

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

DIMENSÕES DO CUIDADO:
um estudo sobre a formação de Técnicos em Higiene Dental.

Rio de Janeiro

2010

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

DIMENSÕES DO CUIDADO:

um estudo sobre a formação de Técnicos em Higiene Dental.

Dissertação de mestrado apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Margarida de Mello Barreto Campello
Co-orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro

2010

Catálogo na Fonte

Biblioteca Emília Bustamante - EPSJV / FIOCRUZ

R484d Ribeiro, Nélia Beatriz Caiafa
 Dimensões do cuidado: um estudo sobre a formação de técnicos em higiene dental. / Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro. - 2010.
 145 f. : il. ; tab.

 Orientador: Ana Margarida de Mello Barreto Campello
 Co-orientador: Gustavo Corrêa Matta

 Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

 1. Educação Profissionalizante. 2. Pessoal Técnico de Saúde. 3. Higiene Bucal. 4. Saúde Bucal. I. Campello, Ana Margarida de Mello. II. Matta, Gustavo Corrêa. III. Título

CDD 370.113

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

DIMENSÕES DO CUIDADO:

um estudo sobre a formação de Técnicos em Higiene Dental.

Dissertação de mestrado apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 30/04/2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Margarida de Mello Barreto Campello. Orientadora.
Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta. Co-orientador.
Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dr.^a Isabel Brasil Pereira.
Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio.

Prof. Dr. Marcos Antônio Albuquerque De Senna.
Universidade Federal Fluminense.

*Dedico este Trabalho a meu pai, com a
certeza de que onde estiver, compartilha
comigo este momento.*

AGRADECIMENTOS

Sobretudo agradeço a Deus, pela oportunidade de buscar novos horizontes para minha vida profissional, e mais ainda por me munir de forças para ultrapassar os obstáculos que inevitavelmente apareceram ao longo do processo.

A meu marido Tony e meus filhos Alexandre e Philipe, pela compreensão nos diversos momentos em que estive ausente.

A meus pais, por terem sido meus exemplos de vida. A meus irmãos, Wagner, Jackson e Newton, por me incentivarem desde sempre a evoluir profissionalmente.

À Millena, amiga querida, pelas infindáveis leituras dos textos que produzi na elaboração deste trabalho, um simples muito obrigada me soa insuficiente, assim como as páginas e páginas que deveriam conter este agradecimento. Por isto, peço que o Mestre maior lhe retribua por mim.

À Denise, como agradecer pelo carinho em se dispor a me acompanhar na realização do trabalho campo, nas transcrições e tantas outras ocasiões? Fica aqui ao menos meu obrigada.

À Cristina, pelo carinho e pelas sugestões sempre tão pertinentes, que nenhum “pingado” pode recompensar.

À Patrícia, pelas “consultas” realizadas e pelo incentivo constante.

Às não menos queridas amigas Gracinete, Sandra Inês, Sandra Bittar e Solange, pelas conversas e pela paciência em opinar para dirimir minhas dúvidas. E aos colegas de mestrado, Irene e José Luiz, que me incentivaram e acompanharam nos momentos mais complicados.

Aos meus orientadores, Ana Margarida e Gustavo, pelo carinho e dedicação com que me guiaram nesta longa jornada. A Gustavo especialmente, pela delicadeza em se dispor a me acompanhar inclusive no trabalho de campo, mesmo sabendo que a motorista era meio “desnorteada”.

Aos ex-educandos do curso, hoje profissionais da saúde bucal, pela forma como me receberam em nossos encontros, e à Glória, por organizá-los de forma tão competente.

Ao Dr. Samuel Jorge Moysés, pela forma generosa com que se dispôs a opinar sobre a realização este trabalho.

A todos que enfim, de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui, o meu muito obrigada.

