neste país, a proposta de utilização e qualificação de pessoal auxiliar na Odontologia surgiu nas primeiras décadas do século XX e hoje

¹⁷ O técnico em manutenção de equipamentos odontológicos é um tipo de pessoal auxiliar que embora sua importância seja reconhecida ainda não se traduziu em profissionalização.

existe uma forte organização de Higienistas Dentais, inclusive com cursos de especialização.

Na Nova Zelândia, a utilização de pessoal auxiliar com funções expandidas, existe desde 1921. Segundo CARVALHO (1999), essa experiência foi referência para o tema, na proposta da Organização Mundial de Saúde-OMS, por volta de 1949, em investir na expansão de utilização de pessoal auxiliar odontológico, nos países da África, Ásia e América Latina.

Em vários países esses profissionais seguem as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e possuem diferentes denominações. No início da década de 70, a OMS classificou-as em: higienista dental, enfermeira dental, assistente dentário, assistente dentário com funções expandidas, técnico de laboratório dentário e a terapeuta dental (CARVALHO, 1999). No Brasil, temos o técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário, técnico em prótese dentária e o auxiliar de prótese dentária.

Em 1968, a OMS, após um Seminário Internacional sobre profissionalização em Odontologia, contando com a participação de vários países, publicou um documento com orientações aos interessados na inclusão de pessoal auxiliar em suas equipes de Odontologia. 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 do cirurgião dentista com formação universitária, os custos de um tratamento odontológico eram elevados e havia uma alta prevalência de doenças bucais (MYERS, apud MACHADO, 1999).

Acreditava-se que, com a implementação dessas, esses países poderiam alcançar a seguinte situação: com a incorporação do pessoal auxiliar na equipe, seria necessário formar um número menor de cirurgião dentista, haveria um trabalho em equipe com delegação de funções possibilitando progressos nas condições de trabalho, o que poderia refletir numa melhora na qualidade e quantidade dos serviços. Conseqüentemente, com a diminuição dos custos e o aumento da produtividade dos serviços odontológicos, teríamos um aumento nas possibilidades

de acesso da população a esses serviços com melhora dos índices de Saúde Bucal. Porém, no Brasil, não foi isso o que aconteceu nos anos seguintes.

Essas trabalhadoras - em sua maioria mulheres - surgiram principalmente para desenvolver o tratamento profilático das pessoas que encontram-se sob cuidados - os pacientes - e assegurar maior tempo aos dentistas nos procedimentos mais complexos, para os quais haviam sido "treinados" (CARVALHO, 1999).

No Brasil, a incorporação dessas trabalhadoras, deu-se com maior ênfase no início da década de 80, em que se buscava atender às necessidades da população por serviços odontológicos, devido a uma pressão da população organizada nos Movimentos Sociais. Essa mobilização ganhou força na década de 70, como foi visto anteriormente, e somou-se ao forte impacto do movimento da Reforma Sanitária, no campo da saúde (MACHADO, 1999).

No campo da Saúde Bucal, existem pelo menos duas razões históricas para a incorporação e a expansão do pessoal auxiliar nos serviços de saúde. Uma é a "liberação" de profissionais, cada vez mais especializados, das funções mais simples (mas não menos importantes) do trabalho odontológico. E a outra razão está relacionada à necessidade de expansão dos serviços de Odontologia a um custo menor, buscando a racionalização do processo de trabalho (CARVALHO, 1999). Ressaltamos que tal racionalização é entendida aqui como uma proposta de reduzir tempos e movimentos na execução dos procedimentos clínicos possibilitando o aumento da produtividade de cada profissional. Vale destacar que Saúde Bucal, de acordo com NARVAI (1994:70), "*extrapola os estreitos limites da Odontologia do meramente assistencial, vale dizer daquilo que é normalmente 'odontológico'*".

No início da década de 80, a proposta de incorporar, nos serviços públicos de saúde, medidas preventivas e educativas às curativas, foi resultado de uma nova proposta de modelo para a atenção odontológica em que foram adotados espaços coletivos de trabalho, com técnicas e equipamentos simplificados, sendo o trabalho do pessoal auxiliar indispensável para seu completo funcionamento.

Essa proposta originou-se no Distrito Federal, com o PISE - Programa Integrado de Saúde Escolar, da Secretaria de Educação, que buscou simplificar a tecnologia odontológica para atender às classes menos favorecidas. Foram

desenvolvidas clínicas modulares com três ou mais “camas clínicas”, que substituíram as cadeiras odontológicas as quais eram mais sofisticadas e realizaram capacitações em serviço para técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário.

O CD-D teve contato com este programa e seu criador, em 1981,

"(...) quando eu fiz o curso de especialização, (...) e tive contato, também, com a experiência de Brasília, com o Programa Integrado de Saúde Escolar, conheci o Sérgio Pereira e toda a experiência de Brasília, (...). O Sérgio Pereira é um nome fundamental na Odontologia em Saúde Coletiva no Brasil, entre tantos outros pioneiros, (...) ele deu uma contribuição inestimável explorando novas tecnologias, inovando na montagem de equipamentos simplificados, criando espaços de trabalho inovadores, aprofundando, radicalizando a questão de clínicas desmontáveis e transportáveis e muito preocupado com extensão de cobertura, ampliação de pessoas beneficiadas pelos programas públicos e tudo mais. O Sérgio Pereira faleceu num acidente de carro alguns anos atrás, mas é um nome que não podemos deixar de lembrar e reconhecer a contribuição fundamental que nos deu, a nós que temos esse compromisso com a Saúde Pública e com a Saúde Bucal Coletiva. (...)".

As clínicas modulares fixas ou transportáveis foram idealizadas com o principal objetivo de aumentar a cobertura na assistência odontológica individual. Consistem em ambientes coletivos ergonomicamente orientados com três, quatro, seis ou mais cadeiras odontológicas próximas a uma bancada central de apoio, operadas por cirurgião dentista, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, que usam técnicas de trabalho instrumentado, adequados sistemas de sucção, de preparação de materiais e de proteção e biossegurança. Nos anos 80, essa proposta atingiu grande parte dos serviços públicos do país.¹⁸

Em relação à organização das ações de assistência odontológica individual, tem-se observado a implementação de sistemas de trabalho com alta cobertura com clínicas modulares fixas ou transportáveis que incorporam uma série de inovações tecnológicas oriundas dos estudos de ergonomia e de simplificação e racionalização do trabalho odontológico". (FRAZÃO, 1997:5)

¹⁸ A esse respeito consultar: FRAZÃO, Paulo. "Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do SUS". 1997.

Mais recentemente, o aumento da incorporação e do processo de formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário estão relacionados também:

- à incorporação de sistemas de trabalho inovadores, decorrentes da aplicação de princípios ergonômicos ¹⁹ ao processo de trabalho odontológico;
- às exigências das normas de biossegurança intensificadas no final da década de 80, principalmente com o surgimento da Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (AIDS);
- à utilização crescente e diversificada de medidas preventivas e educativas, em que o pessoal auxiliar tem papel fundamental e estratégico na sua implementação.

Porém, somente em maio de 2000, com a Resolução n.º14/2000 do Conselho Federal de Odontologia (**anexo-3**), foram introduzidas às regulamentações do atendente de consultório dentário da Resolução n.º185/93²⁰ do Conselho Federal de Odontologia (**anexo-3**) atribuições referentes à "*lavagem, desinfecção e esterilização do instrumental e do consultório*". Estas atribuições relativas às normas de biossegurança, não estavam explicitadas na resolução.

Após a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal-CNSB, em 1986, o Conselho Federal de Odontologia, considerando as recomendações do relatório final, nomeou uma Comissão Especial para ponderar sobre os seguintes tópicos:

- Pessoas exercendo as funções de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário sem habilitação legal;
- As exigências do sistema de ensino para a formação e qualificação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário;
- A ausência de regulamentação destas profissões no Ministério no Trabalho;
- A necessidade de reformulação das atribuições típicas destas profissões, face às exigências das atividades públicas e privadas.

¹⁹ Princípios Ergonômicos (Ergon= trabalho e Nomos= regra, norma), são algumas regras que, quando aplicadas, buscam prevenir o *stress* e a fadiga provocados por posturas inadequadas do profissional durante o processo de trabalho. (FRAZÃO, 1997)

²⁰ Em anexo, trazemos as atribuições do ACD e do THD, de acordo com a Resolução 185/93 do CFO, que está em vigor. (**Anexo-3**)

Com isso o Conselho Federal de Odontologia alterou os Capítulos IV e V da Decisão n.º26/84, aprovada pela Resolução n.º155/84, e deliberou a Resolução n.º157/87. Esta última atendeu ao último item do relatório final da Conferência Nacional de Saúde Bucal e ampliou as funções do atendente de consultório dentário em relação à prevenção e controle da cárie dental e cuidados com a manutenção do equipamento odontológico. A Resolução n.º185/93 reduziu as atribuições do técnico em higiene dental, alterando o Capítulo IV, item n) "*polir restaurações*" para: "*polir restaurações, vedando-se a escultura*", ou seja, após a inserção do material restaurador na cavidade dental, o mesmo não poderá esculpir, dar formas anatômicas à restauração, inviabilizando-lhe essa atividade.

Para PINTO (1993:53), embora

(...) as profissões de THD e ACD tenham sido oficialmente instituídas em 1975 pelo Ministério da Educação, sua expansão tem sido lenta, dada a resistência da classe de CD, ciosa da reserva de mercado de que é detentora. As maiores barreiras na década de 80 foram levantadas em São Paulo onde entidades representativas dos odontólogos mostraram-se ativamente corporativistas e conservadoras a respeito da incorporação de pessoal de nível técnico à força de trabalho profissional.

Cirurgiões dentistas, do campo da Saúde Bucal Coletiva, levaram essa discussão para as Conferências de Saúde e os ENATESPOS - Encontros Nacional de Técnicos e Administradores dos Serviços Públicos Odontológicos, apresentando, na maioria destes, propostas para reverter esse quadro.

Alguns trabalhos publicados apontam a importância do pessoal auxiliar odontológico na equipe de Saúde Bucal, pois acreditam que, para um modelo de atenção em Saúde Bucal atender à realidade da população brasileira, faz-se necessária a utilização do trabalho em equipe. Porém, o fazem na perspectiva do aumento da produtividade, racionalizando o trabalho e diminuindo os custos, não congregando a importância desses trabalhadores no processo de trabalho como um todo, na desmonopolização do saber odontológico, no trabalho em equipe, na

inclusão de questões até então desvinculadas pela ótica do capital, ou seja, da racionalidade instrumental.

Foi realizada uma consulta junto ao Conselho Federal de Odontologia em relação ao número de cirurgião dentista, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, no período entre 1985 e 2000²¹, obtendo-se os seguintes dados:

Tabela 1- Relação CD/THD + ACD, no Brasil
(período de 1985 a 2000).

Ano/ Categoria	Março/1985	Março/1990	Março/1995	Abril/2000
CD	74.988	99.146	124.735	156.368
THD	01	1.193	2.626	3.857
ACD	1.924	4.920	12.969	22.951
Relação CD/ THD+ACD	1/0,02	1/0,06	1/0,12	1/0,17

Fonte: CFO, 2000

Por sua vez, o crescimento populacional deu-se da seguinte maneira neste período:

Tabela 2 - Dados da População Brasileira (Censo)

Ano	1980	1991	1996	2000
População	119.002.706	146.825.475	157.070.163	169.544.443

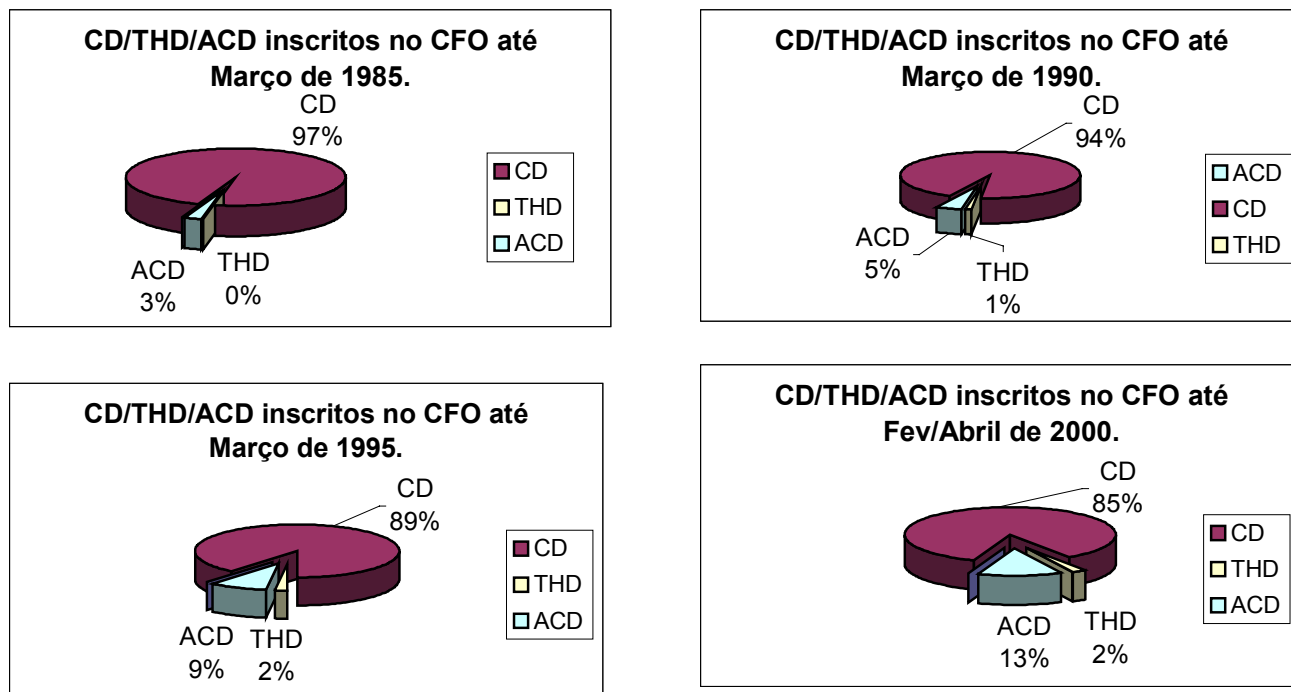
Fonte: IBGE, 2000

Conforme o Censo 2000, a relação cirurgião dentista/população era de 1 para 1.059.

Com os dados da Tabela -1 e os apresentados abaixo, no gráfico -1, podemos verificar o percentual praticamente constante da relação CD/THD+ACD, durante esse período.

²¹ Fizemos a opção por esse período porque foi, a partir de 1985, que esses profissionais foram reconhecidos no Conselho Federal de Odontologia e com isso, puderam se inscrever no mesmo.

Gráfico 1- Percentual de CD, THD e ACD, inscritos no CFO, no período de 1985 a 2000



Fonte: CFO, (2000)

Com relação ao aumento do número de cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental e atendente de consultório dentário, nota-se que é discrepante o crescimento de cirurgiões dentistas em relação ao de atendente de consultório dentário e este ao de técnicos em higiene dental. Considerando-se as três categorias profissionais, há um aumento considerável de 160% na proporção de atendentes de consultório dentário na década de 90. Já o número de técnicos em higiene dental se mantém praticamente constante.

NARVAI(1997) e MACHADO (1999) afirmam que os dados do referido Conselho são subestimados em relação ao pessoal auxiliar. O CD-C propõe a realização de um censo para conhecermos a realidade desses números.

Isso é corroborado pelos dados de uma pesquisa realizada recentemente no Estado do Paraná, que mostram que 75% dos técnicos em higiene dental entrevistados não estão registrados no Conselho Regional de Odontologia, daquele

Estado. Algumas das razões pelas quais não o fazem, na voz dos técnicos em higiene dental, entrevistados por MACHADO (1999:169), são as seguintes:

- *o valor das taxas de inscrição e das anuidades são incompatíveis com os salários que recebem. (...)*
- *o Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional do Conselho Regional de Odontologia, no estado do Paraná, tem priorizado a extinção do exercício ilegal da profissão, ou seja, procura coibir a atuação dos "dentistas práticos", pessoas sem a devida qualificação profissional que prestam assistência odontológica a segmentos da população sem acesso a outro tipo de atenção odontológica;*
- *não se sentem motivados para legalizar a sua situação perante ao Conselho Regional de Odontologia, porque acham que o referido órgão não está preocupado com a situação funcional destes trabalhadores; "Sou THD há 8 anos, recebo as revistas e jornais do CRO só que as THDs são sempre esquecidas, não existem artigos relacionados a nossa atuação parece que o Conselho é só de dentistas. Gostaríamos que a nossa profissão fosse lembrada, o Conselho só lembra da gente em janeiro na hora de pagar a anuidade" (Técnico em Higiene Dental A, 1997).*

Segundo uma consulta feita à lista eletrônica de discussões da REPIBUCO²², em 01/03/2000, existe uma recomendação da OMS quanto à relação cirurgião dentista/pessoal auxiliar, que era um cirurgião dentista para um pessoal auxiliar (THD+ACD) e que deveria ter sido atingida até 1980. A composição da equipe é um tema que comporta discussões e reflexões, pois não se trata simplesmente de considerar uma relação linear de divisão técnica do trabalho, deve ser considerada também a qualificação dos trabalhadores envolvidos, os aspectos ligados ao modelo de atenção à saúde adotado, as características sócio-epidemiológicas da população assistida, entre outros. Infelizmente é pequeno o número de pesquisas sobre o tema, no Brasil.

Com relação ao aumento significativo do número de cirurgiões dentistas no país, entende-se que um dos motivos deve-se ao fato do aumento do número de

²² A REPIBUCO (Rede Nacional de Epidemiologia em Saúde Bucal), parte integrante da Rede CEDROS, Rede para Cooperação em Estudos e Desenvolvimento de Recursos Odontológicos para o Setor Saúde, sediada na UFRJ, foi idealizada em 1996, no ENATESPO de Curitiba-PR. Mais informações consultar NARVAI, Paulo C. "Repibuco: ousar e criar". Ação Coletiva, n.2 Brasília, 1998.

cursos de Odontologia nesse período, "*o Brasil já tinha, em 1988, 11% de todos os dentistas do mundo, e de lá para cá o número de cursos cresceu, contrariando uma tendência mundial*" (FREITAS, 1993:45).

NARVAI (1997) apresenta alguns dados que demonstram a desproporção do crescimento da população brasileira, que cresce 2,2% ao ano e o número de cirurgiões dentistas que vem crescendo 5,5% ao ano. Um outro trabalho, apresentado por NARVAI & FRAZÃO (1999), mostra que ingressam, aproximadamente, 8.500 novos cirurgiões dentistas no mercado anualmente.

Curioso que, com relação ao acesso da população aos serviços odontológicos, sabe-se que apenas 5% da população tem acesso regular e 15% irregular. Somando-se a essa realidade, temos uma má distribuição dos profissionais no país, havendo uma concentração, dos mesmos, na região Sudeste (NARVAI, 1997; FREITAS, 1993). A comprovação desta situação está nos dados recentemente divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que quase um quinto da população brasileira (18,7%) nunca foi ao dentista. Para a zona rural, esses números aumentam para 32% (SILVA, 2000).

Esse fato é corroborado pela discrepância entre o número de Cursos de Odontologia, Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário, no Brasil. Em 1997, havia 58 Escolas (públicas e privadas), que ofereciam curso para formação de atendentes de consultório dentário, e 64 para formação de técnicos em higiene dental (CFO, 1997). Em 2000²³, os números eram de 77 Cursos de técnicos em higiene dental, 74 Cursos de atendentes de consultório dentário e 111 Faculdades de Odontologia, cadastrados no Conselho Federal de Odontologia.

Pode-se observar que, mesmo que se tenha um número mais equilibrado de cursos de Odontologia, com os cursos de Técnico em Higiene Dental e de Atendente de Consultório Dentário, a desproporção entre o número de inscritos continua. Mas essa não é uma relação simplesmente numérica, existem muitos elementos que caracterizam e diferenciam cada um deles. Possuem nível de formação diferentes, em que cada um exige um período de duração. Os cursos de Técnico em Higiene

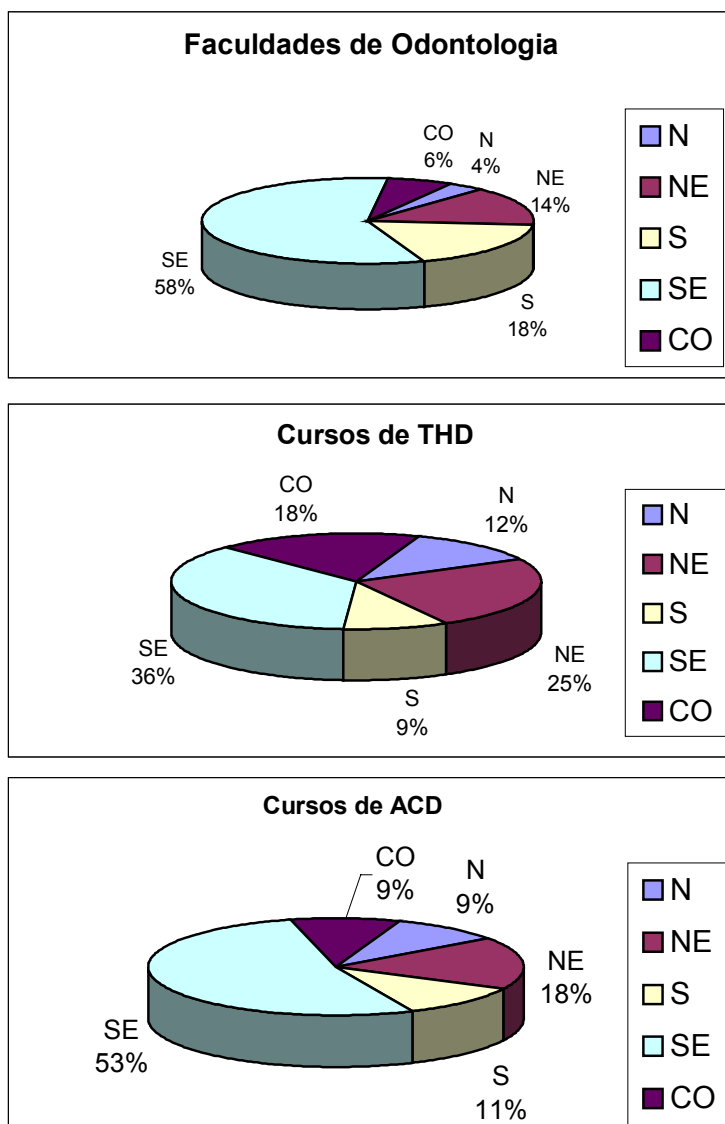
²³ Encontra-se em anexo a relação dos cursos de THD e ACD fornecida pelo CFO, (2000). (**Anexo-4**)

Dental e de Atendente de Consultório Dentário, presentes em nossa relação, não são oferecidos com a mesma regularidade, pois os Centros Formadores e Escolas Técnicas organizam as turmas de acordo com as necessidades dos serviços de saúde. As universidades que oferecem esses cursos possuem uma periodicidade mais constante.

Os cursos de Técnico em Higiene Dental e de Atendente de Consultório Dentário não possuem uma verba específica do MEC, bem como os demais cursos que se enquadram na Educação Profissional da LDB de 1996. Na última década, é, principalmente, o Fundo de Amparo ao Trabalhador que vem destinando verbas a esse nível de ensino, no país. Este segue a lógica do mercado, em que a prioridade para aprovação de projetos está relacionada ao grau de empregabilidade desse trabalhador no mercado de trabalho. De acordo com a CD-E, o Centro Formador do Estado do Paraná vem utilizando esses recursos desde 1998, para a formação do atendente de consultório dentário.

Com relação à distribuição desses três Cursos por regiões no país, nota-se que os mesmos encontram-se concentrados na região sudeste. **(Gráfico 2)**

Gráfico 2 - Distribuição de Escolas que oferecem cursos de THD e de ACD e Faculdades de Odontologia por região do país, em fevereiro de 2000.



Fonte: CFO, (2000)

Com relação à distribuição dos cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental e atendente de consultório dentário, por regiões do país no período entre 1985 a 2000, encontramos uma desproporção regional. Esse quadro reflete mais uma vez as desigualdades na distribuição dos trabalhadores de saúde, concentrados na região sudeste, conforme Tabelas -3 e 4.

Tabela-3 - Distribuição de CD/THD/ACD por região do país, em 1985

Região/ Categoria	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro- Oeste
CD	1787	10508	10933	46755	5005
THD	0	0	1	0	0
ACD	6	57	20	1839	2

Fonte: CFO, (2000)

Tabela-4 - Distribuição de CD/THD/ACD por região do país, em 2000

Região/ Categoria	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro- Oeste
CD	4407	20469	22972	97170	11350
THD	274	283	632	1931	737
ACD	1069	2283	3245	15429	925

Fonte: CFO, (2000)

As profissões de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário ainda não possuem uma legislação; somente existe a Lei n.º 5.081 de 24 de agosto de 1966 que regula o exercício da Odontologia e mesmo assim, ela se restringe ao exercício profissional do cirurgião dentista, não fazendo referência ao técnico em higiene dental e nem ao atendente de consultório dentário.

Em 1989, um projeto de Lei n.º 2.244/89, apresentado pelo deputado Robson Marinho, para regulamentar legalmente as profissões de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário, não foi aprovado.

De acordo com BARBOSA (1991:37-38)

Os setores mais reacionários da categoria odontológica, apresentaram razões ao parlamentar de que o projeto estimulava a prática ilegal da profissão, não era condizente com a realidade dos serviços e que várias atribuições do THD eram privativas do cirurgião dentista.

Após algumas tentativas, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica-MBRO²⁴ organizou, em São Paulo, em 1989, o I Encontro Nacional sobre Legislação do Pessoal Auxiliar Odontológico e em 1990, o II Encontro, em Brasília. O objetivo era ampliar os debates sobre essa questão, o que resultou na elaboração de um documento "*mais condizente com a realidade dos serviços e com as aspirações dos setores democráticos da Odontologia*", sendo esse documento anexado ao projeto de Lei. Esta mobilização incentivou a criação de Associações de técnicos em higiene dental e atendentes de consultório dentário, em alguns Estados (BARBOSA, 1991:38).

Vale destacar a existência de Associações de Técnicos em Higiene Dental e Atendentes de Consultório Dentário em alguns Estados do país, tendo sido realizados Encontros nacionais para discutir sobre a formação, o perfil profissional, a organização das categorias, o mercado de trabalho e o papel dos mesmos frente à equipe de Saúde Bucal, entre outros assuntos. O último encontro de que temos conhecimento ocorreu em julho de 1994 em Goiânia-GO.

Em 1993, dando continuidade a essa luta, o projeto de Lei n.º 53 foi apresentado e aprovado pelo Congresso Nacional. Porém, o então Presidente da República Itamar Franco vetou-o. De acordo com o Jornal a Gazeta Mercantil de dezembro de 1993, o argumento utilizado foi o seguinte:

O planalto ouviu os técnicos do Ministério do Trabalho, que argumentaram que a regulamentação de tais profissões "restringe o mercado de trabalho, delimita o campo de ação, desmotiva o aperfeiçoamento profissional e impede a plena liberdade contratual." O veto se baseou no fato de que o projeto incorre na "excessiva regulamentação, numa atividade que não implica conhecimentos avançados". Sua aplicação determinaria a desnecessária criação de mais um conselho de categoria, com formação nova e restritiva reserva de mercado. (GAZETA MERCANTIL, 1993)

²⁴ A partir da década de 80, movimentos contra-hegemônicos da Odontologia conquistaram espaço no campo das políticas públicas. Contavam, principalmente, com articulações de estudantes e profissionais dos serviços de saúde. Dentre eles, têm-se os Encontros Científicos de estudantes de Odontologia (ECEOS), a partir de 1979, e o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), bem como os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço odontológico (ENATESPOS), que iniciaram em 1984. Este último ocorre anual ou bianualmente.

Esse veto deveu-se, provavelmente, à decisão do Conselho Federal de Odontologia que, no mesmo ano, em 1993, restringiu, teoricamente, as atribuições do técnico em higiene dental com a Resolução n.º 185 que, segundo o artigo de PIMENTA (1994:1519), ocorreu principalmente *"para evitar a superposição de atividades entre o THD e o cirurgião-dentista"*. Tal medida foi reforçada pela postura corporativista e mercantilista dos dirigentes da classe daquele momento. Para o vice-diretor da Faculdade de Odontologia da USP em 1994, Moacyr da Silva, que defendia a não regulamentação do técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, era necessário estar bem atento para a atual

conjuntura mercadológica adversa para os dentistas recém-formados, (...). No mesmo sentido, seria necessário que os poderes públicos atuassem a fim de evitar que as escolas de formação de ACDs e THDs não proliferassem indiscriminadamente, como ocorreu com as faculdades de Odontologia. "Precisamos ter garantias de que a Lei será cumprida e que os ACDs e THDs serão realmente sempre acompanhados por cirurgiões-dentistas". (PIMENTA, 1994:1518-1519)

Foi uma fase crítica que exigiu, dos técnicos em higiene dental e daqueles que defendiam sua inserção na equipe odontológica, uma postura

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do trabalho, constitui um conjunto ordenado de categorias profissionais, cadastradas de acordo com o comportamento do mercado. As categorias são agrupadas *"tendo em vista a analogia dos conteúdos de trabalho e as condições exigidas para o seu desempenho"*. De acordo com tal classificação, de 1994, o técnico em higiene dental está enquadrado no Grande Grupo 0/1- Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados. Nesse grupo, encontram-se, principalmente, os trabalhadores que possuem formação universitária e desempenham atividades que exigem conhecimentos de caráter intelectual, porém estão presentes também os técnicos que, sob supervisão de profissionais de nível superior, desempenham tarefas *"análogas, porém de amplitude e responsabilidade menores"* (BRASIL, 1994b:11-14). Neste documento, as atribuições do técnico em

higiene dental assemelham-se às do Parecer 460/75 do Conselho Federal de Educação.

O atendente de consultório dentário não é referido na CBO-1994, mas há o Recepcionista de consultório médico ou dentário, no Grande Grupo 3, dos Trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados. Suas atribuições são basicamente administrativas, podendo também "*esterilizar os instrumentos e desempenhar outras tarefas afins, para auxiliar o médico ou cirurgião-dentista*" (BRASIL, 1994b: 246).

Portanto, para fins trabalhistas, o atendente de consultório dentário recebe uma outra denominação, bem como outras atribuições. Entende-se com isso, que essa realidade compromete sua identidade profissional, tanto no exercício profissional dos mesmos no mundo do trabalho, quanto fora dele, afetando diretamente seus direitos enquanto trabalhador. Acreditamos que essa situação seja um reflexo da baixa valorização de um saber qualificado para o exercício profissional desses trabalhadores bem como, reflete as características do mercado de trabalho nesse final de século XX.

Em termos de tendência, nos anos 90 o crescimento do emprego no setor saúde diminuiu se comparado os anos 70 e 80. Houve um aumento das categorias administrativas em relação as de cuidados de saúde e a elevação dos "desqualificados" no setor. Esse quadro sugere um "*tratar-se de um artifício de ocultamento de informações. Parece ser o caso de 'rebaixamento' nominal de ocupações técnicas de nível básico, em função de políticas salariais praticadas pelo setor privado*" (BRASIL, 1999a:8).

Em 1994, no Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo²⁵, foi realizado um levantamento entre os cirurgiões dentistas, sendo que, dos 664 entrevistados, apenas 6% empregavam técnicos em higiene dental em seus consultórios, enquanto que os demais (94%) trabalhavam com atendentes de

²⁵ O Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo acontece bianualmente e é organizado pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas-APCD. Os cirurgiões dentistas que frequentam são na maioria brasileiros, havendo presença de profissionais de outros países também.

consultório dentário "treinado" informalmente em seus próprios consultórios (PIMENTA, 1994).

Neste contexto é possível entender porque temos, em 1995, a Decisão n.º 25 do Conselho Federal de Odontologia, que prorrogou novamente o prazo para a exigência de certificado ou diploma para o atendente de consultório dentário registrar-se nos Conselhos Regionais. Permaneceram assim, apenas com a obrigatoriedade da declaração firmada pelo cirurgião-dentista comprovando a experiência de um ano na função e, com isso, atuando sem necessidade de um saber qualificado para prestar seus serviços à população. Em junho de 1998, a Portaria n.º 179 do Conselho Federal de Odontologia prorrogou novamente, por mais dois anos, afirmando ser esta "*improrrogável*", ou seja, o prazo final, para a não exigência do certificado, seria em junho de 2000. Assim sendo, após esta data o atendente de consultório dentário deverá apresentar certificado de formação para obter o registro.

Essa realidade é determinada por um modelo de prática hegemônica fundamentada numa "Odontologia de mercado"²⁶, em que saúde e doença são entidades distintas e separadas, reduzidas a sua dimensão individual e associada ao consumo de serviços odontológicos, baseados nos moldes da racionalidade técnica, utilitarista fortemente presente no capitalismo. Esse modelo foi e ainda é criticado amplamente pelo grupo com propostas contra-hegemônicas, da classe odontológica e tem sido amplamente debatido (NARVAI, 1994).

Na verdade, temos que concordar com MACHADO (1999:111) que afirma que

De modo geral estes auxiliares, no Brasil, não constituem uma categoria ocupacional consolidada ficando a mercê das oscilações do mercado de trabalho e das políticas sociais; são discriminados, apesar de sua importância nos serviços públicos de saúde, e nem ao menos são citados nas estatísticas do Ministério do Trabalho.

²⁶ Pode-se afirmar que ao longo dos anos tivemos diferentes adjetivações para a odontologia brasileira destacando: Odontologia Sanitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Social, Odontologia Simplificada, Odontologia Comunitária, Odontologia Integral, Odontologia de Mercado e nos anos 80 a Saúde Bucal Coletiva. Esse tema suscita diferentes discussões sobre as concepções de cada uma dela, porém não é nossa intenção trazê-las neste momento. Sobre o assunto consultar NARVAI (1994).

Pode-se afirmar também que grande parte das críticas referentes às competências do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, são decorrentes do "(...) *desconhecimento dos dispositivos legais já existentes e que, a rigor, deveriam bastar para disciplinar o trabalho de equipes de Saúde Bucal sob comando, coordenação e controle do CD*" (NARVAÍ, 1997:458).

Além do desconhecimento dos dispositivos legais, a principal polêmica dos cirurgiões dentistas, em relação ao técnico em higiene dental, ainda é referente à reserva de mercado. Mas deve ser considerado que, hoje, o principal gerador de emprego para o cirurgião dentista é o setor público, sendo que ocorre, em geral, uma elevação no número de cirurgiões dentistas contratados quando o serviço de saúde bucal possui uma proposta de trabalho em equipe, com técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário e ênfase na promoção e prevenção das ações de saúde (NARVAI & FRAZÃO, 1999).

Porém, ainda hoje, os profissionais que acreditam e são favoráveis ao trabalho em equipe, à inclusão do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário no processo de trabalho odontológico, que buscam uma nova forma de organizar os serviços públicos de Saúde Bucal, de acordo com as diretrizes do SUS (universalização, democratização, equidade, participação da comunidade nas decisões, integração das ações, baseadas nas condições sócio-epidemiológicas da demanda) encontram dificuldades (MACHADO, 1999).

Em outubro de 2000, o Ministro da Saúde, José Serra, anunciou, oficialmente, a inclusão da equipe de Saúde Bucal (CD + THD + ACD) no Programa Saúde da Família -PSF.

Este Programa é considerado uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde e com a inclusão das equipes de Saúde Bucal pretende-se ampliar a atenção à saúde da população.

As equipes de saúde da família serão formadas por odontólogos, técnicos de higiene bucal (THD) e atendentes de consultório dentário (ACD). Em 2001, serão cinco mil equipes para trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família já existentes. Com a expansão do PSF - meta de 20 mil equipes para 2002 - a estimativa é de que as ações de saúde bucal dêem cobertura

para mais de 96 milhões de brasileiros, 56,57% da população do país. (...)

Cada equipe de Saúde da Família atende uma média de mil famílias e é formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O Programa Saúde da Família foi criado em 1994. (BRASIL, 2000a.)

Com essa medida, o Ministério da Saúde pretende gerar, no próximo ano, 10 mil novos empregos e realizar capacitações para cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental e atendentes de consultório dentário. Aspira, também, realizar cursos de formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário, como fica explicitado abaixo:

O plano prevê cursos de formação e capacitação dos profissionais. A meta para 2001 é formar 1.407 atendentes de consultórios dentários e 2.109 técnicos de higiene dentária. O Brasil tem atualmente 3,8 mil THD. Serão capacitados 5.431 cirurgiões dentistas, 2.173 THD e 5431 ACD, além de 61.200 agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2000a.)

Atualmente, existem cerca de 160 mil cirurgiões dentistas, 3.800 técnicos em higiene dental e 23 mil atendentes de consultório dentário no país, inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia e, distribuídos desigualmente no território nacional. Com a proposta de formação prevista, os números passarão para um total de 30 mil auxiliares e técnico, mantendo a desproporção histórica existente na equipe de Saúde Bucal.

Em dezembro de 2000, o Ministério da Saúde baixou a Portaria n.º 1.444, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família, ficando assim definido:

Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

- *Modalidade I Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário R\$ 13.000,00 (treze mil reais)*

- *Modalidade II Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental - R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais). (...)*
(...) Estabelece o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. (...).
(BRASIL, 2000a.)

Espera-se que, com essa ação, haja uma movimentação para a abertura e reabertura de cursos de formação de técnicos em higiene dental e de atendentes de consultório dentário nos CEFOR/ETS.

A memória é construída de indícios, de registros. Sem o reconhecimento oficial, como fazer parte de uma história que não seja só "oficiosa"? Que memória os técnicos em higiene dental e os atendentes de consultório dentário poderão construir?

CAPÍTULO - 3

DAS MEMÓRIAS NARRADAS À CONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA ABERTA, INACABADA...

A "memoração" não tem o poder de libertação das amarras do presente, mas tem uma função importante no "resgate libertador do que aconteceu, do que poderia ter acontecido". Para isso é preciso resgatar tudo, "não só o que foi dito e feito, mas também o que foi sonhado, o que foi desejado e ficou reprimido". (KONDER, 1988:82-83)

Visitamos o passado, na tentativa de buscar o presente, no qual essa história se desenrola, trazendo à tona fios, feixes que ficaram "esquecidos" num tempo e espaço em que houve um avanço do sistema capitalista, que reiteradamente não tem implementado medidas que atendam as necessidades, principalmente as sociais, que trabalhariam sobretudo na inclusão do outro.

Para Benjamin, a narrativa segue o curso da vida, ela não se explica à parte da vida, simplesmente flui. Na medida em que uma história é narrada, os fatos surgem acompanhando a memória do narrador, *"que não se preocupa com o encadeamento exato de fatos determinados, mas com a maneira de sua inserção no fluxo insondável das coisas"* (BENJAMIN, 1987:209).

É dentro desta perspectiva, portanto que a nossa história da formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário será contada. Partindo das memórias de minhas experiências com esses processos de formação, será feita uma interação das mesmas com memórias de outros cirurgiões dentistas,

como também com publicações, documentos do Conselho Federal de Odontologia e do Conselho Federal de Educação, e as propostas de guias curriculares do Ministério da Saúde para essa formação.

O que se busca neste momento não é somente trazer informações sobre esta história, mas sim estimular o "despertar" em todos que se sentem parte integrante dessa história, para poderem produzir outros sentidos, relações, nexos...

Minha aproximação com a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário teve início em junho de 1992, quando aceitei o convite para ser professora do Curso de Técnico em Higiene Dental, da Prefeitura Municipal de Blumenau, o qual estava iniciando a primeira turma. Esse convite surpreendeu-me, pois nunca havia pensado nessa possibilidade.

Este Curso acontecia numa Escola de Auxiliar de Enfermagem da Secretaria Municipal de Educação de Blumenau, que vinha formando o auxiliar de enfermagem desde 1956. Era uma Escola tradicional na região de Blumenau que até aquele momento oferecia somente cursos de nível médio na área da Enfermagem. Atualmente, em se tratando de ofertas de cursos profissionalizantes, ainda são esses cursos que predominam na área da saúde. Até aquele momento era a única Escola do Estado de Santa Catarina que oferecia um curso de formação de técnico em higiene dental.

A primeira turma do Curso de Técnico em Higiene Dental dessa Escola, que teve início em fevereiro de 1992, foi composta principalmente por atendentes de consultório dentário da rede do município e os professores eram cirurgiões dentistas que pertenciam ao quadro da Secretaria Municipal de Saúde e se interessaram em participar desta formação. A equipe formada pretendia seguir a proposta do Larga Escala. Porém, ocorreram alguns contratempos decorrentes de divergências políticas e ideológicas entre a chefia de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde e a coordenação do Curso, alunos e professores, resultando numa mudança de coordenação e do corpo docente. Tal fato causou alterações nas características do Curso e na organização das turmas seguintes. Em julho de 1992, após essas mudanças, fui chamada para compor a nova equipe de professores do Curso.

Esses cursos quando inseridos num sistema de saúde, seja municipal ou estadual, trazem suas marcas, características e interesses políticos, pois acompanham as políticas públicas presentes em cada gestão. Acreditamos que devem existir inúmeros casos como esse.

Um acontecimento que revela marcas de interferências políticas na saúde ocorreu no município de São Paulo, e não só deixou marcas como destruiu um trabalho de anos, conforme atesta um dos nossos sujeitos:

“(…) um processo que foi absolutamente destruído pelo prefeito que sucedeu a Luíza Erundina e cuja destruição teve continuidade no governo seguinte, e que deixa a gente muito triste, se sentindo muito frágil nas nossas instituições públicas, porque é espantoso como processos da densidade intelectual, da riqueza da vivência profissional das pessoas envolvidas naquele processo, como tudo isso é tão frágil e pode ser destruído de maneira tão irresponsável e inconseqüente por um prefeito ou um secretário de saúde como aconteceu em São Paulo. Foi uma das violências mais dramáticas que eu vivi, nem ter apanhado da polícia na ditadura me doeu tanto quanto ver com que facilidade o Maluf e o Pita destruíram o que vinha sendo feito na cidade. Foi muito dolorido”. (CD-D)

O processo institucionalizado de formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário no município de São Paulo havia começado a ser gestado nos primeiros anos da administração do Jânio Quadros, no início do anos 80, e o CD-D foi convidado para organizá-lo e implementá-lo, como conta abaixo:

“(…) a gente começou um processo muito interessante, porque eu comecei a me reunir com dentistas. Primeiro a gente identificou dentistas que tinham interesse em participar de um processo de formação de THD no município, depois convidou dentistas que tivessem interesse em participar da organização do curso e ser professores, e aí eu comecei a me reunir em cada região da cidade (...) eu ia para esses lugares com o meu carro, com a gasolina que eu pagava, porque não tinha muita infra-estrutura institucional, é claro que poderia ter, mas (...) os administradores têm muita dificuldade para entender a dinâmica dessas coisas. Enfim, nesse processo de reuniões encontramos alguns colegas interessados, mas para saber o que era, como que eventualmente poderiam ser formados, ou uma vez formados o que significaria na organização do trabalho que faziam. Então muitos desses iam para essa reunião, ouviam, discutiam e tal e se desinteressavam. Desse processo de reuniões a gente identificava quais aqueles que tinham se interessado, compreenderam as motivações que haviam na instituição, na época, para

fazer a formação e que topavam participar do processo e dentre esses, aqueles que gostariam de ser professores do curso. A partir daí foi sendo montado uma equipe. (...)”. (CD-D)

Paralelamente, vinha acontecendo na Secretaria do Estado de São Paulo, na década de 80, mais precisamente na área de Recursos Humanos, as primeiras discussões sobre processos de formação de trabalhadores de nível médio e elementar, o Projeto Larga Escala. Continua o CD-D:

“(...) isso era por volta de 1985, 86, e havia uma disposição da Secretaria em utilizar o Larga Escala para formar, principalmente, atendentes de enfermagem, formá-los como Auxiliares de Enfermagem e depois como Técnico de Enfermagem. Mas o Projeto Larga Escala previa a formação de vários outros recursos humanos auxiliares de saúde, dentre os quais os de Odontologia”. (CD-D)

Ainda sobre o Larga Escala no Estado de São Paulo, o CD-C relatou que,

"(...) o Larga Escala é criado na forma de uma coordenação e essa coordenação começa fazer capacitação pedagógica, fazer um diagnóstico para ver como estavam as condições de recursos humanos auxiliar no Estado de São Paulo, a questão dos atendentes de enfermagem, a preocupação toda envolvendo os atendentes de enfermagem. Nós na Odontologia, quer dizer, o CD-D na época estava no Instituto de Saúde e acabou sendo um elemento importante de dinamização desses processos no Estado de São Paulo, (...). O CD-D foi Coordenador Estadual até 84-85, depois ele foi para o Instituto, (...). De modo que 87-88 eu fiquei atuando nesse curso, o 1º. curso de formação de THD do Estado de São Paulo". (CD-C)

Desde o final da década de 80, diversos Estados do país vinham formando pessoal auxiliar empregado sem qualificação específica para o desenvolvimento das ações de saúde, dentro da proposta do Ministério da Saúde - Projeto Larga Escala em Centros Formadores-CEFOP e Escolas Técnicas do SUS-ETS distribuídas pelo país²⁷. Porém, esse processo teve como objetivo primeiro qualificar o atendente de enfermagem em auxiliar de enfermagem. Essa categoria representava, na época, o

²⁷ Em 1997, contávamos com um total de trinta Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS. Mais informações a respeito consultar: PROJETO ESCOLA, Projeto Escola-EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

maior número de profissionais dos serviços de saúde do país sem qualificação específica. No período de 1990-1995, 85,7% dos cursos oferecidos pelos CEFOR/ETS eram de auxiliar de enfermagem, em contrapartida 5,3% eram de técnico em higiene dental; 4,8% de atendente de consultório dentário e 4,2% de outros cursos (PROJETO ESCOLA, 1998:17).

Na Odontologia, as discussões para formar pessoal auxiliar no Projeto Larga Escala tiveram início em 1987, com a participação de representantes dos Cursos de Odontologia das Universidades de Brasília e Universidade Católica de Minas Gerais e coordenadores de cursos de THD dos Estados de Minas Gerais, Paraná e São Paulo (MACHADO, 1999).

Com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, na Constituição Federal de 1988, ficou atribuído aos órgãos públicos estaduais e municipais “*Ordenar a formação de recursos humanos para a saúde.*” Com isso, impulsionaram-se programas de formação de pessoal auxiliar em diversos Estados, dentre os quais, cursos de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário. Houve também a criação de alguns cursos particulares, sendo todos aprovados pelos Conselhos Estaduais de Educação (NARVAÍ, 1997).

Porém, grupos corporativistas da classe odontológica resistiram fortemente à implantação desses processos de formação, que haviam sido aprovados pelo Conselho Federal de Odontologia desde 1984, como atesta o depoimento abaixo:

"(...) em 1985 saiu um abaixo assinado na APCD- Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, querendo proibir o exercício dessas funções, foi logo depois da primeira Decisão do CFO, Decisão 26/84, se eu não me engano, em 1984, nove anos depois que já tinham sido aprovadas as normas do CFE. Essa decisão, ela saiu em função de pressões de diferentes pontos do país, Itu deve ter contribuído para isso também, mas a APCD veio numa reação contra isso e já querendo proibir, então circulou em 1985 durante os congressos, organizados pela APCD, um abaixo assinado para proibir o exercício. Eu acho que eles queriam levar esse abaixo assinado para o CFO para ver se impediam, esse tipo de regulação, esse tipo de normatização por parte do CFO, para mostrar para o CFO que a classe era contra, coisa assim. Então esse período de 1977 a 1987 foi de lutas nesses bastidores. Naquela época, a gente estava envolvido com o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (...)" (CD-C)

Essa reação de não aceitação da formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, por parte de alguns grupos de dentistas, é histórica. Desde que essa discussão ganhou algum espaço, provavelmente com o Parecer nº 460/75 do Conselho Federal de Educação de 1975, houve resistência.

Processos de "treinamento" desses profissionais vêm ocorrendo, no Brasil, desde a década de 50, desenvolvidos pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). Esta instituição foi pioneira em nosso país com a utilização de auxiliares nos trabalhos preventivos e a formação em serviço desse pessoal. De acordo com o CD-F, naquela época não havia obstáculos para essa formação, uma vez que não havia legislação.

Para LOURES & SILVA FREIRE (1964), o primeiro curso de preparação de pessoal auxiliar odontológico, no Brasil, aconteceu nos programas de Saúde Pública da FSESP, em 1955, na Faculdade de Odontologia da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro. Os cursos tinham duração de 6 meses e ocorriam como capacitação em serviço. Desde essa data já havia cirurgiões dentistas que defendiam a idéia de utilização do pessoal auxiliar, devendo esta ser definida pela profissão e efetivada nos serviços de saúde. Neste trabalho, os autores destacaram a responsabilidade das Faculdades de Odontologia em *"treinar futuros dentistas no trabalho de equipe, com utilização de pessoal auxiliar"* (LOURES e SILVA FREIRE, 1964:6).

Essa discussão, com certeza, não teve repercussão suficiente para mudar a formação do dentista, pois continuou, em sua grande maioria, acompanhando as características flexneriana de ensino, assim como os demais cursos da área da saúde.