A prática desta arte repousa no coração; se o teu coração é falso, o mesmo se dará com o médico que está dentro de ti. Onde não existe amor, não existe arte; portanto, o médico não deve estar imbuído de menos compaixão e amor do que os que Deus direciona aos homens.
(Paracelso)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo investigar em que medida a formação oferecida pelo curso Técnico em Higiene Dental da Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf Izabel dos Santos” (ETIS) contribui para a prática do cuidado, superando o significado de procedimento técnico, buscando identificar se os profissionais egressos valorizam também as diversas dimensões da atenção em saúde, reafirmando o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, inicialmente apresenta uma discussão sobre as diferentes dimensões do cuidado. A seguir, uma revisão de conceitos da educação, com apresentação dos fundamentos da proposta pedagógica da ETIS. Por fim, a apresentação da análise dos dados obtidos por meio do trabalho de campo. Este estudo se deu sob uma abordagem qualitativa, tomando como sujeitos da pesquisa egressos do curso para formação de Técnico em Higiene Dental realizado em Nova Iguaçu, no período entre agosto de 2006 a junho de 2007. Como técnicas de pesquisa a autora adota a realização de grupo focal e entrevistas semi-estruturadas com egressos do curso, e ainda entrevistas com cirurgiões-dentistas, seus supervisores, além da revisão bibliográfica de concepções de educação/educação profissional e cuidado em saúde para construir o referencial teórico. O tratamento do material obtido no trabalho de campo foi orientado pela Análise de Conteúdo, sob a modalidade Análise Temática. A pesquisa apontou que a ETIS contribui para a prática do cuidado numa dimensão individual, ficando os aspectos políticos e sociais do cuidar incompletos, o que sugere ser apropriado trabalhar mais intensamente no curso pesquisado as diversas dimensões da integralidade.

Palavras-chave: Educação Profissional em Saúde. Saúde Bucal. Técnico em Higiene Dental. Cuidado integral em saúde.

ABSTRACT

This study aims at investigating to which extent the professional training offered by the Technical Course in Dental Hygiene at the “Enf^ª Izabel dos Santos” School of Technical Training in Health (ETIS) contributes to the practice of dental care beyond the meaning of technical procedures and verifies if its former students also value the several dimensions of attention in dental health care in accordance to the principles established by the Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). This study initially discusses the different dimensions of health care, followed by a review of educational concepts with the presentation of the pedagogical fundamentals proposed by ETIS. Lastly, this study presents the analysis of the data obtained through fieldwork. This study has a qualitative approach whose subject are students who graduated in Technical Training in Dental Hygiene in Nova Iguaçu from August 2006 and June 2007. The author of this study uses the “focus group” technique with semi-structured interviews with former students, as well as interviews with dentists, who are their supervisors, together with a bibliographic review on educational concepts, professional education and health care in order to build up theoretical reference. The data analysis was performed through Content Analysis in Theme Analysis. This study indicates that while ETIS contributes to the practice of care in an individual dimension, it seems to overlook some important political and social aspects, which suggests that more intense integrating work needs to be done in the social dimension in the training course offered by ETIS.

Keywords: Professional Health Education. Oral Health. Dental Hygienist. Integral Healthcare.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ABS – Atenção Básica em Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
APD – Auxiliar de Prótese Dentária
APS – Atenção Primária à Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
BBO – Bibliografia Brasileira de Odontologia
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CD – Cirurgião-dentista
CEB – Câmara de Educação Básica
CEE – Conselho Estadual de Educação
CEERJ – Conselho Estadual de Educação do Rio de Janeiro
CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEPD – Centro de Execução Programática Descentralizado
CFE – Conselho Federal de Educação
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CNE – Conselho Nacional de Educação
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAF – Escolas Agrotécnicas Federais
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV – Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio
ETF – Escolas Técnicas Federais
ETIS – Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos”
ETSUS – Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HSE – Hospital dos Servidores do Estado

HUMANIZA-SUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema
Único de Saúde

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDA – Integração Docente-Assistencial

IMS – Instituto de Medicina Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LDB – Lei de diretrizes e Bases

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MOBRAL – Movimento Brasileiro de Alfabetização.

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PEEPIN – [Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviço e Comunidade](#)

PIPMO – Programa Intensivo de Preparação da Mão-de-Obra

PLE – Projeto de Formação de Trabalhadores de Nível Médio em Larga Escala

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PROFAPS – Programa de Formação Profissional em Saúde

PRO-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PPP – Projeto Político Pedagógico

PUC-MG – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RETSUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Sesp – Serviço Especial de Saúde Pública

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

TPD – Técnico em Prótese Dentária

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

UNI – Uma Nova Iniciativa da Educação dos Profissionais de Saúde: União com a
Comunidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DIMENSÕES DO CUIDADO	19
2.1 PENSANDO SOBRE O CUIDADO	19
2.2 O CUIDADO EM SAÚDE.....	23
2.3 O SUS E A BUSCA DA INTEGRALIDADE	25
2.4 O CUIDADO PARA ALÉM DA BOCA	28
2.5 FORMAR PARA O CUIDADO: A INTEGRALIDADE COMO ORIENTADORA DA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE.....	35
3 FUNDAMENTOS E CONCEPÇÕES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA E A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	42
3.1 O PAPEL DA ESCOLA NA FORMAÇÃO HUMANA: O QUE DIZEM AS TEORIAS DA EDUCAÇÃO	42
3.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL	47
3.3 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL EM ODONTOLOGIA	52
3.4 EDUCAÇÃO E SAÚDE: BUSCANDO O ENCONTRO	59
4 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE BUCAL: A EXPERIÊNCIA DA ETIS	61
4.1 CONHECENDO A ETIS	61
4.2 IDENTIFICANDO RELAÇÕES	68
4.2.1 A base no Larga Escala	70
4.2.2 O que é integração ensino-serviço na ETIS?.....	72
4.2.3 Por que currículo integrado?.....	74
4.2.4 A influência de Paulo Freire	79
4.2.5 Integração ensino-serviço, currículo integrado e a educação problematizadora de Paulo Freire: que relações guardam com o método do Arco de Charles Maguerez	82
4.3 ENTENDENDO A OPÇÃO PEDAGÓGICA DA ETIS	88

5 TRABALHO DE CAMPO: ANALISANDO AS RELAÇÕES ENTRE FORMAÇÃO E CUIDADO	90
5.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	91
5.2 DEFINIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA	94
5.2.1 Transição/espera.....	96
5.2.2 Política	97
5.2.3 Trabalho	98
5.2.4 Programa Saúde da Família	107
5.2.5 Cuidado.....	108
5.2.6 Formação	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	127
BIBLIOGRAFIA	137
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL	139
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (SUPERVISORES)	140
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (EGRESSOS)	141
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (EGRESSOS)	142
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CIRURGIÕES-DENTISTAS)	143
ANEXO A – GUIAS CURRICULARES DA ETIS	144
ANEXO B – GUIAS CURRICULARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (PROJETO LARGA ESCALA)	145

1 INTRODUÇÃO

A formação de quadros profissionais para o Sistema Único de Saúde – SUS em todos os níveis de escolaridade é tema debatido de forma recorrente. O modelo biomédico em que se centra a formação profissional há muito vem recebendo críticas, e várias tentativas de superá-lo vêm sendo implementadas, antes mesmo de a atual Constituição Federal estabelecer como competência do Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1988), atribuição originalmente de responsabilidade do setor educação.

Na formação profissional em saúde aparece fortemente a divisão social do trabalho, com a característica de estar centrada num modelo de formação e de prática tecnicista, o modelo biomédico. As limitações deste modelo de assistência, para o qual se volta de modo geral a educação profissional, dizem respeito ao desconhecimento das múltiplas dimensões do ser humano: políticas, sociais, psicológicas e culturais, além da biológica. A centralidade na doença, a extrema valorização de tecnologias, o distanciamento entre o profissional da saúde e o usuário são algumas das características deste modelo que, apesar de não oferecer respostas satisfatórias para a situação de saúde da população, ainda é o modelo hegemônico de atenção à saúde em nosso país.

No que diz respeito à gestão da educação, o Ministério da Saúde (MS) busca um modelo que integre ensino, serviços de saúde e trabalho em saúde. Considerando-se a necessidade de reconhecer e valorizar a formação dos trabalhadores como um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, algumas ações estão previstas e deverão ter impacto sobre o ensino na área da saúde¹.