Para LEITE & PINTO (1983), o primeiro curso de formação de atendente de consultório dentário aconteceu no Centro de Pesquisas em Odontologia Social na Faculdade de Porto Alegre-RS, em 1969, com carga horária de 480 horas. Houve também cursos para o pessoal auxiliar, no início da década de 70, no Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ foram realizados alguns outros cursos esparsos, atendendo à demanda de necessidades, principalmente do setor público. Os autores apontam que existia, na época, uma

resistência da classe odontológica em empregar pessoal auxiliar "*formalmente treinado*", uma vez que valorizavam mais a experiência profissional do que a educação formal e eles não viam

(...) motivos para contratar pessoal com treinamento específico que seguramente lhe pediria salários bem mais altos que os costumeiramente pagos para leigos pinçados em um mercado com ampla oferta de mão-de-obra primária, para a qual o aprendizado de uma nova função é tido como dívida que condiciona uma remuneração inicial baixa. (LEITE & PINTO, 1983:43)

Essa resistência nos leva a refletir sobre a importância que tem a qualificação profissional do pessoal auxiliar, para os cirurgiões dentistas. Neste momento, não temos a intenção de fazer um julgamento de valores sobre o conhecimento advindo de um processo de formação, seja ele formal ou informal, ou ainda de outro que valoriza a experiência profissional adquirida apenas na prática, separando o fazer do saber e vice versa, mas apenas destacar que essa resistência à qualificação do pessoal auxiliar, revela um monopólio do conhecimento por parte de uns, que é negado a outros. Essa realidade retrata os valores ditados pelo sistema capitalista, marcando seus valores em todos os setores da vida, inclusive a prática odontológica subordinada ao modelo da odontologia de mercado.

CHAVES (1986) afirma que as primeiras proposições para a formação profissional de 2º grau para o setor odontológico foram apresentadas em maio de 1973, na Universidade do Trabalho de Minas Gerais, por ocasião da 7ª reunião da Comissão de Laboratório de Currículos, designada pela Portaria nº 652 do Ministério da Educação e Cultura. Nessa ocasião, criou-se o Curso de Atendente de Consultório Dentário e de Técnico em Prótese Dentária. Esse processo de criação partiu de uma proposta para desenvolver um novo currículo para o Curso de Odontologia na PUC-MG, em que o grupo propôs uma formação multiprofissional, ou seja, estabelecendo uma integração horizontal e vertical entre a graduação, delegáveis (pessoal auxiliar) e especialização desde o 1º período até o final do curso. Foi uma proposta completamente inovadora, em todos os sentidos e, segundo MENDES & BADEIA (1985:47), pretendia-se nesse modelo pedagógico,

(...) vincular o ensino a uma prática integral que permite, a partir de uma visão crítica da realidade, reativar nossa criatividade e fomentar novas alternativas, possíveis a um nível afetivo e social de um processo de ensino-aprendizagem de não dependência. Para isso é essencial a formação multiprofissional (...). MENDES & BADEIA (1985:47)

Essa proposta trazia uma nova concepção de formação na Odontologia, para a construção de uma "*nova Odontologia integral*", que acreditava num "sonho" de transformação da realidade atual de formação de pessoal, com pleno propósito de buscar caminhos que levassem à melhoria das condições de vida da coletividade, formação essa embasada na investigação e produção do conhecimento e prestação de serviços segundo as necessidades das populações (MENDES & BADEIA, 1985:62).

Ressaltamos que esse "sonho" quer o novo, que estimula o despertar histórico, contrapondo-se à ideologia da modernidade capitalista que busca a preservação do existente, que cristaliza e eterniza o sonho a fim de defender a manutenção do *status quo* (GALZERANI, 1999).

Houve um movimento para implementar a proposta de formar o dentista juntamente com o pessoal auxiliar que no caso era apenas o atendente de consultório dentário, numa faculdade particular do interior do Estado de São Paulo. Isso aconteceu no período de 1980-1986, quando a CD-B participou da diretoria desta Faculdade de Odontologia. Porém, tudo não passou de um "sonho", um desejo de mudança na formação dos dentistas, o que trouxe muito desgaste emocional, conforme a CD-B revela:

“Por eu ser professora da Faculdade de Odontologia, comecei a ter esperanças de implementá-lo na década de 80, uma vez que eu já conhecia o que deveria ser feito ao nível de pessoal auxiliar. Na época já tinha absoluta certeza de que havia necessidade de formar o nosso graduando em Odontologia junto com o pessoal auxiliar. Isso era muito claro e eu sabia que os estudantes iam sair deformados se não tivessem esse tipo de formação. Aí eu tive uma grande esperança que durou 6 anos quando assumi a vice-diretoria desta Faculdade. Na oportunidade, a Fundação Kellogg propiciou para as Faculdades de Odontologia brasileira a possibilidade de se engajarem num processo onde projetos inovadores poderiam ser construídos. Eu participei ativamente desse

processo e uma das coisas que considerava fundamental, era vincular o pessoal auxiliar à equipe de saúde bucal. Comecei a acreditar e a querer realmente formar pessoal auxiliar na década de 80. Mas o projeto pedagógico da Faculdade, aconteceu num momento muito conturbado. Na época a inovação era tão grande, se comparada àquela da especialização tão fechadinha, que desencadeou uma reação muito grande do corpo docente. Eles fecharam questões e resistiram de uma forma intensa provocando muito sofrimento pessoal da minha parte. Hoje eu entendo, mas na época não entendia. (...) Na época a gente não evoluiu nada, não se construiu nada, apesar de farta documentação do projeto. Foi um projeto abortado”. (CD-B)

Ambas as experiências, além de integralizarem a formação do dentista e do pessoal auxiliar, traziam o rompimento da formação tradicional especializada, individual, fragmentada, fechada nos muros das Universidades. Essas Universidades, que participaram do projeto da Fundação Kellogg, puderam visitar outras faculdades com experiências inovadoras no país, como explicita a CD-B:

“Foi a primeira vez que eu vi, no Brasil, as pessoas saindo, se desencastelando, indo para os bairros carentes, e na verdade essa experiência propiciou formatar o meu projeto para a Faculdade de Odontologia que trabalhava, porque eu também, não me via presa nas paredes da universidade. Foi uma coisa muito interessante. Observei que os docentes da PUC-MG tinham uma posição política, uma ideologia clara, que me faltava”. (CD-B)

Com essa história pode-se constatar que nem sempre um cargo de direção pode viabilizar a implementação de um projeto. Existem correlações de força, articulações políticas que definem os rumos das ações nas instituições, principalmente quando existem interesses em jogo.

Na PUC de Minas Gerais, a formação integrada de pessoal auxiliar e cirurgião dentista foi possível, numa época em que havia um grupo que dava respaldo à proposta, tinha uma postura política definida, o que não aconteceu em outra Faculdade. Mas, infelizmente, essa proposta não teve continuidade, pois de acordo com o CD-D, hoje o curso da Faculdade de Odontologia da PUC-MG que *"na origem rompia com a idéia de disciplinas e tal, hoje é um curso tão tradicional, até onde eu sei"*.

Acreditamos também que, para a época em que todo esse processo aconteceu, apenas o fato de se discutir o currículo, o projeto pedagógico da

Faculdade de Odontologia, já foi um avanço, uma vez que na maioria dessas Faculdades isso não se fazia presente.

Todavia perguntamos: será que, na atualidade, essa proposta de articular e integrar a formação do cirurgião dentista com o pessoal auxiliar, seria implementada? Será que essa proposta seria aceita pelo corpo docente e discente das Faculdades de Odontologia?

Sabe-se que hoje não temos conhecimento de nenhum curso com essa proposta de formação. O primeiro curso de formação de técnico em higiene dental, autorizado pelos órgãos de Educação, aconteceu na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, em 1984. Era um curso tradicional, composto por disciplinas, no qual a carga teórica estava separada da prática:

“(…) a gente não pode dizer que a formação para o pessoal auxiliar de Odontologia no Paraná tenha começado em 84 com o THD, ela já acontecia antes em 80, (...). houve um grande concurso, que era na verdade um pré concurso, se você passava ia fazer um curso. Os médicos, dentistas, enfermeiros, pessoal de nível superior faziam um Curso de Saúde Pública e o pessoal de nível médio faziam um curso de agente de saúde, tinha agente de saúde A e agente de saúde B, quem não passasse no curso não era confirmada a nomeação, então foi feito para dentistas, médicos. Os dentistas faziam todos juntos uma base comum, depois separavam para suas especificidades e quando iam ter aula prática, que era para trabalhar naquelas clínicas simplificadas, no modelo do Sérgio Pereira²⁸, os auxiliares também vinham trabalhar junto com os dentistas. Para os auxiliares também tinha uma base comum, todos iniciavam, depois iam para suas especificidades, depois tinham aulas práticas junto com o profissional que eles iam trabalhar. (...) Mas sempre havia um treinamento ou outro, mas assim formal de dar certificado e ser pré-requisito para trabalhar, o primeiro contato foi esse em 84. Na primeira turma de THD a gente pegou aquelas que haviam feito o curso de agente de saúde B”. (CD-E)

Para um curso conseguir autorização nos órgãos de Educação, é necessário pautar-se em regulamentações. Para o curso de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário existe, o Parecer n.º460/75 do Conselho Federal de Educação de 06/02/1975, que define as atribuições e estabelece diretrizes para a

²⁸ Falamos sobre o modelo de clínicas simplificadas do cirurgião dentista sanitarista Prof. Sérgio Pereira no Capítulo 2, quando apresentamos os sujeitos dessa história.

formação dos mesmos. Existe também uma regulamentação do Conselho Federal de Odontologia para o exercício da profissão desses técnicos.

Tais normas eram desconhecidas por mim até o momento em que assumi, em 1993, a coordenação do Curso de Técnico em Higiene Dental da Escola Técnica de Blumenau. De maneira geral, esse desconhecimento acontece com a maioria dos cirurgiões dentistas que se envolvem com a formação de pessoal auxiliar, porque esse é um tema que não está presente na maioria dos cursos de Odontologia.

Com relação aos conhecimentos dos cirurgiões dentistas sobre a formação do pessoal auxiliar, a CD-E relatou que muitos chegam para ser professor do curso e

"(...) vêm cru e acham que basta ser especialista numa área. (...) sobre Currículo Integrado, tem gente que nem sabe o que é, (...), aliás nem sabe o que é Currículo, nunca viu, estão acostumados com disciplina, quando fala que não tem disciplina, dançam, (...). Então a gente vai ter que formar todas essas pessoas, porque o dentista não tem formação para isso, mas de forma geral é alguém que fala bem, que gosta de dar palestra, de modo geral é assim. (...)".

De acordo com o Parecer n.º460/75 do Conselho Federal de Odontologia, o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário *“são profissionais qualificados a nível de 2º grau”* e fazem parte da categoria de *“pessoal auxiliar o qual, sob supervisão do cirurgião-dentista, desempenha funções de menos responsabilidade, possibilitando a ampliação de seus serviços.”* Lembramos que o técnico em higiene dental estará sempre sob supervisão do cirurgião dentista e o atendente de consultório dentário, sob supervisão do cirurgião dentista ou do técnico em higiene dental (CFE, 1975).

De acordo com este Parecer, a criação da habilitação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário, fundamentou-se basicamente em três tópicos:

- A necessidade da população ter acesso à assistência odontológica;
- O pequeno número de Cirurgiões Dentistas e
- O elevado custo dos serviços odontológicos.

Acredita-se que esses três tópicos estejam relacionados com o cenário social daquele período histórico. Apesar do país viver num regime militar, os movimentos

sociais afloraram trazendo reivindicações das camadas mais empobrecidas da população. Porém, não se tem conhecimento de nenhum movimento específico para resultar na aprovação de tal Parecer. A este respeito, o CD-C diz que:

" (...) é uma coisa super curiosa, não havia movimento no Brasil para dar sustentação a isso, havia algumas pessoas, o Sérgio Pereira é uma delas, mas disso ser aprovado, foi uma coisa super curiosa, super interessante de ir atrás, tentar recuperar essa história". (CD-C)

De fato, essa é uma outra história a ser investigada. O Prof. Jorge Cordón da Universidade de Brasília-DF forneceu-me, por correio eletrônico, algumas informações importantes a respeito do processo de elaboração do Parecer em questão:

"O Sérgio Pereira trabalhava, nos bastidores, na construção deste Parecer, como ele já trabalhava em ensino médio e assessorava os conteúdos das disciplinas de ciências para o pessoal técnico e para o segundo grau. Sérgio foi o criador de muitos elementos da prática odontológica deste ponto de vista técnico e particularmente em relação aos recursos humanos. (...) Até onde ele me contou, ele consubstanciou a argumentação do Conselho Federal de Educação para sair o Parecer, entretanto, nunca apareceu o nome dele nesse sentido. Aliás, ele nunca fez questão de que seu nome aparecesse em muitas coisas. (...) Numa certa oportunidade, em 1976 em Camaragibe, Sérgio me disse sobre a necessidade de divulgar o Parecer que ele tinha feito (era um pouco mais volumoso que do CFE), me mostrou e acho que deixou uma cópia na Faculdade. Sei que este documento foi utilizado para formar ACDs e THDs do PISE no DF. É do que me recordo no momento". (CORDÓN, 2000)

O Parecer n.º 460/75 estabeleceu também as disciplinas básicas e as cargas horárias necessárias para a autorização dos cursos, tanto de ACD como de THD, levando em conta:

- 1) *Os objetivos gerais do ensino de 2º grau, prescritos na Lei de Diretrizes e Bases da Educação –LDB 5.692/71;*
- 2) *O objetivo profissionalizante do ensino de 2º grau;*
- 3) *As determinações legais sobre organização de currículos;*
- 4) *As matérias do núcleo comum fixadas pelo Conselho federal de Educação. (CFE, 1975)*

Enquanto proposta oficial, segue a tendência tecnicista da educação²⁹, reiterando a concepção da Teoria do Capital Humano, presente nas propostas oficiais do ensino profissional, e afirmando a necessidade de aumento da produtividade dos serviços Odontológicos com a utilização de mão-de-obra barata, para diminuir os custos, mantendo, assim, a dicotomia entre pensar e fazer. Dessa maneira, mantém-se a monopolização do saber e das ações que exigem conhecimentos científicos do Cirurgião Dentista.

Neste documento consta como justificativa que o mercado de trabalho estava preparado para receber esse tipo de profissional o qual deveria satisfazer as demandas desse mercado. Mais uma vez encontramos a lógica do capital condicionando esse processo. Toda política de profissionalização de nível médio da década de 70, baseada na Lei 5.692/71, foi contraditória pois havia,

(...) por um lado, a organização de um nível médio baseado no viés ideológico de um suposto mercado de trabalho que expandia e necessitava de técnicos competentes - capital humano; por outro, a acelerada incorporação de tecnologias que poupam mão-de-obra. Essa contradição fez cair por terra o fetiche de engajamento automático de trabalhadores de nível médio em todos os setores da economia e inviabilizou a proposta de articulação entre trabalho e educação nos moldes da teoria do capital humano de Schultz. (LIMA, 1998: 189)

Para o curso de atendente de consultório dentário, a carga horária mínima é de 300 horas/aula, sendo, porém recomendadas entre 600 e 700 horas/aula. O Parecer propõe, também, que o curso deverá cobrir parte do currículo do técnico em higiene dental, sendo exigido o 1º. grau completo (ensino fundamental) como pré-requisito.

Para o curso de técnico em higiene dental, a carga horária mínima é de 900 horas/aula e este deverá ter o 2º. grau completo (ensino médio)³⁰. Mas esse curso

²⁹ No que se refere às tendências tecnicistas da educação e à concepção da Teoria do capital Humano, consultar Capítulo 2 - O campo da Educação e Trabalho - deste trabalho.

³⁰ De acordo com a Nova LDB, o 1º grau recebe a denominação de Ensino Fundamental e o 2º grau, Ensino Médio.

pode também ser oferecido em cursos regulares (incluindo núcleo comum) com uma carga horária total de 2.200 a 2.900 horas/aula.

Na área da saúde, há um Conselho específico para cada área, que regulamenta o exercício profissional, no caso, o Conselho Federal de Odontologia-CFO o qual, regulamentou o exercício do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário com a Decisão nº 26 de 1984, considerando o conteúdo do Parecer 460/75 do Conselho Federal de Educação-CFE, porém, o fez após nove anos, em 1984.

Tal Decisão deliberou que o registro nos Conselhos Regionais *“só é permitido aos profissionais portadores de diploma expedidos por cursos que atendam integralmente, ao disposto no Parecer nº 460/75, aprovado pela Câmara de Ensino de 1º e 2º graus, do Conselho Federal de Educação e nestas normas”*, dando um prazo para exigência do diploma até 31/12/88.

Para o atendente de consultório dentário registrar-se nos Conselhos Regionais não havia a necessidade da apresentação de certificado de curso, bastava uma declaração do cirurgião-dentista confirmando pelo menos um ano de experiência na função. Para o técnico em higiene dental, essas condições valeram também, mas a partir de 31/12/88, seria necessário apresentar diploma para se registrar.

Para o atendente de consultório dentário, o prazo exigindo a apresentação de certificado de formação para se inscrever nos Conselhos Regionais, foi prorrogado e essa condição, da não exigência de diploma, permaneceu até junho de 2000, de acordo com a Portaria n.º 179/98 do Conselho Federal de Odontologia.

Pode-se constatar com isso sinais claros e contínuos de resistência da classe odontológica, uma vez que vêm protelando a exigência de uma formação estruturada para o atendente de consultório dentário desde 1988. Essa postura do cirurgião dentista, de modo geral, deve-se também ao desconhecimento, não só das regulamentações que cercam a profissão de atendente de consultório dentário, como também do trabalho em equipe.

Essa resistência diz respeito inclusive ao monopólio do saber odontológico pelo cirurgião dentista, como atesta a CD-B:

"Eu vejo assim, que os dentistas ainda resistem muito, agora eu acredito que começaram a mudar. Para a moça ou o rapaz que são THDs ou ACDs, é uma coisa maravilhosa. De repente começam a dizer: "olha, o senhor não tirou direito a cárie dos dentes, o senhor precisa mexer nisso, naquilo", os CDs se sentem abalados na sua posição, no seu poder. Eu acho que ainda tem isso, claro que não com a mesma intensidade que teve há algum tempo". (CD-B)

Sinais marcantes dessa resistência podem, também, ser encontrados no episódio que ocorreu no interior de São Paulo, no município de Itu, em que quatro cirurgiões dentistas foram acusados por um colega de "*acobertamento de exercício ilegal da profissão*" de auxiliares que vinham desenvolvendo atividades de técnico em higiene dental e que estavam fazendo curso de formação de técnico. Foi instaurado um processo ético, em 1988, no Conselho Regional de Odontologia, sendo que os quatro cirurgiões dentistas foram condenados nesta instância e absolvidos no Conselho Federal de Odontologia. Esse fato repercutiu nas discussões sobre o tema em eventos na época, e, principalmente, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que foram aprovadas moções de repúdio ao Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo (NARVAI et al., 1990).

Ressaltamos que esse episódio foi lembrado por todos os cirurgiões dentistas entrevistados, os quais destacaram que foi muito incisiva, na época, a postura de resistência da classe odontológica com relação à incorporação e formação do técnico em higiene dental na equipe.

Em contrapartida, tivemos, no campo da Saúde Bucal Coletiva³¹, o Movimento de Renovação Odontológica (MBRO) que se posicionou em defesa do programa de Saúde Bucal implantado em Itu.

De acordo com o CD-C, esse episódio deixou marcas no interior de São Paulo, no que diz respeito à implantação dos cursos de formação de técnico em higiene dental, na época em que ele estava à frente deste processo:

³¹ NARVAÍ (1994:70) descreve em seus textos que a proposta de denominação Saúde Bucal Coletiva vem com a seguinte intenção: "*Saúde bucal extrapola os estreitos limites da Odontologia do meramente assistencial, vale dizer daquilo que normalmente é tido como "odontológico"*".

"(...) No Embu a gente não teve dificuldade, ao contrário do pessoal de Itú, mas depois que eu fui para o Estado, vieram várias dificuldades de diferentes ordens, porque eu ia fazer uma reunião com os dentistas de Penápolis, ia fazer uma reunião com os dentistas de Itu, e tinha toda a carga desse episódio de Itu. Isso marcou de alguma maneira os dentistas do Estado, porque saíam notícias nos jornais do CFO, do CRO, da APCD na época, saíam notícias episódicas, não aprofundadas, sobre o que estava acontecendo lá em Itu e meio enviesadas também, com uma interpretação restrita, com pouca carga analítica. Então isso aí sempre era um problema, porque os dentistas sempre são contra, "nós até queremos fazer, mas os dentistas são contra", então os obstáculos eram obstáculos já esperados mesmo, porque a gente já sabia que iria ser um elemento assim de facilitação, um elemento para tentar dinamizar e tentar encontrar brechas dentro de cada organização sanitária, dentro de cada serviço de saúde municipal, qual a melhor maneira de encontrar um grupo que desse sustentação pra um projeto desse tipo, uma proposta desse tipo, um projeto que não é um projeto de curto prazo, um projeto de médio e longo prazo, portanto muito mais difícil também, (...)". (CD-C)

Vinte e cinco anos passaram-se da criação da habilitação de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário após o Parecer n.º460/75 do Conselho Federal de Educação. A justificativa deste, pautava-se no pequeno número de cirurgiões dentistas no país e que a população necessitava da ampliação de acesso à assistência odontológica com baixos custos. Porém, a questão que se coloca agora é como se apresenta hoje essa realidade?

As informações disponíveis mostram que o número de cirurgiões dentistas no país duplicou nas duas últimas décadas, crescendo de cerca de sessenta mil para mais de cento e vinte mil. Quanto ao número de técnicos em higiene dental e atendentes de consultório dentário, têm-se disponível apenas os dados do Conselho Federal de Odontologia que mostram uma relação numérica desproporcional entre os técnicos em higiene dental somados aos atendentes de consultório dentário com os cirurgiões dentistas. Sabemos ainda que o acesso, da população aos serviços de saúde, continua pequeno, apenas aproximadamente 20% da população tem acesso.

Portanto, podemos perceber uma contradição presente nesta realidade, uma vez que as forças sociais que sustentavam esta proposta não eram hegemônicas. Se a justificativa era criar o técnico em higiene dental e o atendente de consultório

dentário para aumentar o acesso da população aos serviços baixando os custos, porque, desde então, houve somente um aumento do número de cirurgiões dentistas?

Isso mostra novamente a manutenção do monopólio do saber, da exclusão dos já excluídos do sistema, sinais da perversidade do capitalismo nos países subdesenvolvidos. Na medida em que se reduz o poder do Estado, atinge-se principalmente as políticas públicas e, com isso, aumenta cada dia mais a desigualdade social. Assim, a qualidade de vida do povo brasileiro diminui significativamente, fazendo com que os cuidados à saúde sejam tratados enquanto uma "mercadoria", sendo acessíveis apenas a uma pequena parcela da população assim como, os serviços públicos encontram-se cada vez mais sucateados.

Mas, somente no final da década de 70 e início de 80, que os serviços públicos odontológicos começaram a ser organizados e com isso, utilizar pessoal de nível elementar e médio, para auxiliar nas ações de assistência odontológica, expandindo-se para diversas organizações públicas dos setores de saúde e de educação, em diferentes regiões do Brasil (FRAZÃO, 1995:11).

A expansão da utilização do pessoal auxiliar odontológico acompanhou o processo pelo qual passou o sistema de saúde nas décadas de 80 e 90, decorrente do movimento da Reforma Sanitária, o que trouxe avanços significativos às práticas odontológicas. Destaca-se a incorporação de sistemas de trabalho inovadores decorrentes da aplicação de princípios ergonômicos ao processo de trabalho odontológico³², as novas exigências nas normas de biossegurança; e principalmente as ações de promoção e prevenção das doenças bucais que contribuíram na utilização crescente e diversificada de medidas preventivas e educativas para o desenvolvimento de ações no ambiente de consultório e fora dele intensificando e fortalecendo as ações coletivas (NARVAÍ, 1997).

O Sistema Único de Saúde-SUS tem sido o principal empregador do técnico em higiene dental, do atendente de consultório dentário e do cirurgião dentista. Desde o início da proposta de trabalhar com prevenção e educação utilizando o

³² Ergonomia é a ciência que estuda as condições ideais do ambiente de trabalho, com o objetivo de adaptá-lo às exigências psicofísicas do trabalhador.

peçoal auxiliar, a Odontologia foi gradativamente ganhando espaço nos serviços públicos. Podemos destacar a década de 80 como referência para esse processo. Esse tipo de procedimento é um dos principais motivos da aceitação, pelo cirurgião dentista, do técnico em higiene dental, do atendente de consultório dentário na equipe, porque *"esse movimento de utilização de pessoal auxiliar odontológico vem dos dentistas de serviço público que trabalham com Odontologia Social e Preventiva"* (CD-F).

Contudo, ainda hoje, encontra-se nos serviços públicos o técnico em higiene dental assumindo o papel do atendente de consultório dentário e este último com pouca ou nenhuma qualificação. Numa pesquisa feita por MACHADO em 1999 no Paraná, apenas 39,77% dos técnicos em higiene dental formados pelo Centro Formador "Caetano Munhoz da Rocha" estão lotados no cargo de técnico em higiene dental, sendo que 45,45% ocupam o cargo de atendente de consultório dentário e 13,63% ocupam outros cargos.