Os diversos documentos produzidos nas Conferências de Saúde demonstram a necessidade de articulação entre os setores da Saúde e da Educação, assim como de mudanças do modelo atual de formação profissional. Ficou claro que investir em recursos materiais, equipamentos, reformas de estrutura física, sem que as pessoas que trabalham com saúde estejam motivadas e preparadas para desempenhar seu papel como profissionais e como cidadãos, não resulta em mudança do modelo. Para que esta transformação aconteça é necessário haver integração entre os campos da educação, saúde e trabalho (HADDAD, 2006). A formação profissional na área da saúde bucal em nada se distancia dessas considerações.

¹ Dentre essas ações está a implantação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE) em relação ao nível superior, e do Programa de Formação Profissional em Saúde (PROFAPS), para a educação profissional de nível médio.

Historicamente a saúde bucal não se constituiu em prioridade dentro das políticas de saúde no Brasil, apesar da gravidade da situação de saúde bucal da população. Até os anos 1990, as políticas públicas para a saúde pouco se ocupavam da saúde bucal, a despeito da significativa capacidade instalada e do expressivo número de profissionais existentes no setor.

Manfredini (2008) esclarece que nas décadas de 1970 e 1980, foram constituídas várias iniciativas visando mudanças na situação caótica em que se encontrava a saúde bucal no País. O modelo de prática e assistência odontológica caracterizava-se pela “ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista e inadequação no preparo dos recursos humanos”. Com a Reforma Sanitária, saúde bucal passa a ser exigência da sociedade. Assim, em junho de 1989 foi aprovada uma Política Nacional de Saúde Bucal, que fundamentou-se em cinco princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional. A prioridade era atribuída aos serviços emergenciais, às ações preventivas e de educação em saúde bucal, e aos serviços recuperadores básicos. Houve então um período em que praticamente não se priorizou esta política.

Somente com a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) em dezembro de 2000 por meio da Portaria 1.444 (BRASIL, 2000), pode-se dizer que retomou-se um projeto comum onde a saúde bucal é direito de cidadania. Em 2004 foi lançado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que dá suporte à atual política de saúde bucal, materializada no programa Brasil Sorridente.

Apesar da inclusão da saúde bucal na agenda político-institucional do SUS a formação em Odontologia ainda entende a saúde como resultado do processo biológico, fundamentada em princípios flexnerianos² e distanciada do contexto social. Com a Reforma Sanitária e posterior criação do SUS a compreensão do processo saúde-doença ampliou-se e, em consequência disto, houve o entendimento de que os determinantes sociais das doenças e a relação entre os problemas de saúde bucal e de saúde geral de indivíduos e coletividades deveriam ser inseridos no ensino de Odontologia, cuja crescente participação em programas públicos como o PSF, explicita a inadequação do ensino para esse novo modelo (HADDAD, 2006). Em decorrência desta constatação, nos últimos anos vem se ampliando uma discussão na área de Saúde Bucal no que diz respeito a uma nova geração de profissionais de saúde.

² Princípios baseados no estudo de Abraham Flexner, sobre o ensino da Medicina nos EUA, no início do século XX, cujos elementos estruturais são o mecanicismo (analogia do corpo humano com a máquina); o biologismo (natureza biológica das doenças); individualismo (indivíduo como objeto, alienando os aspectos sociais); especialização (aprofundamento do conhecimento específico); exclusão das práticas alternativas; tecnificação do ato médico; ênfase na medicina curativa; gestão tecnocrática, racionalizadora.

Formar profissionais para trabalhar no SUS é um grande desafio para as instituições de ensino. O SUS é um sistema complexo, em processo de construção, que busca estabelecer novas relações entre Estado e sociedade. Pensar a preparação de profissionais de saúde para este complexo sistema pode ajudar a superar obstáculos enfrentados por quem defende uma formação mais humana, com responsabilidade social e com qualidade técnica (KRIGER; MOYSÉS, S.J. e MOYSÉS, S.T., 2005).

Para Oliveira, Koifman e Marins (2004, p.308)

não podemos falar de formação de profissionais de saúde que possam produzir práticas integrais sem afirmarmos a radicalidade da ampliação de atuação do território das práticas em saúde, tendo como objetivo a transformação do processo de trabalho, orientado para a qualidade dos serviços e para a integralidade do cuidado.