O depoimento da CD-B traz uma contribuição indispensável sobre essa questão, pois expressa como esta realidade é sentida pelos técnicos em higiene dental e atendente de consultório dentário:

"(...) acho que de modo geral no serviço público do Estado de São Paulo, eles têm muita frustração. A gente entusiasma, mas depois vêm as prefeituras que não os valorizam, que pegam eles com esse tipo de formação e os colocam em outras atividades". (CD-B) (grifo nosso)

De acordo com o relato da CD-A, encontra-se, no município de Campinas-SP, uma realidade ainda mais frustrante:

"Na gestão anterior (1994-1997), trouxeram a assessoria do Loureiro de Minas. O Loureiro tem uma proposta de trabalho de estruturar o serviço baseada no trabalho do auxiliar. Tem uma coisa meio engraçada, ele chama de THD o que a gente considera o ACD, só que esse THD faz exame e separa a população de risco. (...) ele fez o cálculo para Campinas de quantas THDs precisaria para dar conta da população até 14 anos, e também tem isso, a organização é para até 14 anos. (...) E criaram-se 100 cargos de THD na prefeitura, só que por enquanto temos apenas cinco na função. Foi um concurso, em que, foram aprovados parece que dezessete THDs, chamaram cinco, (...). Os demais estão trabalhando como ACD. (Inclusive temos pelo menos três CDs trabalhando como ACD, esperando serem aprovados num concurso como CD)". (CD-A)

Notamos que existem questões a serem discutidas que estão relacionadas à equipe odontológica como um todo, inclusive de se assumir, enquanto equipe de trabalho, pois não é apenas uma questão de um ocupar o cargo do outro, mas também da indefinição do perfil profissional do pessoal auxiliar e uma perda da identidade dos cirurgiões dentistas.

Nosso estudo não irá se aprofundar nessas questões e, portanto, é necessário fazer um recorte neste momento.

Na medida em que a equipe odontológica não se assume enquanto equipe, cada vez mais os profissionais se isolam e o trabalho torna-se a técnica pela técnica, valorizando apenas o fazer, o executar um ato clínico, individual e pontual, muito comum na prática odontológica de atendimento por procedimentos isolados.

O ritmo dos homens torna-se o ritmo da técnica, o passado deixa de ser referência de continuidade, os indivíduos como a "nova hora dos bárbaros", atropelam-se na vertigem de um tempo fugaz e se dispersam na busca solitária e atordoante do "novo" como sempre igual. (BENJAMIN, apud GALZERANI, 1999)

Para alterar essa realidade faz-se necessário realizar mudanças no modelo de formação do cirurgião dentista, o qual acompanha as características flexneriana de ensino. De acordo com esta concepção, existe a hegemonia da clínica assistencial, predomínio do conhecimento biológico, tecnicista e de abordagem individual, não priorizando os aspectos preventivos e educativos. Esta é uma outra discussão que deve, também, ser aprofundada, mas não é nossa proposta para este momento.

Segundo a CD-E, o que se tem verificado é que as características do modelo flexneriano do ensino odontológico que privilegia os conhecimentos biologicistas, técnicos em detrimento do preventivo e social, favorecem a incorporação de pessoal auxiliar nos serviços públicos odontológicos, principalmente quando estes serviços se dispõem a realizar ações preventivas e educativas, as quais, de maneira geral têm maior enfoque durante o processo de formação dos mesmos.

"(...) Teve turmas que trabalhamos muito a questão educativa, e ela veio ao encontro de uma falha do dentista, e com isso elas deslançaram no serviço, as turmas que tiveram grande enfoque da Educação e Saúde,

deslançaram mais, e tem um respaldo maior hoje na ponta, porque elas foram trabalhar exatamente no “tendão de aquiles”, o dentista não faz isso, (...) aquelas que estavam muito preocupadas em entrar dentro da clínica, essas tiveram mais dificuldade de se firmar, porque tudo tem gosto, a gente tem, e aquelas que a gente centrou muito a questão social, realmente deslançaram, foram para sindicato, mudaram de posição, foram para a gerência, (...)”. (CD-E) (grifos nosso)

Em 1986, é realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília, e dentre os temas em discussão estava presente a questão da incorporação de pessoal auxiliar odontológico, tendo sido destacada a pequena utilização de pessoal auxiliar de nível médio e elementar, frente às precárias condições de Saúde Bucal da população. Na discussão referente à inserção da Odontologia no SUS, ficou evidente que :

(...) a formação urgente e a incorporação imediata de pessoal de nível elementar e médio - Atendente de Consultório Dentário - ACD, e Técnico em Higiene Dental - THD, é necessária como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade, requeridos no atual momento.

O poder público deverá patrocinar e estimular a formação desse pessoal, em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas, reformulando a legislação que regulamenta o exercício profissional do THD, de modo a facilitar sua formação.
(BRASIL, 1986:5)

Com tudo isso, a proposta de formar e utilizar pessoal auxiliar na Odontologia aflorou e ganhou maior atenção.

Uma outra questão fundamental para se pensar a incorporação e formação desse pessoal nos serviços públicos de saúde é a forma de financiamento do Ministério da Saúde para remunerar os procedimentos realizados pelos serviços de saúde dos municípios. Em alguns momentos, foram valorizados os procedimentos executados pelos técnicos em higiene dental; em outros, não, o que interferiu diretamente na inclusão ou não deste profissional nas equipes. Isso ocorre com todas as ações de saúde do SUS, pois existe um conjunto de normas - Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde - que estabelece critérios e diretrizes para o repasse de recursos do SUS aos Estados e Municípios, de forma que assim

todo o sistema de saúde que compõe o SUS deve adaptar-se a essas normas (MACHADO, 1999).

Esse tipo de incentivo financeiro vem sendo uma prática comum nos sistemas de saúde do país nas últimas décadas. A CD-E relatou-nos um pouco dessa história na Odontologia:

"Nas Ações Integradas de Saúde-AIS o município que fazia o convênio e o Estado repassava para o município 50% dos salários do CD e do ACD, e a Prefeitura mandava essa pessoa vir fazer o curso, recebia equipamento e material de consumo, mas tinha que mandar vir fazer o curso, depois com o SUDS que veio o pessoal do INAMPS administrar, eles fizeram um pouquinho diferente, porque eles são mais legalista, eles conseguiram amarrar mais as coisas, então era um convênio assinado, onde tinha a parte do Estado e a parte do Município, então o município recebia duas cadeiras, ele tinha direito a 3, mas num primeiro momento ele recebia duas, contratava um CD e dois auxiliares, uma delas ele mandava fazer o curso de THD, quando essa auxiliar terminasse de fazer o curso de THD e ele mandasse a segunda auxiliar fazer o curso de THD e terminasse, ele mandava a outra cadeira, então isso, e fora instrumental e todas essas coisas, depois com o SUS, pagava diferenciado quem tinha THD e quem não tinha THD, então isso é uma imposição. Então o que acontece, se você olhar o mapa na minha dissertação ficou claro, que no tempo que havia isso era maior o número de THDs. De 90 para cá, esses compromissos acordados passaram a não existir mais, aí caiu o número de procura de THD aqui, então para ele, tanto faz ter uma THD ou ACD, alguém formada em serviço, vai ser sempre o mesmo recurso que ele vai receber, (...)". (CD-E)

Conforme elucidada a CD-E, as formas de financiamento propostas pelo sistema podem ter contribuído para que os cursos de técnico em higiene dental tenham sido paralisados em alguns Estados na década de 90.

Ao analisar a gênese e o desenvolvimento do processo de formação do técnico em higiene dental, em alguns municípios e Estados do país, deve-se considerar que não é suficiente iniciar um processo, mas analisar como ele se organiza e tem prosseguimento.

Em Blumenau, foram formadas cinco turmas de técnico em higiene dental, no período entre 1992 a 1997. A partir de então tomamos a decisão de parar a formação do técnico e começar a formação do atendente de consultório dentário da rede municipal de saúde, que vinha trabalhando sem qualificação. Em 1998, começou a

primeira turma de atendente de consultório dentário e, em 2000, a segunda turma. Esta decisão não foi tranqüila. Embora o curso utilizasse o Currículo Integrado³³, este era trabalhado um pouco diferente de como prevê o Larga Escala que, de maneira geral, os cursos acontecem basicamente nas Unidades Básicas de Saúde, tanto nos períodos de dispersão como de concentração, não havendo uma estrutura escolar, principalmente nos cursos descentralizados. Na Escola Técnica de Blumenau, havia um corpo docente fixo específico para os cursos, especificamente para o curso de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário havia três cirurgiões dentistas com carga horária semanal de quinze horas. Os períodos de concentração eram realizados na Escola e os períodos de dispersão eram feitos na rede básica de saúde com um cirurgião dentista instrutor/supervisor de cada local da rede básica.

Diante disso, a Escola não tinha recursos humanos para trabalhar com mais de uma turma. Em 1998 houve uma reformulação da grade curricular dos cursos da Escola e o curso de atendente de consultório dentário fazia parte do curso de técnico em higiene dental. Assim, fez-se a opção de, num primeiro momento, formar as atendentes de consultório dentário da rede e, depois, complementar com os módulos do técnico em higiene dental. E isso seria feito de acordo com as necessidades do município.

Uma outra questão é que a Escola não tinha exclusividade na formação para a rede municipal de saúde, pois os cursos eram abertos também para a comunidade. Essa característica trazia alguns problemas nos momentos de dispersão, pois neste eram os cirurgiões dentistas da rede que atuavam como docentes, de modo que o processo dependesse deles também. Por esta razão, tomou-se uma decisão conjunta envolvendo a Escola, os cirurgiões dentistas da rede e também o nível central da Secretaria de Saúde, no sentido de, num primeiro momento, fechar a primeira turma do curso de atendente de consultório dentário somente para atender às necessidades da rede municipal de saúde.

Com relação a essas decisões da Escola, houveram algumas manifestações contrárias da comunidade, principalmente com relação à paralisação do curso de

³³ No que se refere ao Currículo Integrado e sua estrutura: períodos de concentração e dispersão, consultar o Capítulo 2 - A Educação Profissional e a área da Saúde - deste trabalho.

técnico em higiene dental. A Escola teve que esclarecer tais decisões junto ao Conselho Municipal de Saúde e no Jornal do Município.

Na segunda turma, em 2000, o curso de atendentes de consultório dentário foi novamente aberto para a comunidade. Essa decisão deveu-se principalmente à um descompasso entre a Escola e o nível central da Secretaria, que não autorizou a liberação das atendentes da rede para fazerem o curso.

No período entre 1992 a 1996, o curso seguia um currículo tradicional, composto por disciplinas. A partir de 1996, a equipe da Escola propôs-se a seguir o Currículo Integrado para formar a quinta turma de técnico em higiene dental. Essa mudança aconteceu, em 1995, depois que os profissionais da Escola fizeram a Capacitação Pedagógica e conheceram a proposta do Currículo Integrado e da metodologia da Problematização. Essa atitude demandou grande empenho das professoras, tanto em se lançarem no estudo do campo da educação como também em garantir esse processo, dentro e fora da Escola.

Esse processo não foi tranquilo. Desde o início houveram dificuldades de diferentes origens, mas aprendeu-se muito superando, de alguma maneira, cada obstáculo que surgia. Dentre as dificuldades, podem ser destacadas uma formação universitária predominantemente técnica; não aceitação do técnico em higiene dental pelos colegas de profissão; em alguns momentos, pouca valorização da instituição nesse processo; falta de verba para a formação tanto em nível local como em outras instâncias governamentais; não liberação de cirurgiões dentistas da rede para os momentos de dispersão; inadequação das instalações físicas da rede básica para o trabalho em equipe; não liberação dos funcionários públicos que queriam fazer o curso; alguns descompassos entre o nível central e a Escola; entre outros.

Porém, só foi possível superá-las porque havia uma equipe que trabalhava com objetivos comuns: aprender, ensinar, crescer, "sonhar", enfim, fazer parte dos profissionais que lutam pela Saúde Bucal Coletiva, no Brasil.

O CEFOR estadual de São Paulo, desde que iniciou, em 1987, a formação de pessoal auxiliar, utilizou a proposta do Projeto Larga Escala, mas como nessa época ainda não havia um Guia Curricular para a formação, foi construído um Currículo Integrado, como relata o CD-D:

"(...) em relação ao ACD e ao THD a gente começou a montar oficinas para montar o currículo integrado. Eram oficinas pedagógicas, porque o produto delas era o plano de curso e esse processo foi um processo aberto, todos os dentistas que participavam da formação do THD e do ACD no município de São Paulo e que tinham interesse e que além do interesse eram liberados pelas suas chefias, puderam participar dessas oficinas, esse foi um processo riquíssimo também, porque quem montou cada unidade do currículo integrado de THD e ACD do município de São Paulo, quem organizou cada texto de apoio, cada seqüência de atividade foram os dentistas que estavam trabalhando com formação em todo território da cidade. Então não foi alguma coisa feita pelo nível central e por poucas pessoas, esse processo envolveu dezenas, pelo menos umas duas ou três centenas de dentistas, claro que em graus variados de participação, mas um processo muito amplo, e por isso a meu ver um processo muito rico, valioso, porque as pessoas estavam fazendo aquilo, organizando seu próprio trabalho. (...), pessoas que estavam vivenciando formação, não é gente que ouviu falar de formação ou acha que politicamente é importante. (...) são pessoas que vivenciaram isso desde os primeiros momentos, (...) Lá no nível local e se interessou e foi, aí teve reunido comigo, se disse interessado em participar, se disse interessado em virar professor do curso, foi fazer Capacitação Pedagógica, fez formação, foi para a Oficina Pedagógica escrever currículo, voltou para a unidade e continuou formando gente. Isso tudo aconteceu, um processo muito rico e que eu tive o privilégio de acompanhar no CEFOR". (CD-D)

Houveram alguns conflitos também, como em todo processo coletivo e democrático, com resistências e muito trabalho, principalmente quanto à operacionalização do curso. Para o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário exercerem plenamente suas atividades, é necessária uma infraestrutura básica, como por exemplo a existência de clínicas modulares. Então, com relação à implantação dessas clínicas em São Paulo, o CD-D descreve abaixo, com detalhes como se desenrolou esse processo:

" (...) quando as Unidades Básicas de Saúde -UBS foram construídas, ao invés de serem dimensionadas para um consultório tradicional com uma cadeira, elas foram dimensionadas para terem módulos de três cadeiras, (...) então foram, talvez umas 80, 100 Unidades Básicas de Saúde, pelo município de São Paulo, na região metropolitana. (...). Então essas unidades eram unidades de um módulo com três cadeiras, na maioria desses módulos tinha um dentista e as outras duas cadeiras às vezes ficavam ociosas, ou em vários módulos começou a haver uma pressão muito grande para que tivessem três dentistas, então isso acabava sendo

até um problema, porque o módulo que havia sido pensado e concebido para ali trabalhar uma equipe com um dentista, dois THDs e um ou dois ACDs, essa concepção foi violentada, porque os dentistas tomaram de assalto aquilo. O que é um problema, porque é uma desproporção que o tempo mostrou que não resiste, você ter uma Unidade Básica de Saúde um clínico geral, um pediatra, um gineco-obstetra e três dentistas? Porque três dentistas? É insuportável, se sou dirigente de uma Unidade Básica de Saúde eu digo não, eu estou dando para a Odontologia ou para a Saúde Bucal uma prioridade, um dimensionamento que nem se cabe, tendo a achar que não cabe, acho que qualquer sanitarista, qualquer pessoa que dirija uma unidade básica de saúde legitimamente raciocinaria assim, e de fato o espaço cresceu e virou um módulo para ali trabalhar uma equipe, não para virar uma clínica de dentistas, com um monte de consultórios. (...)." (CD-D)

Essa é uma discussão que acontece com freqüência nos serviços de saúde que se propõem a trabalhar com equipe odontológica. Os cirurgiões dentistas, que não aceitam o técnico em higiene dental na equipe, colocam-se contrários à formação e principalmente a algumas de suas atribuições. Em São Paulo, tais conflitos aconteceram da seguinte maneira:

"(...) ainda que o programa fizesse a opção do THD não restaurar dente, ou coisa assim, tem uma série de atividade de cadeira que o THD poderia estar fazendo em benefício da população e cujas ações não estão sendo feitas, porque se o THD não faz, ninguém faz. Eu acho que é um desperdício de dinheiro, é uma equipe, mas na época a gente tinha essa situação. (...), a gente tinha uma situação na Prefeitura de São Paulo que era mais ou menos assim: a gente pegava o conjunto de perto de 1.500 dentistas que a secretaria tinha em que uns 15% eram francamente a favor do THD, mudança do modelo, trabalho em módulo ou mesmo que a opção não fosse por trabalho em módulo, fazer promoção de saúde, ter atividade clínica, fazer ações coletivas em espaços sociais, creches, centros sociais, escolas; tinha uns 15% que se opunham radicalmente a tudo isso, queriam trabalhar sozinho, não queria pessoal auxiliar, queriam fazer só ação curativa, dizia que esse negócio de ação coletiva era só baboseira, só enganação, isso não serve para nada; e a gente tinha por aí uns 70% que era um grupo meio indiferente, pessoal de espectador, via o pau quebrar, via esses grupos se pegando e ora concordava para cá, ora concordava para lá, muitos desses no processo de formação, iam sentindo que não era uma aventura, que não era uma coisa inconseqüente, que não era um delírio, que não era uma coisa feita por sonhadores, mas gente que estava envolvida com compromisso sério, tentando fazer, tentando acertar, muitas vezes acertando, (...) essas coisas acabavam também servindo como uma espécie de quebrar resistência de certos incrédulos,

ou desconfiados e aí passavam a ter alguns envolvimento, (...) foram várias turmas, dezenas de turmas, centenas de formados eu diria, entre ACD e THD, eu acho que assim a resistência que houve ela acabou sendo neutralizada politicamente, acho que dá para sintetizar desse jeito, o que pôs por terra todo esse trabalho, todo esse processo, foi a eleição do Maluf e a imposição à Secretaria da Saúde o PAS". (CD-D)

Por sua vez, em Campinas, os técnicos em higiene dental e atendentes de consultório dentário também enfrentaram algumas dificuldades, principalmente quando os já formados chegavam nos seus locais de trabalho para colocar em prática suas funções e acabavam encontrando uma outra realidade, conforme expõe a CD-A:

"(...) Não adianta estar formando THD e ACD para eles ficarem lá correndo, não trabalhando a 4 mãos, quer dizer, se ele está solto, não está inserido dentro de uma filosofia de trabalho que era a nossa meta. Isso é um desperdício. Existir THD assim, eu acho que nós retrocedemos muito, porque a Saúde Bucal carrega essa velha queixa de que o CD é isolado, não faz parte da equipe. (...) eu quero que os supervisores dos distritos sejam nossos interlocutores, junto ao distrito para ver em que medida o distrito assume essa formação, assim, não só para ter profissional formado, mas um profissional formado para uma inserção dentro da organização do serviço. Nós fizemos um seminário, pensando nisso, tentando mudar (...)". (CD-A) (grifo nosso)

Também, no CEFOR do Estado de São Paulo, não foi muito diferente. As primeiras dificuldades surgiram no momento de *"montar o plano de curso, porque na época o Ministério da Saúde não tinha currículo integrado, nem modular, nem por disciplina, não tinha nada"*(CD-D). Então uma equipe de cirurgiões dentistas do Instituto de Saúde prestou assessoria à coordenação estadual do Larga Escala para montar o plano de curso para a formação do técnico em higiene dental, porque *"no primeiro momento era crucial o THD, depois é que se ampliou para o ACD"*, continua o CD-D. Esse plano de curso inicial foi reconstruído por outros técnicos que vieram para o CEFOR do Estado e que deram continuidade à esse processo, como lembrou ainda este nosso sujeito.

O processo de descentralização dos cursos de THD do CEFOR Estadual de São Paulo teve início em 1988, no município de Itu e no Embu. Depois, outros

municípios foram se envolvendo, inclusive iniciaram também a formação de atendente de consultório dentário, como podemos verificar no relato do CD-C:

"(...) Então foram os dois primeiros cursos, um em Itu e um no Embu. Depois apareceram outros cursos, a partir do fim de 1988 começo de 1989, a coordenação estadual do Projeto Larga Escala me convidou, porque não tinha dentistas nessa coordenação, eram só enfermeiras, aí eu fui trabalhar na coordenação estadual para levar essas experiências do Embu e outras para o restante do Estado porque assim de alguma maneira a gente junto com o Instituto, a coordenação estadual e a prefeitura municipal de Embu, a gente conseguiu criar uma tecnologia para formar esse pessoal. A idéia era então difundir um pouco essa tecnologia para outros municípios que tivessem interesse, então Itú teve interesse, (...), eu fiquei na Secretaria Estadual do fim de 1988 até 1990. Nesses dois anos, a gente abriu alguns cursos de THD, eu lembro de cursos que a gente participou de THD em Penápolis, eu coordenava a nível de Estado e tinha um coordenador em nível local, de cada município. A gente fazia as capacitações pedagógicas, levava o material pedagógico e ajudava eles executarem e planejarem o curso. Era um trabalho mais de orientação, (...). Então foram: Penápolis, Itu, Prefeitura Municipal de São Paulo, Embu e depois, logo em seguida, abriu uma turma THD em Mauá, e depois em Itapeçerica da Serra, envolvendo o pessoal de Embu, Itapeçerica, e tal. Nesse meio tempo também, a gente fez o seguinte diagnóstico: Não adianta nada a gente tá oferecendo curso de THD quando tem serviço que o dentista tá trabalhando sozinho. Nesse período de 1988, que eu estava na coordenação do Larga Escala, eu vinha de um serviço que tinha o ACD e o THD, e encontro no Estado uma realidade muito mais convencional, quer dizer, os dentistas trabalhando sozinhos na maioria dos serviços, então a gente aprovou um plano de curso para a formação do ACD, (...)". (CD-C)

A Secretaria Municipal de Campinas tem cursos descentralizados do CEFOR "Franco da Rocha" e já formou 46 THDs e 117 ACDs, no período de 1992 a 2000. Com relação ao processo de descentralização, a CD-A aponta algumas dificuldades. Todo serviço de secretaria escolar fica centralizado no CEFOR e, quando há necessidade de agilizar o trâmite dos documentos nem sempre se consegue no tempo hábil, segundo a CD-A:

"(...) É a Delegacia de Ensino de Campinas que responde pela parte educacional da Secretaria de Educação para avaliar e inserir o curso dentro do processo da Secretaria de Educação, mas o CEFOR-"Franco da Rocha" que dá os certificados, autoriza o curso junto com a Secretaria do Estado da Saúde, sendo que a matrícula dos alunos são mandados para lá,

junto com os históricos, aqui é a execução da proposta (...), porém quando eu vim pra cá, as pessoas que estavam no RH tinham a proposta de estar ampliando a área para criar outras formações e até um CEFOR, Campinas justifica! Existe um CEFOR em Araraquara por exemplo, mas existem várias questões políticas que interferem para criar um Centro formador regional e sua autonomia. A direção do CEFOR-"Franco da Rocha" - ficou acéfala muito tempo, ninguém queria pegar, então você, veja bem, os documentos passam por aqui, passam para o CEFOR/FR, este chama a Delegacia de Ensino de Caieras, etc. Imagina só, quando a gente formou a terceira turma de THD, o que aconteceu? Por causa dessa demora de vir os certificados, muitas alunas perderam o concurso da prefeitura, não deu tempo, a gente correu, não conseguiu. (...). Eu queria morrer, porque o THD é um curso difícil, você faz das tripas o coração para conseguir poder implantar, depois forma, e as meninas não conseguem fazer o único concurso que apareceu nos últimos vinte anos? (...) depois da terceira turma de THD a gente parou, porque tem várias formadas, e sem emprego". (CD-A) (grifos nosso)

O CEFOR do Estado do Paraná "Caetano Munhoz da Rocha" descentraliza Cursos de Técnico em Higiene Dental para todo o Estado, desde 1989. Num levantamento feito no período de 1985 a 1996, formaram-se 932 THDs, distribuídos em 218 municípios paranaenses e sete municípios de outros Estados (MACHADO, 1999).

Em 1998, o CEFOR do Paraná deu início ao processo de descentralização dos cursos de ACD, no Estado do Paraná, com verbas do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Eles se estruturaram da seguinte maneira:

"Em cada descentralização tem um coordenador técnico, que é o dentista, que resolve todas as questões pedagógicas e um coordenador administrativo que faz a secretaria escolar, toda parte de documentação dos professores, pagamento dos professores, porque agora que a gente está com recurso do FAT. O local que está levando a descentralização escolhe o dentista. Desses onze locais nós temos três em prefeituras, oito em regional de saúde, (...). Outro grande desafio, está sendo implantar em onze locais o Currículo Integrado ao mesmo tempo, com gente que nunca trabalhou, com exceção de três lugares que já fizeram o curso tradicional, (...) das 38 vagas, 60 % é para quem está trabalhando, não importa se no setor público ou privado, e 40 % para desempregados porque a gente está usando o recurso do FAT. Então isso vai dar uma loucura, trabalhando com desempregado, com gente que nunca trabalhou nisso, é um desafio muito grande. Acho que está na hora da gente pensar nisso, é aquilo que eu te dizia, uma pessoa que nunca trabalhou vai lá e faz um curso de 680

horas e outra que já trabalhou também, o mesmo curso, então é uma loucura". (CD-E)

A partir de 1996, o Programa de Qualificação Profissional da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, do CEFOR, passou a ser financiado com recursos do FAT. Porém, como os cursos de formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário não correspondiam às exigências deste órgão, foram interrompidos. Um dos requisitos do FAT é que o curso seja destinado a conferir empregabilidade e ambos os cursos, nesta instituição, eram destinados a trabalhadores já empregados nos serviços de saúde que não possuíam qualificação. Em 1998, este órgão financiador aprovou um projeto de formação de atendente de consultório dentário com uma turma em Paranavaí-PR (MACHADO, 1999).

Esses processos de formação em serviço, como o Projeto Larga Escala, são uma proposta de transformação que desafia o modelo hegemônico de formação e de serviço, no campo da saúde. Por essa razão, enfrentam diferentes obstáculos, das mais variadas origens, mas representam muitas conquistas para o campo da Saúde Bucal Coletiva, pois possibilitam aos envolvidos no processo realizar alguns "sonhos".

O CD-D relatou algumas das conquistas alcançadas em São Paulo, bem como a possibilidade de colocar muitos projetos em prática:

"(...) a gente teve uma mudança importantíssima na prefeitura de São Paulo, que foi a eleição da Luíza Erundina. Com isso, o Eduardo Jorge assumiu a Secretaria da Saúde e o Paulo Freire a Secretaria da Educação. Já na própria montagem do programa de campanha, essa questão da formação de pessoal em saúde *Lato Sensu* apareceu como um compromisso de campanha e tudo mais, (...) então eu acabei me envolvendo nesse processo e fui um dos criadores do CEFOR, foi um processo muito bonito. (...). Olhando para esse período a sensação que eu tenho é de que parece que foi um "sonho" bonito que a gente teve, entendeu? Foi um período muito bonito, de desabrochar, de poder dar concretude a uma série de idéias e proposições que vinham sendo criadas coletivamente, tanto no MBRO quanto fora dele, no trabalho que os técnicos vinham fazendo nessas Instituições, na medida em que houve possibilidade de ampliar essa discussão, dar voz a todo mundo que tinha o que falar sobre essas questões, isso deu origem a um processo que foi muito rico na Prefeitura de São Paulo, naquele período, na área da saúde

como um todo, e especificamente na área da Saúde Bucal e da formação de pessoal auxiliar, (...)". (CD-D)

Uma outra conquista que deve ser lembrada é a da grande satisfação em ouvir o que representou, para muitas das ex-alunas(os), realizarem um curso como esse. Os vínculos que se formam entre professor(a)/aluno(a), permitem que sempre haja espaço para escrever cartas, virem contar como estão, onde estão trabalhando, se continuaram os estudos ou não, se casaram, tiveram filhos, enfim suas conquistas. A CD-E traz algumas dessas satisfações em seu relato:

"(...) eu vinha vindo de Brasília de uma reunião, peguei vôo para Curitiba e uma ex-aluna vinha voltando para casa e coincidiu que voltamos no mesmo vôo, e ela ficou sentada conversando comigo, de São Paulo para cá. Ela era Comissária de Bordo e disse que o que ajudou muito no curso de Comissária de Bordo foi o que ela aprendeu no curso de THD, ela aprendeu a pensar, a tomar decisão, (...), então eu achei muito legal ouvir isso. Já tive aluno que falou para outro que gostava muito do Centro Formador e que aprendeu a pensar, tive aula com a "CD-E" e ela fazia a gente pensar. Então acho que essas coisas o curso tem dado, fazer as pessoas se posicionarem na sociedade, talvez o fato dele não ser aceito na rede privada, não ser muito procurado é muito por aí. (...)". (CD-E)

Para que o Projeto Larga Escala se concretizasse era necessário a construção de um Guia Curricular com a proposta do Currículo Integrado para a formação do pessoal de nível médio e elementar, na saúde. Quando esses processos de formação tiveram início na Odontologia, por volta de 1987, o Ministério da Saúde ainda não havia elaborado tal Guia.

O Guia Curricular para a formação do técnico em higiene dental, do Ministério da Saúde, foi construído no período de 1989 a 1991 por um grupo de cirurgiões dentistas que participaram de um Seminário organizado pela Secretaria Nacional de Recursos Humanos, do Ministério da Saúde, em 1987. Participaram representantes dos Cursos de Odontologia das Universidades de Brasília e Católica de Minas Gerais e coordenadores de cursos de técnico em higiene dental dos Estados de Minas Gerais, Paraná e São Paulo. O objetivo foi analisar as metodologias e os resultados da formação do técnico em higiene dental que vinham desenvolvendo. A

coordenação dos cursos do Paraná e São Paulo, assim como a Organização Panamericana de Saúde, participou como assessores (MACHADO, 1999).

Após a conclusão do Guia, que foi distribuído aos CEFOR/ETS em 1994, pelo Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS iniciou um Programa de Educação Continuada para os cirurgiões dentistas envolvidos com os cursos de técnico em higiene dental nos Estados e Municípios que tinham interesse. Este programa contava com uma Capacitação Técnica para o Cirurgião Dentista atuar na rede básica do SUS. Em 1997, Blumenau montou um projeto para esta capacitação propondo algumas adaptações à proposta original, projeto esse ocorrido ao longo do ano de 1998. De acordo com a CD-E, essa capacitação ocorreu também, "*em Campo Grande, que era o grupo de Mato Grosso do Sul; em Recife, que era a turma de Pernambuco e Rio Grande do Norte; e aqui no Paraná*".

Desde que teve início a formação do técnico em higiene dental com o Projeto Larga Escala no Estado de São Paulo, em 1987, a construção do Guia Curricular já fazia parte de um programa de educação continuada dos cirurgiões dentistas que estavam envolvidos com essa formação.

Um outro aspecto que deve ser destacado é que, durante o desenvolvimento desse processo de formação em serviço, os cirurgiões dentistas envolvidos se vêem realizando um outro papel que não é o de assistência, mas o de educador, como muito bem relatou o CD-D:

"(...) o que eu acho muito interessante nesses processos de formação em serviço é exatamente o fato de que esses projetos partem do potencial do ensino, do potencial de educador que os profissionais têm no seu dia-a-dia e formalizam isso e, ao formalizar isso, preparam, qualificam, capacitam o profissional para essa dimensão educadora, para o trabalho que eles exercem e nesse sentido é uma coisa que ocorre e que fica meio obscura ou sobre a qual não se dá muita atenção no cotidiano do trabalho, quando você formaliza a participação por exemplo de dentista na formação de pessoal auxiliar, você joga luz sobre essa dimensão que as vezes fica obscura. Olha, ao trabalhar com auxiliares você está formando essas pessoas, então atente para isso, se prepare para isso, se capacite, o que esses processos fazem um pouco é isso, e ao fazer isso valorizam isso como uma dimensão importante da prática, do trabalho diário. Os dentistas, não foram preparados, na graduação espontaneamente isso não

ocorre, salvo raras exceções que comprovam a regra e é muito importante que ao formalizar a função educativa da prática, essa formalização implique capacitação desses profissionais, algum grau de capacitação, vejo isso como uma necessidade. Não tenho dúvida de que nesse processo e com a valorização dessa dimensão educativa do trabalho cotidiano, isso contribui para valorizar o processo de trabalho num sentido mais geral e isso contribui para melhorar o próprio desenvolvimento do cirurgião dentista, em termo de atualização técnico-científica, Em resumo, um dentista que não está envolvido em processos assim tende a olhar para o seu trabalho de um determinado jeito; na medida em que o dentista se envolve com o processo de formação, ele é levado pelas circunstância desse processo a refletir sobre a sua prática, sente a necessidade de se atualizar, de melhorar o seu desempenho até para poder ensinar melhor, ter mais segurança de lidar com certos objetos de ensino-aprendizagem, então eu vejo como alguma coisa muito importante, não só no sentido imediato da formação mas como uma contribuição para o desenvolvimento, nessa linha de desenvolvimento de recursos humanos. (...)" (CD-D)

Inclusive o CD-D entende esses processos como uma das melhores estratégias para fazer atualização profissional, tal como relata:

"(...) desenvolvimento de recursos humanos, quer dizer, permitir que o profissional se veja envolvido num processo de formação em que ele seja levado e portanto motivado a estudar, a se perceber como alguém que está em formação permanente também, é como eu vejo, claro poderia falar um monte, mas o que me parece central, o que a pergunta me motiva é essa reflexão. (...)" (CD-D)

O CD-C destaca a necessidade sentida pelos profissionais envolvidos nessa formação, de estudar mais, de enfim, se qualificar mais, fato este que, para uns, torna-se atrativo; para outros, um obstáculo que chega ao limite de desistência na docência do curso, como atesta o CD-C:

"(...) como ponto positivo em participar desse processo de formação é você ter desafios para buscar uma qualificação maior, num processo de formar THD e ACD você tem que se qualificar mais, então foi super bom, principalmente nesse sentido. (...) e ponto negativos é que você tem que estudar mais, isso te desafia mais, te exige mais, e eu não vejo isso como ponto negativo, mas muita gente vê como ponto negativo, que é uma outra visão". (CD-C)

O Guia Curricular do Ministério da Saúde para a formação do atendente de consultório dentário foi organizado posteriormente e distribuído pelo Ministério da Saúde em 1998. Sua construção foi coordenada pela cirurgiã dentista Claudia Maria da Silva Marques e contou com a participação de mais duas cirurgiãs dentistas.

A CD-E participou da construção dos Guias Curriculares de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário. Porém, sua participação deu-se de maneiras distintas em cada um deles:

"Participar da construção de uma proposta de formação de THD foi muito rico, eu aprendi muito, tanto é que quando a Isabel Santos me incluiu no grupo de construção do Currículo Integrado, como assessoria, eu não entendia muito bem meu papel, até que um dia ela me explicou que o meu papel era preparar nos Estados, que tinham os Centros Formadores, as equipes com a Capacitações Pedagógicas para poder receber as propostas. Então, eu fui fazer Pedagógica em Goiás, Goiânia, Campo Grande, Recife, Belo Horizonte, Blumenau, nisso eu aprendi muito, a gente discutia os cursos, organizava e também assessorava esses cursos, então muita idéia que se dava lá eu vinha aplicar aqui em Curitiba, então isso foi muito rico. (...) Na construção do Currículo Integrado do THD, participei apenas da revisão, fiz dois textos e dei Capacitação Técnica em alguns lugares, minha contribuição foi essa. (...) e o Guia do ACD eu construí. Foi assim, o contrato era meu e da Adriana, eu deveria fazer a área I e II e a Adriana a III e a IV, mas aí nós duas resolvemos fazer diferente, embora o contrato dissesse isso, resolvemos fazer as duas juntas, foi isso". (CD-E)

Todos os cursos, até então desenvolvidos, de que temos conhecimento, têm no cirurgião dentista um elemento chave para desencadear esse processo de formação. Sobre isso, o CD-C relatou o seguinte:

"(...) a gente já sabia que iria ser um elemento de facilitação, um elemento para tentar dinamizar e tentar encontrar brechas dentro de cada organização sanitária, dentro de cada serviço de saúde municipal, qual a melhor maneira de encontrar um grupo que desse sustentação a um projeto desse tipo, uma proposta desse tipo, um projeto que não é um projeto de curto prazo, um projeto de médio e longo prazo, portanto muito mais difícil também. Então esse era o obstáculo, o de encontrar três ou quatro dentistas bem barra pesada, bem afins, (...) a gente tem que desenvolver o curso de uma maneira bem organizada, de uma maneira bem combinada, bem junto com o pessoal auxiliar, que é o pessoal mais interessado, por outro lado, viabilizar condições institucionais para que a secretaria de saúde depois assimile a qualificação desse pessoal, criando

o cargo, quer dizer criando condições para a ascensão funcional desse pessoal, por que aí o próprio pessoal vai dar sustentabilidade e nesse processo todo, os dentistas devagar, ao ritmo deles, eles vão encontrando aspectos positivos, vantagens e coisas interessantes na participação do pessoal auxiliar no serviço, então era assim que a gente começava, encontrando duas ou três pessoas no local para tocar as coisas e ser o elemento de coordenação local". (CD-C)

Segundo a CD-B, além de encontrar cirurgiões dentistas que garantissem o processo de descentralização do curso, alguns municípios do interior de São Paulo encontraram outros obstáculos para desencadear tal processo:

"(...) a gente teve experiências em participar junto com o município, exclusivamente do Larga Escala de SP, em alguns municípios da região. Percebi que o Larga Escala, talvez por sua falta de adaptação que é a minha ótica, eu não estou dizendo que eles estão errados, mas eu acho que não deslancharam muito. Eu me lembro de que há uns quatro anos atrás três municípios da região de Campinas: Hortolândia, Sumaré e Itatiba, pediram oficialmente a descentralização, começaram, se organizaram, já tinham o pessoal com capacitação pedagógica, já tinham todas as condições e eu não sei o que acontecia mas acabava abortando. (...). Como não participei ativamente, é um desafio de entendimento meu. Em Campinas acontece, por que a CD-A gosta, se envolve, briga, é cientista social, política que ela sempre foi, consegue porque ela assume na sua integridade e aí ela faz as adaptações necessárias no projeto Larga Escala. Eu acho que no campo da Promoção da Saúde, do Social, é tudo assim, se não tiver alguém que tenha paixão, morre, acaba, e a CD-A tem essa paixão, e aí ela consegue fazer. Então eu ainda acredito no Larga Escala porque tem pessoas como a CD-A, que se desenvolve, já tem uma tradição. (...) Da minha região, como eu te disse daqueles três projetos, o que eu sei é que eles abortaram, quando a gente fala com a Prefeitura é porque o problema é o Larga Escala, quando não é o Larga Escala é a Prefeitura, eu sei que patina, patina e não acontece. (...)". (CD-B)

A CD-B afirma que, com isso, continuamos convivendo e reforçando os municípios a realizarem "treinamentos" com os trabalhadores que exercem a função de atendente de consultório dentário:

"Os ACDs se encontram completamente assim como eu já disse, sem formação, e o que é pior é que alguns municípios, porque sabem da necessidade, acabam não fazendo em serviço, e algumas firmas acabam montando um curso, mas é um curso que não tem nada a ver com o Projeto Larga Escala, entendeu? Então acontece alguns cursos de capacitação desvinculado do serviço, totalmente desconectado, (...)".

(CD-B) (grifo nosso)

Conseqüentemente, tem-se uma predominância do atendente de consultório dentário, que é a grande maioria do pessoal auxiliar odontológico empregado, seja no setor público ou privado, sem formação específica, apenas “treinados em serviço” pelo próprio cirurgião dentista (PINTO, 1988 e 1993 ; CHAVES, 1986).

Para a CD-E, o processo de formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário é visto como uma

"(...) estratégia de organização do serviço, você pode fazer isso, porque você vai fazer Capacitação Pedagógica para o CD, você vai discutir o Estado com o aluno, fazer cursos de Capacitação Técnica para o CD poder trabalhar com esse aluno, então você mexe com a equipe inteira. Por exemplo: a ACD esterelizava todo o instrumental numa caixa de inox, lembra disso? todas as pinças, todos os espelhos, ... mas, se você fizer cada jogo de instrumental empacotado separado você não vai ter que esterelizar de novo o que você não utilizou, o instrumental vai durar mais, isso dá diferença, o pessoal auxiliar leva esse tipo de coisa para o CD. (...) Hoje a gente faz as duas coisas ao mesmo tempo, qualifica o pessoal auxiliar e o CD; não dá para privilegiar só um, então isso é que eu sinto que no setor público dá a diferença e que no setor privado você não tem (...)". (CD-E) (grifo nosso)

Os cursos de formação de técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, sejam eles do Estado de São Paulo, do Paraná ou do Município de Blumenau, tinham como objetivo primeiro a organização dos serviços locais de Saúde Bucal.

De acordo com o CD-C, no CEFOR estadual de São Paulo,

"(...) A gente tinha sempre essa preocupação, não só de qualificar, mas melhorar a organização do serviço, mexer com a organização do serviço. Então ele cutucava um pouco, porque tinha que fazer atividade educativa, mas o serviço não fazia, mas ia ter a aula de educação, na aula iam ser trabalhados alguns conceitos, depois ia ter a prática, e eles iam fazer a prática na Unidade Básica, então isso já criava todo um transtorno: “como é que a gente vai fazer, lá na Unidade não se faz atividade educativa?” Não faz mas devia fazer, porque que não está fazendo? (...) Mas, o que o curso queria no fundo? o curso queria no fundo era que as pessoas, a partir da Unidade, conhecessem a população, começassem a desenvolver atividades educativas e, a partir daí, fossem construindo um

projeto de educação dentro da Unidade que fosse uma coisa incorporada no rotina da Unidade e não uma coisa que fosse eventual, só para contemplar as necessidades de um curso de formação. Que transformasse mesmo cada realidade local e, depois, cada serviço. O meu papel, como coordenador estadual, não era tanto esse de ficar corrigindo os problemas dos cursos, porque nós da coordenação estadual, nosso papel é um papel mais político institucional de desenvolver isso enquanto uma estratégia para o serviço, enquanto um recurso para os serviços melhorarem, você ter um recurso a mais para a qualificação dos serviços como um todo, um projeto de desenvolvimento institucional, porque assim, você desenvolve o trabalhador e isso cria condições para melhorar a organização dos serviços e a instituição de se desenvolver como um todo. (...)" (CD-C) (grifo nosso)

No CEFOR do Município de São Paulo era discutida a idéia de articular, também, a formação geral para quem não a possuía, como revela o CD-D:

"(...) a idéia era formar um THD e um ACD que tivessem uma formação ampliada, que no seu processo de formação pudessem ter contato com conteúdos e com aspectos que transcendessem a questão específica da qualificação para um determinado ato, para o desenvolvimento de uma determinada atividade, claro que toda as atividades previstas como competência tanto do THD quanto do ACD, o plano de curso dava conta, mas a idéia era que, além de qualificar, preparar e capacitar para esses aspectos específicos, que essa fosse uma formação abrangente. Quando o CEFOR foi criado no Município, paralelamente aos cursos de qualificação profissionalizante que caracterizam o Larga Escala, um outro projeto começou a ser desenvolvido pelo núcleo de formação em articulação com a Secretaria Municipal de Educação, que tinha vários projetos, um projeto era o de alfabetização de adultos junto com o MOVA, Movimento de Alfabetização de Adultos, mas havia uma preocupação também com a formação dos trabalhadores da Prefeitura de modo geral. Em termos da formação geral, a gente começou a desenvolver um projeto chamado Projeto Educação Saúde, que envolvia o núcleo de formação dos CEFOR e a Secretaria Municipal de Educação, em que se propunha que, paralelamente à qualificação profissional, se garantissem os conteúdos da formação geral para o aluno, então várias turmas foram desenvolvidas, de modo que tanto o ACD quanto o THD, mas principalmente o ACD, ao mesmo tempo que faziam os conteúdos profissionalizantes, faziam a formação geral. Então isso é uma preocupação que eu acho que é significativa, que envolveu uma articulação entre Secretarias, um processo muito interessante, por explorar um aspecto previsto no Larga Escala, mas não muito desenvolvido até onde eu estou informado. Em geral, o Larga Escala tem

priorizado a qualificação profissional, o que acaba ficando restrito a isso e a formação geral fica por conta do aluno que vai fazer a formação geral onde e como conseguir, se puder.(...)". (CD-D) (grifo nosso)

Para a CD-A, era também uma oportunidade de interferir nas formas de organização e no enfoque dos serviços de atenção odontológica:

"Naquele momento, aqui no Município de Campinas, a proposta era mudar a organização de trabalho e era com o profissional auxiliar que íamos procurar inverter o processo de trabalho. Organizando de acordo com o risco, voltado mais para as questões educativas, para a inserção dentro da equipe de saúde, para estar trabalhando junto com o programa da saúde da mulher, programa do adulto, enfim, um elemento mais polivalente, mais voltado para o acolhimento mesmo". (CD-A)

No CEFOR do Paraná, a idéia é a que, propondo uma reorganização no serviço de atenção odontológica, a qualidade dos serviços prestados à população pode ser melhorada. Já tiveram outros objetivos, mas hoje é esse, como nos relatou a CD-E.

"No Centro Formador, o objetivo sempre foi a organização dos serviços; na Universidade, o objetivo era dar uma profissão. Hoje no Centro Formador, que é uma política da Secretaria Estadual de Saúde, o ACD está sendo o objetivo e também como organizador do serviço. (...) ainda não foi fechado nenhum levantamento, mas fizeram um levantamento interessante no Estado, em nível de serviço público, nós já estamos com uma proporção de um CD para um Auxiliar, claro aí THD e ACD juntos, qualificados ou não, ou seja, para cada CD tem alguém trabalhando lá com ele. (...) então o objetivo da gente sempre foi esse, melhorar a qualidade do serviço, através da organização e já foi mais, hoje não tanto, democratização do serviço, ampliar, democratizar o acesso, hoje é mais organizar o serviço". (CD-E)

Com relação à formação geral e/ou específica do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, o CD-D afirma que

"(...) não se trata apenas de qualificação profissional, mas da formação de cidadãos, tem que qualificar para o trabalho, mas tem que cuidar da formação geral e mesmo do ponto de vista de formação profissional num sentido mais estrito, é crucial que tanto THD quanto ACD, quanto o CD

tenham a possibilidade de compreender a sua inserção profissional no sistema de saúde, compreender o significado do seu trabalho para o esforço que a sociedade faz, que o país faz para prestar serviço de saúde de qualidade adequada. E a questão da formação geral, numa perspectiva de autonomia, de emancipação das pessoas. Passo longe daquelas compreensões que apontam para preparar "robozinho" de pessoas que sabem fazer coisas, ou essa linha meio esdrúxula de formação para o mercado e tal". (CD-D)

Nesta perspectiva, constata-se que os objetivos para a formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário possuem um significado fundamental para os serviços de Saúde, principalmente para os de Saúde Bucal. Buscam a organização dos serviços, a melhoria da qualidade destes e sua democratização, assim como cumprir o papel educativo de emancipação das pessoas, resgatando sua cidadania e autonomia. Por esses motivos, acredito que é uma proposta contra hegemônica de formação que, com certeza, encontrará muitos obstáculos. Para vencê-los, é necessário estar ciente de que esta é uma proposta social e política e, enquanto tal, exige também um posicionamento político dos envolvidos.

A experiência e a vivência foram contribuindo para refazer e rever este processo. Desde os primeiros cirurgiões dentistas que se envolveram com os processos de formação desses profissionais, era um processo novo, ninguém tinha uma fórmula pronta e era tudo novidade. Segundo a CD-E, foi necessário um pouco de experiência para chegar no que realmente era a melhor maneira de formar esses trabalhadores e assim, atingir o perfil profissional desejado:

"(...) quando a gente formou a primeira turma de THD, todo o grupo, (...) queria que aquele profissional que estávamos formando não tivessem os mesmos riscos e erros que nós fomos formados, então todas as nossas mágoas, nós não queríamos neles, como todos eram da área da Odontologia Social, o primeiro curso discutiu amplamente, mas quando terminou o curso a gente viu que faltou muita coisa, e como é que a gente ia fazer? (...) mas ele tem que ser tecnicamente eficiente também e o nosso não era, então na hora de fazer uma escultura de amálgama era ruim, nós não tínhamos material, e a gente viu, me lembro tão bem, que o Léo perguntou algumas coisas e a primeira coisa que elas disseram é que a grande frustração delas é que elas não sabiam fazer restauração de

amalgama, estavam frustradíssimas, isso no último dia de aula do curso. O outro curso foi prevenção, prevenção, prevenção.... Eu sei que a gente passou de momentos de muito social, muita prevenção, e depois a gente conseguiu uma acomodação, os últimos eram críticos, críticos a gente sempre quis e manteve, mas tecnicamente eles eram bons. (...) mas o perfil do crítico a gente sempre teve, no começo a gente não tinha muito claro o que a gente queria, hoje a gente sabe que tem que ter de tudo um pouco e ele está saindo mais completo, hoje o perfil está mais fechado". (CD-E) (grifo nosso)

No resgate destas memórias, histórias, algumas perguntas são respondidas, outras ficam em aberto e ainda outras se formulam como por exemplo: hoje, como os cursos de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário encontram-se, em termos legais e burocráticos de regulamentação, no sistema de Educação?

Com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação-LDB 9.394/96 do MEC e o Decreto n.º 2.208 de 17 de Abril de 1997, específico da Educação Profissional, serão necessárias algumas modificações nos critérios exigidos para estas duas formações, uma vez que propõem mudanças estruturais para a Educação Profissional (BRASIL, 1997). Com isso, os cursos profissionalizantes, de modo geral, terão que se adaptar às novas normas, alterando seus projetos de autorização dos cursos. Para tanto, deverão seguir as novas regulamentações do MEC para esse nível de ensino: Resolução CNE/CBE n.º 04/99 nos Pareceres CNE/CBE n.º 16/99 e CNE/CBE n.º 10/2000, conforme apresentado no Capítulo 2 - "Educação Profissional e a Área da Saúde", e as regulamentações específicas de cada categoria.

Para os cursos de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário tem-se a Resolução n.º185/93 do Conselho Federal de Odontologia, acrescida da Resolução n.º14/2000 do CFO (**anexo-3**), que traçam os critérios para a formação e as atribuições do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário.

Estas regulamentações exigem o ensino fundamental completo (antigo 1º grau) para ingressar no curso tanto para o atendente de consultório dentário como para o técnico em higiene dental, o que os diferencia são os certificados, ou seja, o

atendente de consultório dentário receberá um certificado de qualificação profissional e o técnico em higiene dental que concluir o ensino médio receberá o diploma de técnico em nível médio e caso não o tenha concluído também receberá um certificado de qualificação profissional.

MACHADO (2001) explica que esses dois cursos de formação não se classificam como qualificação básica, conseqüentemente ainda necessitam de aprovação dos Conselhos Estaduais de Educação para autorização ou reformulação dos seus cursos de formação. A autora afirma isso porque:

Existe um Parecer do MEC em resposta a uma consulta do Ministro da Saúde a respeito desta confusão dos cursos auxiliares serem ou não qualificação básica. Neste parecer o CNE afirma que todos os cursos auxiliares que estão autorizados com base no Parecer n.º45/72 do CFE e que ainda tem aceitação no mercado de trabalho como é o caso do ACD e do AE são considerados cursos de Qualificação Técnica, necessitando a elaboração de projetos com carga horária mínima, requisitos de acesso, escolaridade 1º grau completo e aprovação do Conselho Estadual de Educação. Na carga horária mínima, que na saúde está sendo 600 horas para o auxiliar, não pode mais incluir a carga horária do estágio, portanto um curso de ACD deve ter no mínimo 600 horas (teóricas e práticas) e mais X horas de estágio em serviço. (...) o estágio deve ser em serviço com supervisão de um profissional do serviço (...) o aluno pode receber bolsa trabalho pelo Centro de Integração Empresa Escola. Como o estágio não estabelece vínculo empregatício, passa a ser um bom negócio para a Instituição, empresa ou consultório que recebe o estagiário porque, não têm custos com encargos sociais, ou seja, mão de obra barata. (MACHADO, 2001) (grifo do original)

Até os dias de hoje, segundo dados do Ministério da Saúde, estão registrados cursos autorizados pelo Sistema Educacional em treze Estados: Paraná, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio Grande do Norte e Santa Catarina. Todos são realizados, em sua grande maioria, pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, em alguns casos em parceria com o SESI - Serviço Social da Indústria ou com Escolas Técnicas ligadas a Universidades (MACHADO, 1999).

De acordo com a CD-E, os cursos de técnico em higiene dental, principalmente, estão paralisados na maioria dos CEFOR/ETS, porém, não há dados

precisos sobre essa informação. O que se espera é que, com a nova proposta do Ministério da Saúde de inclusão da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, esses cursos sejam reativados.

No atual momento, final da década de 90 e início do ano 2000, o que encontra-se em discussão é a inclusão da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF). É um tema presente em vários encontros da classe e que vem gerando discussões no campo da Saúde Bucal. Mas pressupõe um trabalho em equipe, com delegação de funções, integralidade das ações, enfim, uma dedicação à promoção da saúde bucal.

Portanto, de acordo com CAPISTRANO (2000:8), essa proposta veio para romper com o modelo da prática odontológica tradicional e

(...)superar o caráter ainda profundamente artesanal da prática dominante, de consultório, onde o dentista faz tudo, no máximo recebendo o auxílio de quem vai lhe passando o instrumental e mais alguma coisa. Essa prática é responsável por um baixo rendimento do trabalho e, em consequência, por um custo elevado. Superar o artesanato em Odontologia significa agregar novos profissionais - o técnico em higiene dental (THD) e o atendente de consultório dentário (ACD), significa montar módulos de três, quatro ou mais cadeiras operados por um número de dentistas necessariamente inferior ao de cadeiras, pois o trabalho será compartilhado com os THDs. (...).

Para podermos conquistar um modelo de prática odontológica que tenha como pressuposto o trabalho em equipe que supera o modelo tradicional do cirurgião dentista trabalhando sozinho e que conseqüentemente busca alcançar Saúde Bucal para todos, faz-se necessário um movimento coletivo da classe odontológica para implementar propostas transformadoras, principalmente, do modelo de formação odontológico tradicional. E que este, por sua vez, supere a predominância da racionalidade instrumental e incorpore outros paradigmas.

Sabemos que este é um processo de médio e longo prazo, portanto é preciso agregar "atores" de diferentes instâncias para fortalecer essa luta, pois acreditamos que este é um caminho para viver um "sonho" possível.

CAPÍTULO - 4

UMA ABERTURA PARA OUTRAS MEMÓRIAS, OUTRAS HISTÓRIAS...

Decisivo aqui não é a memória, mas aquilo que constitui sua condição, sua intermitência essencial - o esquecimento. O esquecimento é o centro ausente, a energia que flui na direção da própria origem, esta esquecida. (BENJAMIN apud MATOS, 1993:55)

Uma história esquecida, silenciada; essa foi a tônica da nossa pesquisa.

Na construção dessa história silenciada, todo esforço foi concentrado em tirá-la do esquecimento, recuperando "experiências", fatos esquecidos, memórias guardadas, algumas escritas, outras esquecidas. Portanto, reler essa história, rever acontecimentos a partir de questionamentos do que está posto historicamente foi o que estimulou cada momento da construção dessa história.

Realizar essa (re)construção a partir da memória de experiências de profissionais envolvidos com processos de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, no Brasil, somente foi possível através da opção metodológica proposta para este trabalho. Tal opção possibilitou também deixar abertura para outras (re)construções, outras leituras, estimulando outras memórias, assim como encontrar outras vozes ao longo do texto, através da leitura "a contrapelo".

Para tanto, na leitura "a contrapelo", no diálogo com os documentos transcritos dos cirurgiões dentistas entrevistados, procuramos destacar vozes outras, de técnicos em higiene dental e atendente de consultório dentário, presente ao longo do

texto. Tal fato possibilitou trazeremos olhares “silenciados”, excluídos em muitos momentos dessa história de formação, no Brasil.

O ato de contar uma história, segundo Benjamin, faz com que esta seja preservada do esquecimento. Desta forma, cria possibilidades para ser contada novamente e de outras maneiras, trazendo suas memórias, suas "experiências", suas "viagens". O mundo capitalista moderno trouxe o enfraquecimento dessa forma de narrativa, predominando apenas o cotidiano, o agora, o tempo fugaz . Não há mais tempo para histórias, memórias, "experiências", (BENJAMIN, 1987).

Das memórias, do esquecimento, das leituras, de outras histórias, de muitas pessoas, foi tecida essa história.

De acordo com os dados apresentados ao longo do texto, acreditamos que a origem do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, em Instituições Públicas no Brasil, relaciona-se com os auxiliares odontológicos da FSESP, na década de 40-50, os quais compunham uma equipe e desenvolviam atividades, de cunho basicamente preventivo em escolares e auxiliavam o cirurgião dentista na cadeira operatória. O objetivo do projeto que desenvolviam era diminuir o índice de cárie em escolares. Portanto, nasceram em um serviço público e traziam experiências consumadas e bem sucedidas nos EUA, pela FSESP.

Mesmo já passado meio século, o serviço público, "*locus*" central desses profissionais, continua com a mesma estrutura física na maioria dos locais, ou seja, ainda encontram-se locais com consultório tradicional em que temos apenas uma cadeira operatória, a qual é reservada ao cirurgião dentista. Isso revela que a proposta de trabalho em equipe ainda não está consolidada, bem como o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário não estão inseridos no processo de trabalho e, portanto, não estão desempenhando todas as suas funções. Na década de 80, houve a proposta das clínicas modulares, mas sabemos que para se realizarem essas mudanças, além de recursos financeiros, é necessária uma política de saúde que comporte uma filosofia de trabalho que não dependa apenas de mudanças na estrutura física, e sim do processo de trabalho e da formação dos profissionais envolvidos.

O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário, ao qual nos referimos nesta pesquisa, são profissionais de saúde que podem desempenhar plenamente suas funções com qualificação para isso.

Quando não existe uma proposta de integração e trabalho em equipe, isso pode acarretar dificuldades na consolidação da identidade destes profissionais, causando uma mistura de papéis na equipe, em que um acaba exercendo ou ocupando o espaço do outro, o que descaracteriza o trabalho em equipe. Desta forma, é a própria equipe que perde sua identidade dentro e fora da classe odontológica. Fortalece-se, assim, a manutenção de um saber odontológico que é monopólio de poucos e conseqüentemente, a Saúde Bucal permanece um sonho, inacessível à maioria da população brasileira.

Também, na década de 50, surgiram as primeiras experiências com cursos para o pessoal auxiliar odontológico. Formalizados ou não, os cursos de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário vêm acontecendo, no Brasil até os dias de hoje. Houve momentos, como no final dos anos 80 e início dos 90, que esses cursos tiveram momentos de "apogeu" e, gradativamente, foram sendo apagados pelos rumos dados às políticas públicas no país.

De acordo com as publicações analisadas durante essa pesquisa, constatamos que o interesse da classe odontológica, diante dessa temática - formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário - diminuiu nos anos 90 em relação aos anos 80.

As propostas de formação desenvolvidas nessa história são processos em que o indivíduo conhece seus direitos e deveres, seu papel de cidadão, seja dentro ou fora da profissão. Busca a formação e qualificação de um indivíduo com perfil crítico, que tenha autonomia para refletir seu processo de trabalho, compor e integrar uma equipe de saúde, em que haja troca de conhecimentos e saberes nas ações, na responsabilidade pela qualidade do trabalho final. Mesmo sendo o cirurgião dentista o supervisor/coordenador da equipe, o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário não deixam de ter responsabilidades sobre seu trabalho, pois, enquanto profissionais com qualificação para exercer seu papel, compõem uma equipe de Saúde Bucal.

Diante do exposto ao longo do texto, podemos afirmar que a formação de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário que aconteceu durante as décadas de 70 e 90, no Brasil, teve, de maneira geral, como característica principal a formação em serviço, seguindo a proposta do Projeto Larga Escala.

Tais cursos, em sua grande maioria, acontecem em Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde do SUS; Colégio Técnico de Universidades; SENAC; SESI; SENAI; SESC; ABO; CRO; APCD, e poucos em Escolas particulares, o que representa um indício de maior interesse e aceitação do setor público para com a formação desses profissionais. Quanto à periodicidade da oferta desses cursos, não encontramos nenhum trabalho a respeito, o que podemos dizer é que os cursos de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário, existentes em algumas Universidades públicas do país, de maneira geral, têm apresentado uma regularidade na oferta desses cursos de formação.

Não foram encontrados trabalhos publicados sobre nossa história - processos de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário - que fizessem referência à Escola Politécnica de Saúde "Joaquim Venâncio", bem como em nenhuma das entrevistas realizadas.

Esses processos de formação tiveram, também, uma movimentação legal para estruturar essas profissões, tanto no campo da educação como no da saúde, as quais esbarram numa racionalidade instrumental da Odontologia, a qual ainda se faz dominante.

Fica claro nesta história que existe uma preocupação com a racionalização do trabalho odontológico, caracterizada na maioria dos trabalhos que defendem a inserção do pessoal auxiliar odontológico na Odontologia. Tais trabalhos tomam como elementos fundamentais o aumento da produtividade, a diminuição dos custos dos serviços odontológicos e a divisão técnica do trabalho.

Todavia, na medida em que se busca ampliar esse olhar, acompanhando Walter Benjamin em sua visão de mundo, a preocupação com a racionalização passa a ter uma outra leitura, ou seja, a inserção do pessoal auxiliar nos serviços odontológicos teriam como pressupostos o aumento da produtividade e a diminuição

dos custos, todavia, do nosso ponto de vista, não seriam essas as finalidades deveriam nortear a questão, mas sim o trabalho em equipe com democratização dos saberes odontológicos, que favorecem melhorias nas condições de trabalho dos profissionais, o que pode levar a uma ampliação da produtividade, com diminuição dos custos, possibilitando, assim, aumento no acesso e a qualidade dos serviços prestados à população.

Portanto, a idéia de racionalidade que propomos neste trabalho, compartilhando com as idéias de Benjamin, busca a inclusão, a união de aspectos até então compartimentalizados pela racionalidade posta pelo capital. É criar, construir nexos, como: Odontologia e Sociedade, memória e jogos de poder, memória e situação social, economia e cultura, educação e saúde, Odontologia e Educação, Saúde e Ética, formação e serviços de saúde, ensino e serviço, pensar e fazer, dentre outros. Neste sentido é que acreditamos que se luta por uma Odontologia que inclua o outro, relacione o eu e o outro e não mais a idéia do eu individual, mas sim do coletivo, numa construção de uma Saúde Bucal solidária e mais humana.

Portanto, contrapõem-se duas concepções: uma que traz a racionalidade instrumental, do capital, que compartimentaliza, exclui, possui uma visão unilateral, que visa enfim, ao lucro. E uma outra que traz a idéia de uma racionalidade que inclui, trazendo melhoria da qualidade desses serviços como objetivo primeiro, tanto para quem o utiliza como para quem o realiza.

Os processos de formação em serviço, como o Projeto Larga Escala, é uma proposta de transformação que desafia o modelo hegemônico de formação e de serviço, no campo da saúde. Por essa razão, os mesmos enfrentam diferentes obstáculos, das mais variadas origens, mas representam muitas conquistas para o campo da Saúde Bucal Coletiva.

A formação do técnico em higiene dental e a do atendente de consultório dentário no Larga Escala buscam um profissional inteiro, reflexivo, crítico e também com habilidades técnicas, para trabalhar numa equipe de Saúde e prestar serviços

com qualidade à população. Traz a idéia de inclusão, de trabalho em equipe, do coletivo em detrimento do individual.

Para que esses processos aconteçam, é necessário um trabalho conjunto entre os Centros Formadores/Escolas Técnicas com as políticas de saúde das Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde. Quando existir algum descompasso, ou alguma amarra nessa relação, isso pode comprometer e dificultar o andamento do processo de formação, como ficou registrado em alguns casos dessa história.

Faz-se necessário, também, que haja uma adaptação em cada nível local que desenvolve a proposta do Larga Escala, pois é a realidade local do serviço de saúde que norteará o desenvolvimento desses processos de formação. Com isso, há uma diversidade entre as cidades que desenvolviam essa proposta, o que a torna ainda mais interessante.

Há também algumas dificuldades encontradas no processo de descentralização desses cursos, as quais, acreditamos, derivam de questões da política local e, em alguns casos, da postura política³⁴ dos profissionais para desencadear tais processos de formação. Nos locais em que havia um cirurgião dentista responsável que se posicionava e lutava pela proposta, esta acontecia e se havia vontade política o processo tinha continuidade. Acreditamos que um dos principais fatores que levam o envolvimento de poucos cirurgiões dentistas nesses processos são decorrentes das características da formação dos mesmos, marcada historicamente pela predominância do saber técnico/biológico, característico da formação na área da saúde em determinados períodos históricos.

Nessa proposta de formação, em serviço, pressupõe-se uma educação continuada dos cirurgiões dentistas envolvidos, pois, de acordo com a metodologia, a cada momento, a realidade local é questionada, discutida, estudada, com o intuito de se compreender, o processo de trabalho em saúde, propondo-lhes mudanças e melhorando-o.

³⁴ Estamos entendendo postura política aquela em que o indivíduo tem consciência do seu papel na sociedade, considera o contexto histórico-social em suas análises, têm uma percepção crítica dos seres humanos em suas relações com o mundo, enfim, compreendem o ser humano como seres da práxis, da ação e da reflexão sobre o mundo.

Como foi discutida ao longo do texto, a proposta do Larga Escala tem como objetivo qualificar os trabalhadores em serviço que, muitas vezes, já exercem a função e não possuem qualificação específica, ou seja, não tem o propósito de atender a uma demanda de profissionalização da classe de pessoal auxiliar, pois atende a uma demanda específica de pessoas já empregadas, de uma instituição de saúde. Com isso, a demanda da comunidade, via de regra, fica desassistida. Do ponto de vista da instituição de saúde, esses objetivos são perfeitamente compreendidos, todavia, de quem é então, a responsabilidade de atender às necessidades da comunidade para esses cursos?

Nas Instituições Públicas, como é o caso, essa responsabilidade é do setor Saúde ou Educação?

Quando se trata dos cursos de técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário, as últimas informações a respeito, que são da 2^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, em Brasília, demonstram que existiam apenas 12% de profissionais de nível médio na Odontologia que possuíam qualificação e que havia uma indefinição da responsabilidade pela formação dos mesmos, se é do setor Saúde ou Educação.

Portanto, essa é uma pergunta que continua em pauta e indefinida. De acordo com última LDB n.º 9.394/96 do MEC, não há definição para o financiamento específico da Educação Profissional. Isso se deve também ao crescente afastamento do Estado de suas responsabilidades com as políticas públicas, especificamente com a Educação e a Saúde, fazendo com que estes setores sejam, cada vez mais, assumidos pela iniciativa privada.

Não creio que o setor Saúde deva assumir sozinho a formação do pessoal auxiliar, sendo necessário realizar parcerias intersetoriais com o objetivo de atingir seus interesses, bem como lutar pelos interesses dos indivíduos/sujeitos desses processos.

Como esses sujeitos, os técnicos em higiene dental e os atendentes de consultório dentário, são relegados historicamente pela Odontologia não encontramos trabalhos publicados ou fonte de informação a respeito deles. Esses dados não constam no Conselho Federal de Odontologia.

Historicamente ficou evidente que a incorporação e a formação do técnico em higiene dental e de atendente de consultório dentário nos serviços públicos de saúde dependem diretamente do investimento nas políticas sociais em diferentes momentos dando continuidade ou não às ações que estão sendo realizadas.

Em alguns momentos, eram valorizados os procedimentos executados pelos técnicos em higiene dental; em outros, não, influenciando diretamente na inclusão ou não deste profissional nas equipes. Ressaltamos que essa é uma situação bastante comum em todas as ações de saúde do SUS, pois como existe um conjunto de normas - Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde - que estabelece critérios e diretrizes para o repasse de recursos do SUS aos Estados e Municípios, todo o sistema de saúde que compõe o SUS deve adaptar-se a essas normas .

Hoje, as principais possibilidades de financiamento que se encontram disponíveis, para tais processos de formação, são o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e as propostas previstas nos planos do Programa Saúde da Família (PSF).

Está previsto, no Programa Saúde da Família para 2001, a formação de técnicos em higiene dental e de atendentes de consultório dentário. Com isso haverá incentivo, inclusive financeiro, para reativar tais formações. Mas, para que isso ocorra, dependerá dos Estados e Municípios de se adaptarem ao conjunto de diretrizes proposto no Programa.

Uma outra via para financiamento possível para essas formações é do Fundo de Amparo ao Trabalhador, a qual também apresenta um conjunto de regras, sendo uma delas a empregabilidade, buscando acompanhar o movimento do mercado em relação a esses trabalhadores.

O que fica claro é que, de uma maneira ou de outra, há uma necessidade em fazer concessões às regras dos órgãos financiadores disponíveis no momento. Ou seja, esses processos de formação são definidos pela política econômica nacional vigente, política que acompanha as regras do mercado globalizado para os países pobres e essas são gerenciadas pelos órgãos financiadores internacionais.

Ressaltamos que não é suficiente apenas que o sistema de ensino ou a classe odontológica definirem normas para o exercício de uma profissão ou para sua

formação, como a do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, porque, infelizmente, é a política econômica sustentada pela ideologia neoliberal, imposta com maior vigor em nosso país nas últimas décadas, que vem ditando as regras, colocando o mercado internacional como principal foco de interesse de investimentos do capital em detrimento das políticas sociais, acompanhando o processo de racionalização do mundo.

O CEFOR do Estado do Paraná, encontrou uma forma de retomar esses processos de formação que haviam sido paralisados em 1996, porém o fez na medida em que seguiu as exigências do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), adequando-se aos critérios deste órgão em termos de empregabilidade. Com isso, hoje atende a uma parcela da comunidade em seus cursos.

Há um grande risco de tornarmo-nos reféns dessa política econômica bem como desses órgãos. Tais propostas não são as esperadas por um grupo que busca e luta pela democratização do saber para se efetivar um processo de formação, porém, se uma vez inseridos nessas propostas, haverá possibilidades de discuti-las, questioná-las, ou seja, interferir, fazer parte do processo e, com isso, fazer com que os mesmos ocorram de modo diferente.

Com a precarização do social, a população encontra-se à margem desse processo, sem ter acesso à educação, saúde, moradia, lazer, trabalho. Poucos são privilegiados pelo sistema, ficando assim cada vez mais distante a possibilidade de romper com essa situação histórica de desigualdade social. Marcas deste contexto se fazem presentes na vida desses trabalhadores de nível médio em Saúde Bucal. Excluídos no/do sistema capitalista, são também prejudicados por não serem qualificados e não estarem organizados enquanto categoria. Tudo isso os impede de produzirem contra-argumentos em relação a essa exploração, como mão-de-obra barata no mercado de trabalho, e de buscarem, enfim, os seus direitos enquanto trabalhadores.

Acreditamos que uma formação geral e específica é fundamental para dar a esses sujeitos condições para se contraporem a essa realidade, pois entendemos a educação enquanto um processo que possibilita ao indivíduo tomar consciência de si mesmo e do mundo em que está inserido, embora saibamos que apenas isso não é

suficiente para transformar essa realidade, fazendo-se necessário uma relação social menos desigual, mais ética, mais humana.

O importante não é apenas oferecer uma formação certificada, legalizada para o técnico em higiene dental e para o atendente de consultório dentário, mas, também, um saber qualificado que o identifique enquanto profissional, integrante de uma equipe de saúde, responsável pelo seu papel no processo de trabalho em Saúde Bucal, articulando, assim, os campos da educação, da saúde e do trabalho. Acreditamos que o saber odontológico deve ser democratizado dentro e fora da equipe de saúde, sem hierarquização desses saberes, cada um com seu papel. Para tanto, a formação do cirurgião dentista, a do técnico em higiene dental e a do atendente de consultório dentário deve estar articulada. Caso contrário, a hierarquização do saber permanecerá e a Saúde Bucal Coletiva continuará encontrando entraves para romper com a racionalidade instrumental que é característica da Odontologia.

É fundamental, na formação desses profissionais, um conjunto de conhecimentos que integrem e articulem os conhecimentos técnicos e humanísticos (das ciências humanas), para promover a Saúde Bucal Coletiva, e não apenas se limitar a cuidar de "bocas" e "dentes", mas de indivíduos inseridos numa sociedade.

Foi possível compreender, na construção dessa história, que tanto a formação em serviço como a educação para o trabalho estão por constituir-se numa proposta que articule a formação profissional e formação geral dos sujeitos. O importante é que esta proposta venha ao encontro das reais necessidades dos sujeitos no processo de trabalho em equipe e dos serviços, dando-lhes condições de exercerem seu papel de trabalhador do setor saúde, prestando serviços com qualidade à população. Estabelecendo, portanto, uma relação que pressupõe a articulação e a integração dos campos da educação, da saúde e do trabalho.

Este trabalho mostrou que o modelo de formação, para o técnico em higiene dental e para o atendente de consultório dentário, posto pelo Parecer n.º460/75 do Conselho Federal de Educação, durante o governo militar, ainda não foi rompido. Vinte cinco anos se passaram e permanece o monopólio do saber odontológico

centrado no cirurgião dentista. Não existe, ainda, a exigência de um saber qualificado para o pessoal auxiliar em Odontologia, no Brasil.

Esses profissionais são marginalizados no mundo do trabalho, tendo em vista que seu valor no processo de trabalho não é reconhecido. A Odontologia, que predomina em nossa sociedade, desenvolve uma “Odontologia de mercado”, que privilegia as novas tecnologias importadas (materiais de última geração, equipamentos sofisticados) e os cursos de especialização.

Portanto, há uma necessidade de mobilização da categoria para interferir nesse cenário, a fim de avançar na desmonopolização do conhecimento na área da saúde e colocar em evidência discussões políticas, econômicas e sociais que estão ocorrendo em nosso país; caso contrário, ficará difícil alguma possibilidade de mudança. Acreditamos que a perspectiva é buscar investimentos políticos, econômicos e sociais, na educação profissional do país, mesmo sendo um trabalho a médio e a longo prazo.

Todo processo de mudança pede mobilização, que necessita, por sua vez, de postura política da parte dos envolvidos. Acredito que essa é uma questão que procuramos trazer para essa história: uma história escrita de memórias de sujeitos histórico - sociais marcados por uma postura política que envolve "sonho", luta, busca por um tempo mais justo e mais humano. Foram essas vozes que possibilitaram nossa (re)construção. Vozes muitas vezes guardadas, silenciadas, algumas mais ousadas, outras nem tanto, mas todas prontas para serem "desencasteladas".

Cada mônada, cada fragmento, pequenas narrativas contidas nessa história inacabada, possibilitou revelar outros aspectos da história da formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário, no Brasil, estabelecendo inter-relações entre as mesmas e seus sujeitos. Cada fio que puxamos dessas histórias trazem sentimentos de conquistas, contradições, obstáculos, perdas, avanços, retrocessos e de despertares desses sujeitos, resgatando acontecimentos do passado num estado de vida que estavam esquecidos, adormecidos em algum lugar da memória que, agora registrados nesse documento provisório, poderá ser interpretado, recriado, recortado, resignificado, enfim, narrado por outros

O despertar para essas reflexões foi para mim uma grande "viagem" pelas histórias, memórias, sempre acompanhada pelos "sonhos" de outros despertares, outras histórias que, por ventura, ainda estão por vir na/pelas vozes silenciadas ao longo da história.

**Quem me chamou
Quem vai querer voltar pro ninho
E redescobrir seu lugar
Pra retornar
E enfrentar o dia-a-dia
Reaprender a sonhar
Você verá que é mesmo assim
E que a história não tem fim
Continua sempre que você responde sim.**

Guilherme Arantes & Jon Lucien

Com defeito de fabricação

(TOM ZÉ, 1999)

“O terceiro mundo tem uma crescente população. A grande maioria se transforma em uma espécie de “andróide”, quase sempre analfabeto e com escassa especialização para o trabalho.

Isso acontece aqui, nas favelas do Rio, de São Paulo, no Nordeste do País, e em toda a periferia da civilização. Esses andróides são mais baratos que o robô operário fabricado em Alemanha e Japão. Mas revelam alguns “defeitos” inatos, como criar, pensar, dançar, sonhar, são defeitos muito “perigosos” para o patrão primeiro mundo.

Aos olhos dele, nós, quando praticamos essas coisas por aqui, somos “andróides” com defeito de fabricação.

Pensar, sempre será uma afronta.

Ter idéias, compor, por exemplo, é ousar. No umbral da história, o projeto de juntar fibras vegetais e criar a arte de tecer foi uma grande ousadia.

Pensar sempre será.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, José L.T. "Desafios Éticos na Formação dos Profissionais Auxiliares em Saúde". In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Formação de Pessoal de Nível Médio Para a Saúde: desafios e perspectivas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.47-59.

_____. "Formação de pessoal de nível médio para o setor Saúde". Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) n.82, p.1-20. Rio de Janeiro, 1994.

BAGNATO, Maria H. S., COSTA, Fátima N. A. "Mudanças na educação profissional e o ensino médio em Enfermagem". **51º Congresso Brasileiro de Enfermagem.** [s.l.] Florianópolis-SC, out./1999.

BARBOSA, Swedenberger N. "Pessoal Auxiliar em Odontologia: regulamentação das profissões de THD e ACD." **Divulgação em Saúde para Debate.** n.6, p.27-29, Londrina-PR, out./91.

BENJAMIN, Walter. **Magia e Técnica, Arte e Política: Obras Escolhidas.** 3ª Ed. Tradução ROUANET, Sergio P. São Paulo: Brasiliense, 1987. Vol. 1.

BONAMINO Alicia, MATA, Maria L. e DAUSTER, Tania. "Educação-Trabalho: uma revisão da literatura brasileira das últimas duas décadas". **Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas.** São Paulo: Cortez, n. 84, p. 50-62, Fev/1993.

BORDENAVE, Juan D., PEREIRA, Adair M. **Estratégias de ensino aprendizagem.** 13ª ed. Petrópolis:Vozes, 1977.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional**. Brasília, 2000c. Disponível na Internet: <<http://www.mec.gov.br/.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa de Expansão da Educação Profissional-Proep**. Brasília, 2000b. Disponível na Internet: URL: <<http://www.mec.gov.br/semtec/proep/pp-sau.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Programa de Expansão da Educação Profissional-Proep**. Brasília, 1999b. Disponível na Internet: URL: <<http://www.mec.gov.br/semtec/proep/pp-sau.htm>>

BRASIL. "Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional"., Lei 9.394/96 e Decreto 2.208/1997. **Cadernos de Educação**. 2ª ed. Brasília-DF, março 1997. n°3, a. II.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Lançado Plano que inclui equipes de Saúde Bucal no Programa da Saúde da Família. Brasília, Out./2000a. Disponível na Internet: URL: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia/outubro.htm#not12>.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico Área da Saúde**: Grupo Ocupacional de Prestação direta de cuidados de Saúde. (Enfermagem, Nutrição e Odontologia). Brasília, agosto/1999a.

_____. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. "Guia Curricular para a formação do Técnico em Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS. Brasília, 1994a.

_____. Processo educativo nos serviços de saúde - Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n°1 OPS/OMS, Brasília, 1991.

_____. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Relatório final. Brasília, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).** 2ª Ed. Brasília:SPES, 1994b.

BRITO BASTOS, de N. C. "Programa de formação de Recursos Humanos para a saúde. 38 anos de experiência da Fundação Serviços de Saúde Pública, 1942-1980". **Rev. FSESP.** Vol. 29. N.º 1. p.3-54. Rio de Janeiro, 1984.

BUSS, Paulo M. "Saúde e desigualdade: o caso do Brasil." In: BUSS, Paulo M., LABER Maria E. (Orgs.) **Sistemas de Saúde: continuidade e mudanças.** São Paulo:HUCITEC, Rio de Janeiro:FIOCRUZ. 1995. p.61-99.

_____. "Orelhas". In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Formação de Pessoal de Nível Médio Para a Saúde: desafios e perspectivas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CAPISTRANO, David. "O Cirurgião Dentista no Programa Saúde da Família". **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva.** Florianópolis-SC. Jul/Dez 2000. Vol. 1, n. 2. p.8.

CARVALHO, L.C. "Trabalho e Profissionalização das Categorias Auxiliares em Odontologia". **Revista Ação Coletiva.** Brasília, n.1, v.2, a.2, p.25-33, jan./fev. 1999.

CAVALCANTI, Regina A. M. S., RAMOS, Rosa V., SANTOS, Sílvia P. **Novas perspectivas para a formação profissional do Atendente de Consultório**

Dentário e do Técnico em Higiene Dental. Monografia (Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências da Saúde, UnB. Brasília, 1999.

CHAVES, Mário. **Odontologia Social.** 3^o.ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986. 448p.

COCCO, Maria I. M. “Trabalho e Educação: novas possibilidades para antigos problemas”. In: BAGNATO, Maria H. S., COCCO, Maria I. e SORDI, M. R. (org.). **Educação, Trabalho e Saúde: antigos problemas, novos contextos outros olhares.** Campinas-SP: Editora Alínea, 1999. p.99-110.

COHN, Amélia. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo:Cortez, 1995. p. 225-244.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (CFE). Parecer n.º 460 de 06 de fev. 1975. Dispõe sobre Habilitação de técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. Brasília, DF, p.20-24.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Decisão 26/1984 e 185/1993,. Resoluções: 155/1984; 157/1987 e 153/1993, Portaria 25/1995, e 179/1998. Rio de Janeiro. Ofício 2000.

CÓRDON, Jorge A. (jcordon@persocom.com.br). (2000/08/06). **Ajuda para localização de dados.** E-mail to: Luciane Maria Pezzato. (lpezzato@unicamp.br).

CORNETA,V. K.; MAIA, C. C. A . e COSTA, W. G. A . “A reorganização dos Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde e a Formação de Recursos Humanos”. **Saúde em Debate.** n. 51, p.44-49. Londrina-PR, Jun./1996.

CUNHA, Luiz A. "Políticas para o ensino superior no Brasil: até onde irá a autonomia universitária?". **Educação e Sociedade**. Campinas-SP:Papirus. Ano XVII, N. 55. Ago/1996. p.314-337.

DEDECCA, Claudio S. "Emprego e qualificação no Brasil dos anos 90". In: OLIVEIRA, Marco A. (Org.) **Reforma do Estado & Políticas de emprego no Brasil**. Campinas-SP:UNICAMP, Instituto de Economia, 1998. p.269-294.

FIORI, José L., KORNIS, George E. M. "Além da Queda: economia e política numa década enviesada". In: GUIMARÃES, Reinaldo, TAVARES, Ricardo. (Orgs.) **Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80**. Rio de Janeiro:Relume Dumará, 1994. p.1-42

FRANCO, Maria A. C., FRIGOTTO, Gaudêncio. "As faces históricas do trabalho: como se constróem as categorias". **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. v.74, n.178, p.529-554. Brasília, set./dez. 1993.

FRAZÃO, Paulo. _____. "A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da Saúde Bucal". **Rev. Odontologia da USP**. v. 12. n.º 4. p.329-336. São Paulo, out./dez. 1998.

_____. "Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde." **Cadernos de Saúde Bucal**. Secretaria de Estado da Saúde, Projeto Inovação no ensino básico - Componente Saúde. São Paulo:FUNDAP, 1997. 33p.

_____. **A participação do Pessoal Auxiliar Odontológico em dez Sistemas Locais de Saúde de cinco municípios, 1994**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 1995.

FREI BETO. "Fórum Social Mundial: um outro mundo é possível". **Caros Amigos**. São Paulo:Casa Amarela. Jan/2001. p.39.

_____. "Adeus ao século e ao milênio". **Caros Amigos**. São Paulo:Casa Amarela. Nov/2000. p.22.

FREITAG, Bárbara. **Escola, Estado e sociedade**. 6^a ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

FREITAS, Sérgio. "Política de formação de Recursos Humanos em programas comunitários de Saúde Bucal". **Saúde em Debate**. N.º 40, Londrina-PR, set/93. p.43-47.

FRIGOTTO, Galdêncio (org) **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. Petrópolis –RJ: Vozes. 1998. 230p.

GAGNEBIN, Jean M. **Walter Benjamin**, os cacos da história. 2^a Ed. Tradução SALZSTEIN, Sônia. São Paulo:Brasiliense. 1993.

GALZERANI, Maria Carolina B. **Texto Focalizado: Walter Benjamin- A infância em Berlim por volta de 1900**. 3/ago./2000. Faculdade de Educação/ UNICAMP. Campinas-SP.

_____. **Conferência: A Modernidade em Walter Benjamin: potencialidades reflexivas para Educação**. 13/abr./1999. Laboratório de Estudos e Pesquisas de Práticas de Educação e Saúde-PRAESA, Faculdade de Educação/ UNICAMP. Campinas-SP.

_____. **O Almanaque, a Locomotiva da Cidade Moderna**. Campinas-SP, 1998. Tese (Doutorado no Departamento de História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP.

GAZETA MERCANTIL. **Veto as profissões técnicas**. São Paulo, 31 de dezembro de 1993.

GOULART, Flavio A. A. "Movimentos Sociais, Cidadania e Saúde: anotações pertinentes à conjuntura atual". **Saúde em Debate**. Londrina-PR. Jun/1993. N.39, p. 53-57

GUIMARÃES, Reinaldo, TAVARES, Ricardo. "Apresentação". In: GUIMARÃES, Reinaldo, TAVARES, Ricardo. (Orgs.) **Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80**. Rio de Janeiro:Relume Dumará, 1994. p.VII-XII.

GRZYBOWSKI, Cândido. **Até Quando?** [online] 1999. Disponível na Internet: <<http://www.ibase.org.br/paginas/atequando.html>>

IANNI, Otávio. "Metáforas da Globalização". **As Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1995a. p.13-24.

_____. "A Racionalização do Mundo". **As Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro:Civilização Brasileira. 1995b. p.113-133.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). <http://www.ibge.gov.br/censo2000>.

KONDER, Leandro. **Walter Benjamin: o marxismo da Melancolia**. Rio de Janeiro:Campus, 1988.

KOTHE, Flávio R. " Poesia e proletariado: ruínas e rumos da História". In: KOTHE, Flávio R. (org.) **Walter Benjamin**. São Paulo: Ática, 1985. p.7-27.

KUENZER, Acácia. "O ensino médio agora é para a vida: entre o preterido, o dito e o feito." **Educação e Sociedade**. Campinas-SP:CEDES, Ano XXI, n.70, p. 15-39. abr./2000.

KUENZER, Acácia. "A Reforma do Ensino Médio no Brasil e suas Conseqüências".
In: FERRETI, Celso J., SILVA JR., João R. e OLIVEIRA, Maria R.N.S..
Trabalho, Formação e Currículo: para onde vai a escola? São Paulo: Xamã,
1999. p. 121-139.

_____. "Desafios teóricos-metodológicos da relação trabalho-educação e o papel social da escola". In: FRIGOTTO, Gaudêncio (org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século.** Petrópolis-RJ: Vozes, 1998. 2ª ed. p.55-75.

_____. **Ensino Médio e Profissional: as políticas do Estado neoliberal.** São Paulo: Cortez. 1997. 104p.

_____. **Ensino de 2º.grau: o trabalho como princípio educativo.** 2º.ed. São Paulo: Cortez, 1992. 165p.

KUENZER, Acácia e MACHADO, Lucíola. "A pedagogia tecnicista". In: MELLO, Guiomar. **Escola Nova, tecnicismo e educação compensatória.** São Paulo: Loyola, 1984. p. 29-52.

LEITE, Ilza N. , PINTO, Vitor G. "Odontologia: Um Mercado Cativo?". **Revista Gaúcha de Odontologia-RGO.** Porto Alegre, RS, n.31. Jan/Mar/1983. p.41-46

LIMA, Júlio C. F. "Concepção Politécnica de Ensino: teoria e prática na formação técnica da EPSJV/FIOCRUZ". **Revista Trabalho & Educação.** N. 4. Belo Horizonte-MG: NETE/UFMG. Ago/Dez/1998, p. 186-204.

LIMA, Júlio C.F. "Tecnologias e a Educação da Trabalhador em Saúde". In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Formação de Pessoal de Nível Médio Para a Saúde: desafios e perspectivas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.31-45.

LOURES, Olen F. & SILVA FREIRE, Paulo. "Utilização efetiva de pessoal auxiliar de Odontologia Sanitária". **Rev. FSESP**. Brasília, 1964.

LUCIO, Clemente G. e SOCHACZEWSKI, Suzanna "Experiência de elaboração negociada de uma política de formação profissional" **Educação & Sociedade: Competência, Qualificação e Trabalho** - CEDES. n. 64/Especial, p. 104-129. Campinas-SP, set./1998.

MACHADO, Zita C. (zita@mps.com.br). (2001/02/22). **Escolas Técnicas**. E-mail to: Cristine Maria Warmling (criswarm@terra.com.br); to: Luciane Maria Pezzato. (lpezzato@unicamp.br).

_____. (zita@mps.com.br). (2000/08/21). **Diretrizes Curriculares**. E-mail to: Luciane Maria Pezzato. (lpezzato@unicamp.br).

_____. **A qualificação profissional do Técnico em Higiene Dental no Paraná: de estratégias de organização e democratização dos serviços públicos de saúde ao ajuste conservador no âmbito do neoliberalismo**. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal do Paraná, UFPR. Curitiba-PR, 1999.

MARIN, Alda .J. "Educação Continuada: Introdução a uma análise de termos e concepções". **Cadernos CEDES: "Educação Continuada"**, n° 36, Ed. Papyrus, Campinas, 1995.p.13-20.

MARSÍGLIA, R. M. G. "Pedagogia e Saúde Bucal". **Ciências Sociais e Saúde Bucal - Questões e Perspectivas**. Ed. EDUSC e UNESP. São Paulo-Bauru, 1998. p. 175-198.

MATOS, Olgária C. F. "Benjamin e a Questão do Método". **O Iluminismo Visionário: Benjamin, leitor de Descartes e Kant**. São Paulo:Brasiliense. 1993a. p.9-22.

MATOS, Olgária C. F. "Descartes e Benjamin: da melancolia hamletiana ao *spleen* baudelariano". **O Iluminismo Visionário: Benjamin, leitor de Descartes e Kant**. São Paulo:Brasiliense. 1993b. p.23-71

MEIHY, José C.S. **Manual de História Oral**. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 1998. 86p.

MENDES, Eugênio V., BADEIA, Marcos. **Odontologia Integral**. Belo Horizonte:PUC-MG/FINEP, 1985.

MENDES, Eugênio V. **Distritos Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª Ed. São Paulo:HUCITEC, Rio de Janeiro:ABRASCO. 1995. p.19-91.

MINAYO, Maria. C. "Os Efeitos da Globalização no Mundo da Trabalho e Políticas Públicas". **SENADEN- Seminário Nacional de Enfermagem**. Florianópolis-SC, 1997.

MIRANDA, Carlos E. A. **O que estamos vendo?** Um estudo sobre imagem e educação na era da reprodutividade técnica. Dissertação (Mestrado em Educação) Faculdade de Educação/UNICAMP. Campinas-SP, 1996.

MORAES, Carmem S. V. "Ensino médio e qualificação profissional: uma perspectiva histórica. In: BRUNO, Lúcia. **Educação e Trabalho no Capitalismo Contemporâneo**. p. 124-145. São Paulo: Atlas, 1996.

NARVAI, Paulo C. "Recursos Humanos para a Promoção da Saúde Bucal". **Promoção de Saúde Bucal-ABOPREV**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.449-463.

_____. **Odontologia e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

NARVAI, Paulo C., FRAZÃO, Paulo. "Técnico em Higiene Dental: hora de recuar?". **V Congresso da Fed. Interestadual dos odontologistas**. Pousada do Rio Quente-GO, 2-4 de set/1999. (datilografe)

NARVAI, Paulo C. et al. "Contra o técnico em higiene dental". **Saúde em Debate**, Londrina n. 28. Março de 1990. p. 59-65.

NOGUEIRA, ROBERTO P. **Dinâmica de mercado de trabalho em saúde no Brasil – 1970 - 1983**. Brasília:OPS, 1986. (mimeo)

NORONHA, Olinda M., "Educação-Trabalho-Saúde: relações de inter-determinações". In: **I Encontro de Professores do Nível Médio de Enfermagem: Desafios de sua formação e prática**. PRAESA –Laboratório de Estudos e Pesquisa em Práticas de Educação e Saúde- Faculdade de Educação/Unicamp, Campinas-SP, 1996. p. 64-71.

NUNES, Edison, JACOBI, Pedro. "Movimentos Populares Urbanos, poder local e conquista da democracia". In: MOISÉS, José A. **Cidade, Povo e Poder**. 2^a ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1985. p.165-198.

NUNES, Tânia C. M. "Apresentação". In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Formação de Pessoal de Nível Médio Para a Saúde**: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.13-14.

NUNES, Tânia C. M., TEIXEIRA, Márcia O. "Formando Técnicos e mobilizando aliados: a trajetória do politécnico da Saúde". In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Formação de Pessoal de Nível Médio Para a Saúde**: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.207-222.

PEZZATO, Luciane M. "A Formação para o Pessoal Auxiliar em Odontologia, No Brasil: Contribuição ao Tema". **Revista Ação Coletiva**. Brasília, n.1, a.2, v.2, p.35-40, jan./fev. 1999.

PEZZATO, Luciane M., ANTUNES, Márcia N. V., BAGNATO, Maria Helena S. **"Texto e contexto das políticas para a educação superior na área da Saúde"**. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador-BA, set./2000. (CD-ROM)

PIMENTA, Angela. "Dentista X THD". **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas (APCD)**. v.48, n.6, p. 1512-1522. São Paulo, nov./dez./1994.

PINTO, Vitor G. **A Odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir**. Brasília:Ed.Santos. 1993.

_____. **Saúde Bucal: Odontologia social e preventiva**. 1ª ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1988.

PROJETO ESCOLA. **Relatório Projeto Escola 1995 – 1997**. Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1998.

PUCCI, BRUNO. "Teoria crítica e Educação." In: PUCCI, BRUNO (org) **Teoria crítica e Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes; São Carlos, SP: EDUSCAR, 1995. p. 12-58

QUEIROZ, Maria I. P. "Relatos orais: do 'indizível' ao 'dizível'." In: QUEIROZ, Maria I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T.A. QUEIROZ, 1991. p. 1-26.

SANTOS, Isabel, SOUZA, A. "Formação de Pessoal de Nível Médio pelas Instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção". **Saúde em Debate**, Londrina, n.20. Mar./1989. p.61-64.

SAVIANI, Demerval. **Escola e Democracia**. 32^a. ed. Campinas-SP:Autores Associados, 1999.

_____. **Sobre a concepção de Politecnia**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, 1989.

SEGNINI, Liliana. "Educação, Trabalho e Desenvolvimento: uma complexa relação." Apresentado I **Whorkshop do projeto de pesquisa "Conceitos empregados na educação profissional"**. Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação – NETES, Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Dez/1998.

SILVA, Jaqueline O. "Educação em Saúde: notas para a discussão de um campo temático". **Saúde em Debate**. Londrina-PR, Mar/1994. N.42 p. 36-39.

SILVA, Moacyr. "Saúde Bucal: uma prioridade sanitária". **Folha de São Paulo**. São Paulo, 03 Nov. 2000. 3. Cad. Opinião. p. 3 A.

STOTZ, Eduardo N. "Movimentos Sociais e Saúde: das dificuldades em incorporar a temática às reflexões teórico-metodológicas." In: CANESQUI, Ana M. (Org.) **Dilemas e Desafios das Ciências sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.115-122.

SUPLICY, Marta. "Contra capa". In: FREIRE, Paulo. **À sombra desta Mangueira**. São Paulo: Olho D'água. Out/1995.

TEIXEIRA, S. M. F. "Antecedentes da Reforma Sanitária no Brasil." e "1964-1974: privatização do social na modernização autoritária". In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.) **Antecedentes da Reforma Sanitária**. p. 9-23 e 45-70. Rio de Janeiro:ENSP, 1998.

THOMPSON, Paul. **A Voz do Passado – História Oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

BIBLIOGRAFIA

BENJAMIN, Walter. **Rua de Mão Única: Obras Escolhidas**. Tradução TORRE FILHO, Rubens R., BARBOSA, José C. M. São Paulo: Brasiliense, 1987. Vol. 2.

_____. "Teses sobre filosofia da História". In: KOTHE, Flávio R. (org.) **Walter Benjamin**. Tradução KOTHE, Flávio R., São Paulo: Ática, 1985. p.151-164.

BOTAZZO, Carlos. "Da arte Dentária: um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas". Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas-FCM/UNICAMP, Campinas-SP, 1998. 312p

BRITO BASTOS, de N. C. "Utilização de pessoal auxiliar nos serviços de saúde". **Rev. FSESP**. Vol. XXI. N.º 1. p.40-62. Rio de Janeiro, 1977.

BOTAZZO, Carlos, MANFREDINI, Marco A., NARVAI, Paulo C. "Força de trabalho em Saúde Bucal". **Rev. Saúde em Debate**. N.º 24. p. 74-77. Londrina, mar/89.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. São Paulo: Vozes, 1998. p. 21-37.

CHAVES, Mário, FRAENKEL, John M. "Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar". **Rev. FSESP**.

_____. "Sugestiones sobre las actividades del servicio dental de una unidad sanitaria". **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Año 35. Vol. XL. N.º 5. p. 375-377. Maio, 1956.

COQUEIRO, Mônica B., FONSECA, Edilson J. "Formação e capacitação de pessoal auxiliar em Odontologia na Secretaria de Saúde do Distrito Federal". **Revista Ação Coletiva**, Brasília, v.2, n.1, a.2. p.41-43. Jan/Mar 1999.

CORDEIRO, Renato. "A importância de utilização de pessoal não especializado para maior cobertura na prevenção da cárie dental nos meios rurais e urbanos". **Rev. FSESP**. V. XXV. N.º 2 ANO 1980. p.96-99.

CORDÓN, Jorge A. "Relatório da experiência de Saúde Bucal de Itú". **Rev. Saúde em Debate**. N.º 18. p.11-14. Londrina-PR, março/86.

FRAZÃO, Paulo. "Desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do SUS". **Saúde em Debate**. n.º 42. p. 30-35. Londrina-PR, março/94.

LIESENFELD, Maria H. "Pessoal auxiliar em Odontologia". **Rev. Fac. Odont. da UFBA**. Salvador. V. 8-9. p.50-62. Jan/Dez 1988/1989.

MACHADO, Maria. H., "Trabalhadores da Saúde: Um bem público". **Revista Saúde em Debate**. Londrina, n. 48. setembro 1995. p. 54-57.

MINAYO, Maria. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 5ª Ed. São Paulo:HUCITEC, Rio de Janeiro:ABRASCO, 1998.

NARVAI, Paulo C. "Repibuco: ousar e criar". **Revista Ação Coletiva**. N.2, Brasília, 1998.

_____. "Em defesa ao Técnico em Higiene Bucal". **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 28, p. 27-34, Londrina-PR, mar./1990.

PEREIRA, Antonio C., MOREIRA, Ben Hur W. "A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos". **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. Vol. 46, n.º 5. São Paulo, set/out/92. p.851-854

PORTO, Fábio A. "Algumas Noções sobre racionalização do trabalho em Odontologia. O ensino de Economia Profissional na faculdades." **Rev. Associação Paulista de Cir. Dentistas**. Vol. 25. N.º 3. p.110-113. São Paulo, maio-jun/1971.

ROSING Cassiano K., PESCHINI, Leda M. & PEREIRA, Otávio L. " Participação do Técnico em Higiene Dental na prática Odontológica". **Rev. Odontólogo Moderno**. Vol. XX. N.º 6. Nov/Dez. 1993.

SALGADO, Maria U. C. "O Novo Paradigma da organização do trabalho e a Formação Profissional na Área da Saúde". In: AMÂNCIO FILHO, A., MOREIRA, M. Cecília G. B. (Orgs.) **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 83-91.

SANTOS, Isabel, CHRISTÓFARO, Maria A .C. "A Formação do Trabalhador da Área de Saúde". **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.14. Agosto 1996. p.48-52.

SENA, Suene C., CARCERERI, Daniela L. "Supervisão em Odontologia". **Rev. Saúde em Debate**. N.º 49-50. p.107-109. Londrina-PR, dez/95- mar/96.

VASCONCELOS, Maria C. C. "O assistente odontológico na equipe de prestação de serviços odontológicos". **Rev. Saúde Pública**. n.º 14. p.123-136. São Paulo, 1980.

ANEXOS

ANEXO - 1-

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Historiografia do processo de formação do Técnico em Higiene Dental-THD e do Atendente de Consultório Dentário-ACD, no Brasil.

Responsável pela pesquisa: Luciane Maria Pezzato

Nome do entrevistado: _____

Endereço: _____

Data: ____ / ____ / ____

Esta pesquisa propõe-se recuperar aspectos importantes do processo de formação do THD e do ACD, oficiais e não oficiais, a partir da década de 70, no Brasil, trabalhando a historiografia através de: documentação e memória das pessoas que participam ou participaram desta história.

Contudo, você tem o direito de se recusar a participar desta pesquisa sem qualquer problema.

As informações coletadas apresentam caráter confidencial garantindo sua privacidade. Sendo também, garantido o direito de esclarecimentos de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho.

Assinatura do entrevistado(a)

Assinatura do entrevistador

ANEXO - 2

ENTREVISTA- SEMI ESTRUTURADA

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Ano e local de formação:

(Graduação): _____

Especialização:

Pós-Graduação:

Mestrado: _____

Tema: _____

Doutorado: _____

Tema: _____

Outros cursos: _____

1. Fale-me um pouco sobre sua vida acadêmica, experiências de vida profissional, envolvimento com movimentos sociais, estudantis, etc.
2. O que marcou, ou foi privilegiado, em sua vida acadêmica / profissional ? E hoje o que vem te preocupando, que experiências está vivenciando, o que te levou a elas?
3. Quando começou seu envolvimento com a Odontologia Social?
4. Como e quando começou sua aproximação com o processo de formação do THD e ACD?

5. Qual é o tipo de característica do(s) curso(s) que você participa ou participou?
(Público/Privado/Universidade/Estadual/Municipal/Descentralizado/
Regional do Estado/Larga Escala/outros)
6. O que foi para você participar do processo de construção de uma proposta de formação para o THD e o ACD? Qual tipo de participação nesse processo você tem ou teve, professor, coordenador,...?
(falar sobre obstáculos, pontos positivos,...)
7. O que pretendia ou quais objetivos do(s) curso(s)?
8. Que tipo de profissionais queriam formar?
9. Como foi a implementação deste(s) curso(s)? (na rede ou na instituição)
10. Na sua experiência, havia diferentes escolaridade entre as alunas nos cursos de THD e ACD? Se havia, fale-me um pouco da sua percepção quanto essas diferenças.
11. Você já teve experiência com cursos para THD e ACD privados? Como foi? Fale-me um poucos das diferenças se houverem.
12. E hoje, ainda acontece o(s) curso(s)? Como está sendo? Você participa?
13. Como você vê esses profissionais na Odontologia, antes e agora? (quanto a formação e a inserção)
14. Como você vê a questão dos CD serem docente desses cursos? E o que você pode dizer quanto as características da formação desses profissionais: o CD, o THD e o ACD?
15. Você conhece um espaço de discussão sobre o ensino odontológico? E a formação do pessoal auxiliar faz parte desta discussão ou existe outro espaço para ela?
16. O que vem sendo, na graduação do CD, para dar conta das atuais necessidades da Odontologia diante dos campos de atuação que se tem hoje? Existe uma discussão para a existência da licenciatura para a Odontologia?

ANEXO- 3-

RESOLUÇÃO N.º185/93 DO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

Compete ao ACD:

“Sempre sob a supervisão do Cirurgião Dentista ou do Técnico em Higiene Dental-THD,

- a) orientar os pacientes sobre higiene bucal;
- b) marcar consultas;
- c) preencher e anotar fichas clínicas;
- d) manter em ordem arquivo e fichário;
- e) controlar o movimento financeiro;
- f) revelar e montar radiografias intra-orais;
- g) preparar o paciente para atendimento;
- h) auxiliar no atendimento ao paciente;
- i) instrumentar o Cirurgião Dentista e o THD junto à cadeira operatória;
- j) promover isolamento do campo operatório;
- l) manipular materiais de uso odontológico;
- m) selecionar moldeiras;
- n) confeccionar modelos em gesso;
- o) aplicar métodos preventivos para o controle da cárie-dental;
- p) proceder à conservação e manutenção do equipamento odontológico.”

E compete ao THD:

“Sempre sob supervisão com a presença física do Cirurgião Dentista, na proporção máxima de 1 (um) Cirurgião Dentista para 5 (cinco) THDs, além das de ACD, as seguintes atividades:

- a) participar de treinamento de ACD;
- b) colaborar nos programas educativos de saúde bucal;
- c) colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenados, monitor e anotador;
- d) educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais;
- e) fazer demonstração de escovação;
- f) responder pela administração de clínica;
- g) supervisionar, sob delegação, o trabalho dos ACDs;
- h) fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais;
- i) realizar teste de vitalidade pulpar;
- j) realizar a remoção de indutos, placas e cálculos supra-gengivais;
- l) executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie-dental;
- m) inserir e condensar substâncias restauradoras;
- n) polir restaurações, vedando-se a escultura;
- o) proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos;
- p) remover suturas;
- q) confeccionar modelos;
- r) preparar moldeiras.”

RESOLUÇÃO N.º14/2000 DO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

Art. 1º Acrescenta uma alínea "q" ao Art. 20 da Resolução n.º 185/93 do CFO, com a seguinte redação:

Art. 20 - Compete ao atendente de consultório dentário, sempre sob supervisão do cirurgião-dentista ou do técnico em higiene dental:

- q) realizar lavagem, desinfecção e esterilização do instrumental e do consultório.

ANEXO - 4-

LISTAGEM DE CURSOS DE ACD REGISTRADOS NO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

C.F.O. - Conselho Federal de Odontologia
 CAD - CADASTRO
 Modulo: TABELAS
 Rotina: LISTAGEM POR ESTADO (NOVA)
 Emitido em: 16/03/2000
 Pagina: 0001

TABELA POR ORDEM DE ESTADO DO CURSO PARA ACD >>>>

UF	MUNICIPIO	NOME	COD MNEUMONICO
AC	RIO BRANCO	SENAC-SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM	
	ACRE	COMERCIAL - REGIONAL	48 SENAC-ACRE
AL	MACEIO	SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM	
	AL	COMERCIAL	23 SENAC - AL
AM	MANAUS	CURSO DE ODONTOLOGIA DA FACULDADE DE CIENCIAS DA S.DA UNIVERSIDADE DO AMAZONAS	9 UNIVERSIDADE AM
AM	MANAUS	NUCLEO DESENVOLVIMENTO RECURSOS HUMANOS - EST.SAUDE-COORDENADORIA PLANEJAMENTO	21 REC.HUMANOS - AM
AM	MANAUS	SECRETARIA DE SAUDE DO GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS	25 SEC. SAUDE AM
AP	AMAPA	SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM	
	AP	COMERCIAL	34 SENAC
BA	SALVADOR	ESCOLA DE FORMACAO E APERFEICOAMENTO PROFISSIONAL "PIERRE FAUCHARD"	67 PIERRE FAUCHARD
BA	SALVADOR	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - CONV.SETRABES/SUDESCO - FAC.ODONT.	30 UNIV.FED. BAHIA
CE	FORTALEZA	MINISTERIO DO TRABALHO - SECRETARIA DE SAUDE	
	CE	33 PIPMO	
DF	BRASILIA	ESCOLA TECNICA DE SAUDE DE BRASILIA - FUNDACAO HOSPITALAR DE DF	62 ESCOLA TEC.SAUDE-DF

DF BRASILIA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO DISTRITO FEDERAL -
DIREÇÃO DE ENSINO SELETIVO 16 FUND.EDUC.- DF

DF BRASILIA DF ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA DF
49 ABO-DF

ES VITORIA SENAC - SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL 22 SENAC - ES

GO GOIANIA CENTRO FORMADOR DE PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO
ELEMENTAR P/ ÁREA DE SAÚDE 69 CENTRO FORMADOR

GO GOIANIA CENTRO FORMADOR DE PESSOAL NÍVEL MÉDIO
ELEMENTAR PARA A ÁREA DE SAÚDE 66 CENTRO FORMADOR

MA SAO LUIS UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
18 UNIV.FED. MA

MG BELO HORIZONTE ABO - MG - ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO
PROFISSIONAL 15 ABO - MG

MG BELO HORIZONTE CENTRO INTERESCOLAR DE SAÚDE DE MINAS
GERAIS - CISAMI 6 CISAMI

MG BELO HORIZONTE DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA CENTRO CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS - U.CATÓLICA DE MINAS GERAIS 11 PUC - MG

MG BELO HORIZONTE UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
12 UNIV.FED. MG

MG MONTES CLAROS CENTRO EDUCACIONAL IMPAR 38 IMPAR

MS COMPO GRANDE CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS
PARA A SAÚDE 59 CEFORH

MT CUIABA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE MATO GROSSO
55 E.T.S./MT

PB CAMPINA GRANDE SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA -
FUSEP - PIPMO 24 SEC.SAÚDE - PB

PB JOAO PESSOA CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS
64 FORMADOR

PE RECIFE CENTRO FORMADOR DE PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO
50 SES/PE

PE RECIFE 40 MAO DE OBRA	SECRETARIA ASSISTENTE - COORDENADORIA MAO DE OBRA	
PE RECIFE 36 SENAC - PE	SENAC - CENTRO DE FORMACAO PROFISSIONAL DO RECIFE	
PI TERESINA 56 CEPROSC	CENTRO DE EDUCACAO PROFISSIONAL SAO CAMILO	
PI TERESINA FERREIRA"	CENTRO DE ESTUDOS SUPLETIVOS "PROFESSOR CLAUDIO 17 PRF.CLAUDIO FERREIRA	
PI TERESINA	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI	8 UNIV.FED. PI
PR CURITIBA MUNHOZ DA ROCHA	CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS CAETANO 57 MUNHOZ DA ROCHA	
PR CURITIBA FEDERAL DO PARANA	ESCOLA TECNICA DO COMERCIO - DA UNIVERSIDADE 26 ESC.TEC.COMERCIO -PR	
PR MARINGA 20 ESC.TEC.ENFERMAGEM	ESCOLA TECNICA DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM	
RJ DUQUE DE CAXIAS 45 ABO-CAXIAS	ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA	
RJ RIO DE JANEIRO DO RIO DE JANEIRO	ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA - SECAO 19 ABO - SEC.RJ	
RJ RIO DE JANEIRO ADOLESCENCIA - HOSP.CR.E ADO.CENTRO ESTUDOS	CENTRO BRASILEIRO PARA A INFANCIA E 35 CENTRO BRASILEIRO	
RJ RIO DE JANEIRO AERONAUTICA-ODONT.AE.SANTOS DUMONT	CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL CENTRAL DA 4 HOSP.C. AERONAUTICA	
RJ RIO DE JANEIRO	CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA	1 CFO
RJ RIO DE JANEIRO 41 CRO'S	CONSELHOS REGIONAIS DE ODONTOLOGIA	
RJ RIO DE JANEIRO	CRO	400 CRO
RJ RIO DE JANEIRO ODONTOLOGICOS	CURSO VIVADENTE CURSOS TECNICOS 63 VIVADENTE	
RJ RIO DE JANEIRO	DECLARACAO/CERTIFICADO DE ORGAO	888 ORGAO

RJ RIO DE JANEIRO DECLARACAO/CERTIFICADO DE PROFISSIONAL
999 PROFISSIONAL

RJ RIO DE JANEIRO ESCOLA DE FORMACAO TECNICA EM SAUDERCIAL
43 TECNICA EM SAUDE

RJ RIO DE JANEIRO FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO 2 FAC.ODONT.UERJ

RJ RIO DE JANEIRO FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO 7 FAC.ODONT.UFRJ

RJ RIO DE JANEIRO SENAC - DEPARTAMENTO DO RIO DE JANEIRO
3 SENAC - RJ

RJ RIO DE JANEIRO SENAC - ESCOLA COMERCIAL DE MADUREIRA
14 SENAC - MADUREIRA

RJ RIO DE JANEIRO SENAC - ESCOLA COMERCIAL JOAO MARIA DO VALLE
CARVALHO 13 SENAC-JOAO M.V.C.

RJ RIO DE JANEIRO UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO
61 UNIGRANRIO

RJ RIO DE JANEIRO RJ ESCOLA TECNICA COMPETENCIA
47 ESC.TEC.COMPETENCIA

RJ VOLTA REDONDA COLEGIO JOAO XXIII - DA FUNDACAO EDUCACIONAL
DE VOLTA REDONDA 31 COLEGIO JOAO XXIII

RO PORTO VELHO SENAC - SERVICOS NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL 65 SENAC

RR BOA VISTA CURSO DE FORMACAO DE TECNICO EM HIGIENE DENTAL
53 SESI-RR

RS PORTO ALEGRE ESCOLA DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM -
SERV.MUNICIPAL DE SAUDE - SERVICIO SOCIAL 29 ENFERMAGEM POA

RS PORTO ALEGRE ESCOLA DE ENSINO SUPLETIVO KLYMUS DE ESTETICA
E SAUDE BUCAL 60 KLYMUS

RS PORTO ALEGRE UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
5 UNIV.FED. RS

SC CHAPECO SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL 70 SENAC

SC TUBARAO CURSO DE FORMACAO DE ATENDENTE DE CONSULTORIO
DENTARIO 51 ESPECIAL ISOLADO

SP ARACATUBA SENAC-SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL 54 SENAC

SP ARARAQUARA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
"J.M.F." CAMPUS ARARAQUARA 10 FAC.O.JMF-ARARAQUARA

SP BAURU FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU
37 FAC.ODONT.BAURU

SP FRANCO DA ROCHA CENTRO DE FORMACAO DE RECURSOS HUMANOS
AREA DE SAUDE - CEFORH 28 CEFORH

SP GUARATINGUETA SENAC - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL "NELSON ANTONIO M. DOS SANTOS" 44 SENAC-
GUARATINGUETA

SP GUARULHOS SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL 27 SENAC - SP

SP PIRACICABA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
52 FOP

SP SAO CAETANO DO SUL INSTITUTO DE ENSINO DE SAO CAETANO DO SUL
39 INSTITUTO DE ENSINO

SP SAO PAULO ASSOCIACAO PAULISTA DE CIRURGIOES-DENTISTAS
46 APCD - SP

SP SAO PAULO CEFOR/SMS-EMPSG PROF. DERVILLE ALLEGRETTI
58 CEFOR/ALLEGRETTI

SP SAO PAULO SENAC - SERVICO NACIONAL DE
APRENDIZAGEMCOMERCIAL 71 SENAC

SP SAO PAULO SENAC-SAUDE CENTRO DE DESENV.PROFISSIONAL
"ANGELO RAPHAEL LENTINI" 32 SENAC - SP

SP SOROCABA SENAC - SERCVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL - UNIDADE DE SOROCABA 68 SENAC - SOROCABA

SP SOROCABA SENAC - SOROCABA - CENTRO DE DESENV.PROFISSIONAL
 "BELARMINO MORAES ARRUDA" 42 SENAC - SOROCABA

TOTAL DE CURSOS ==> 74

LISTAGEM DE CURSOS DE THD REGISTRADOS NO CONSELHO FEDERAL DE
 ODONTOLOGIA

C.F.O. - Conselho Federal de Odontologia
 CAD - CADASTRO
 Modulo: TABELAS
 Rotina: LISTAGEM POR ESTADO (NOVA)
 Emitido em: 16/03/2000
 Pagina: 00001

TABELA POR ORDEM DE ESTADO DO CURSO PARA THD >>>

UF MUNICIPIO	NOME	COD MNEUMONICO
AC RIO BRANCO 24 SESI - AC	SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA	
AL MACEIO AL SENAC - AL	SENAC-SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL - AL.	58
AM MANAUS 10 SEC.ED.CULTURA - AM	NUCLEO DE ENSINO SUPLETIVO - SECRETARIA	
AM MANAUS 31 SENAC-SESC-SESI - AM	SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL - SENAC - SESC - SESI	
AM MANAUS 63 NEJA-SEDUC	SESI-NUCLEO DE EDUCACAO DE JOVENS E ADUTOS	
AP AMAPA 50 SENAI	SENAI - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM	
BA SALVADOR PROFISSIONAL "PIERRE FAUCHARD"	ESCOLA DE FORMACAO E APERFEICOAMENTO 74 PIERRE FAUCHARD	
BA SALVADOR 49 SENAC - BA	SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM	
BA SALVADOR	SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA	33 SESI - BA

CE FORTALEZA SESC - SERVICO SOCIAL DO COMERCIO - SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA 18 SESC - SESI

CE FORTALEZA SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA 32 SESI - CE

CE FORTALEZA CE SENAC-SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM -CE 59 SENAC - CE

DF BRASILIA DIRECAO DE ENSINO SUPLETIVO - FUNDACAO EDUCACIONAL DO DISTRITO FEDERAL 12 FUND.EDUC. DF

DF BRASILIA ESCOLA TECNICA DE BRASILIA 71 ESCOLA TECNICA

GO GOIANIA CENTRO FORMADOR DE PESSOAL DE NIVEL MEDIO E ELEMENTAR PARA A AREA DE SAUDE 16 CENTRO FORMADOR - GO

GO GOIANIA COLEGIO SENA AIRES 8 SENA AIRES - GO

GO GOIANIA SUPERINTENDENCIA DE ENSINO NAO-FORMAL 29 NAO-FORMAL

GO GOIANIA UNIDADE DE ENSINO SUPLETIVO - SECRETARIA DE EDUCACAO DO ESTADO DE GOIAS 6 SEC. EDUCACAO - GO

GO GOIANIS INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS 38 INST.D.R.HUMANOS

MA SAO LUIS SESC - SERVICO SOCIAL DO COMERCIO - CONVENIO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO 25 SESC - MA

MG BELO HORIZONTE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DA PUC DE MINAS GERAIS 5 PUC - MG

MG BELO HORIZONTE ESCOLA ESTADUAL GOVERNADOR MILTON CAMPOS 23 GOV.MILTON CAMPOS

MG CARATINGA COLEGIO CARATINGA 68 CARATINGA

MG CONTAGEM ESCOLA SESI DE 1 GRAU ALBIMAR CARNEIRO DE REZENDE 39 SESI - A.C.REZENDE

MG MONTES CLAROS CENTRO EDUCACIONAL IMPAR 44 IMPAR

MG MONTES CLAROS ESCOLA TECNICA DE SAUDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS 60 UNIMONTES

MG UBERLANDIA ESCOLA TECNICA DE 2 GRAU DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE UBERLANDIA 13 ESCOLA TEC. 2 GRAU

MS CAMPO GRANDE CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS PARA
A SAUDE - CEFORH 26 CEFORH - C.FORMADOR

MS CAMPO GRANDE SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA
15 SESI - MS

MS NAVIRAI SECRETARIA DE SAUDE E BEM ESTAR SOCIAL DE NAVIRAI
41 BEM ESTAR SOCIAL

MT CUIABA ESCOLA ESTADUAL DE 1 E 2 GRAUS "PRESIDENTE MEDICI"
17 PRESIDENTE MEDICI

MT CUIABA ESCOLA TECNICA DE SAUDE DE MATO GROSSO
64 E.T.S./MT

MT CUIABA SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL 40 SENAC - MT

MT RONDONOPOLIS ESCOLA ESTADUAL DE 1 E 2 GRAUS "ADOLFO
AUGUSTO DE MORAES" 35 ADOLFO A. MORAES

PA SANTAREM FUNDAÇÃO ESPERANCA 73 ESPERANCA

PB JOAO PESSOA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, SESC E SENAC.
53 UFPB, SESC, SESC

PE RECIFE CENTRO FORMADOR DE PESSOAL DE NIVEL MEDIO
61 SES/PE

PE RECIFE SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA - CENTRO DE SAUDE
SEN.ALBANO FRANCO 14 SESI - PE

PI TERESINA CENTRO DE EDUCACAO PROFISSIONAL SAO CAMILO
65 CEPROSC

PI TERESINA CENTRO DE ESTUDOS SUPLETIVOS PROFESSOR CLAUDIO
FERREIRA 9 PRF.CLAUDO FERREIRA

PI TERESINA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAUDE - COORDENADORIA
REGIONAL DO PIAUI 48 FUNDAÇÃO NSC.SAUDE

PI TERESINA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI-SENAC
 54 UF.DO PIAUI

PR CURITIBA COLEGIO DR.CAETANO MUNHOZ DA ROCHA - CENTRO
 FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS 3 CAETANO M.DA ROCHA

PR CURITIBA COLEGIO SESI - ENSINO DE 1 E 2 GRAUS SUPLETIVO - SUB-
 SEDE I 28 SESI - PR

PR CURITIBA ESCOLA TECNICA DO COMERCIO DA UNIVERSIDADE
 FEDERAL DO PARANA 19 ESC.TEC.DO COMERCIO

PR MARINGA COLEGIO MUNICIPAL DE MARINGA - ENSINO DE 2 GRAU
 SUPLETIVO 56 COLEGIO MARINGA PR

RJ RIO DE JANEIRO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA 1 CFO

RJ RIO DE JANEIRO CURSO VIVADENTE CURSOS TECNICOS
 ODONTOLOGICOS 72 VIVADENTE

RJ RIO DE JANEIRO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA
 SECRETARIA DE EST.DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO 7 SEC. SAUDE - RJ

RJ RIO DE JANEIRO ESCOLA DE FORMACAO TECNICA EM SAUDE
 36 ESCOLA TECNICA

RJ RIO DE JANEIRO FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO
 ESTADO DO RIO DE JANEIRO 2 FAC.ODONT.UERJ

RJ RIO DE JANEIRO HOSPITAL CENTRAL DA AERONAUTICA
 51 HOSP.AERONAUTICA

RJ RIO DE JANEIRO RJ ESCOLA TECNICA COMPETENCIA 2 GRAU SUPLETIVO
 57 ESC.TEC.COMPETENCIA

RJ VOLTA REDONDA COLEGIO JOAO XXIII - FUNDACAO EDUCACIONAL DE
 VOLTA REDONDA 37 COLEGIO JOAO XXIII

RJ VOLTA REDONDA COLEGIO MACEDO SOARES
 62 MACEDO SOARES

RJ VOLTA REDONDA ESCOLA TECNICA PANDIA CALOGERAS
 21 PANDIA CALOGERAS

RN NATAL SENAC/SESI 70 SENAC/SESI-RN

RN NATAL UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
52 UFRGN

RO PORTO VELHO CENTRO DE ESTUDOS MARIA COELHO AGUIAR
69 CEMCA

RO PORTO VELHO SESI - SESC 27 SESC - SESI - RO

RR RORAIMA SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA 76 SESI

RS PORTO ALEGRE UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
4 UNIV.FED. RS

RS PORTO ALRGRE ESCOLA DE ENSINO SUPLETIVO KLYMUS DE ESTETICA E
SAUDE BUCAL 77 KLYMUS

SC BLUMENAU ESCOLA TECNICA DE SAUDE-PREFEITURA MUNICIPAL
DE BLUMENAU 43 ESC.TEC.SAUDE

SE ARACAJU SESI - SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA 22 SESI - SE

SE ARACAJU UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - CONVENIO SESC E
SENAC 30 UFSE-SESC-SENAC

SP FRANCO DA ROCHA CENTRO DE FORMACAO DE RECURSOS HUMANOS
PARA A AREA DE SAUDE - ERSA - 14 - CEFORH 20 CEFORH

SP PENAPOLIS CENTRO DE ESTUDOS SUPLETIVOS DA FUNEPE -
42 SUPLETIVOS FUNEPE

SP PIRACICABA CURSOS SUPLETIVOS DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DE PIRACICABA 46 UNICAMP

SP SANTOS COLEGIO MASTER 1 E 2 GRAUS 66 MASTER

SP SAO BERNARDO CAMPO COLEGIO METODISTA
34 COLEGIO METODISTA

SP SAO CAETANO DO SUL INSTITUTO DE ENSINO DE SAO CAETANO DO SUL
45 INSTITUTO DE ENSINO

SP SAO PAULO ASSOCIACAO PAULISTA DE CIRURGIOES-DENTISTAS
55 APCD - SP

SP SAO PAULO CEFOR/SMS-EMPSG PROF. DERVILLE ALLEGRETTI
67 CEFOR/ALLEGRETTI

SP SAO PAULO COLEGIO FLAMINGO 11 COLEGIO FLAMINGO -SP

SP SOROCABA SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
47 SENAC - SP

SP SOROCABA SENAC - SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM
COMERCIAL - UNIDADE DE SOROCABA 75 SENAC - SOROCABA

TOTAL DE CURSOS ==> 77