Sob o princípio da integralidade no SUS, para haver uma relação profissional/paciente que privilegie o respeito, a escuta e a responsabilização, a formação deste profissional deve estar baseada numa concepção de educação que valorize as experiências de vida, incentivando o respeito ao outro, sem supervalorizar os saberes científicos, sem dúvida necessários, porém não suficientes para um atendimento voltado para o cuidado integral em saúde. Identifica-se portanto, a necessidade de construir novas práticas de formação e trabalho em saúde.

A atual Política Nacional de Saúde Bucal está alinhada com outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e prevê uma reorientação do modelo assistencial, com expansão dos serviços, proporcionando ações de prevenção e atendimento especializado, além da atenção básica, especialmente por meio da estratégia de Saúde da Família. Com vistas a proporcionar a formação de profissionais de modo a atender às novas demandas do setor de saúde bucal, o Ministério da Saúde vem financiando projetos de formação profissional para o nível médio, cuja execução preferencialmente se dará por meio das Escolas Técnicas do SUS, o que traz à tona a relevância de se pensar a formação profissional de nível técnico oferecida pelo sistema público de saúde.

A Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” (ETIS) é uma instituição pública, responsável pela Educação Profissional Técnica de Nível Médio no Estado do Rio de Janeiro. Criada em 1989, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, em decorrência do “Projeto de Formação de Trabalhadores de Nível Médio

em Larga Escala³ (PLE)”, hoje integra a *Rede de Escolas Técnicas do SUS* (RETSUS), expandindo sua ação pela descentralização de turmas em todo o Estado por meio dos *Centros de Execução Programática Descentralizados* (CEPDs). A Escola atende preferencialmente à demanda interna do Sistema Único de Saúde, oferecendo atualmente qualificação e habilitação profissional respectivamente para Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal⁴, Técnico em Vigilância da Saúde, Técnico em Agente Comunitário de Saúde e Técnico em Administração.

A ETIS adota uma proposta pedagógica que pretende ser dialógica, mediadora e transformadora, oferecendo uma formação profissional que parte da observação das dificuldades encontradas no cotidiano dos educandos, buscando identificar suas causas, determinantes e sua natureza, para com base em suportes teóricos, propor hipóteses de solução para a transformação da realidade. A Escola pretende assim superar a visão de assistência numa perspectiva tecnicista, onde a relação profissional se dá com a doença e não com a pessoa. Apresenta-se então a questão: esta proposta contribui para a prática do cuidado integral em saúde?

Venho exercendo atividade profissional na ETIS desde 2002, como sanitarista no setor de cursos de Odontologia, tendo participado da elaboração dos currículos integrados para Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD), a partir de 2004. Mediante as discussões sobre formação profissional para o SUS, sob as propostas de reorganização dos serviços de saúde a partir da Atenção Básica, tendo a integralidade como eixo orientador, acredito ser relevante analisar a formação dos profissionais de nível médio em Odontologia sob esta perspectiva, pois sua formação, via de regra, é realizada nos mesmos moldes do nível superior, ou seja, sob um modelo biomédico, tecnicista, com o agravante da subutilização do profissional de nível médio, o THD.

Neste estudo tenho como objetivo central investigar em que medida a formação oferecida pelo curso Técnico em Higiene Dental da ETIS contribui para a prática do cuidado, superando seu significado de procedimento técnico e protocolos clínicos, buscando identificar

³ O Projeto Larga Escala (PLE), criado na década de 1980, tem como origem o Acordo de Recursos Humanos firmado entre MS/MEC/MPAS/OPAS, com o objetivo de oferecer formação profissional para trabalhadores técnicos inseridos nos serviços de saúde.

⁴ A título de esclarecimento, relato que no decorrer desta pesquisa foi decretada a Lei nº 11.889, em 24 de dezembro de 2008, regulamentando o exercício das profissões auxiliares em Odontologia, modificando a terminologia de Técnico em Higiene Dental para *Técnico em Saúde Bucal*; e de Auxiliar de Consultório Dentário para *Auxiliar de Saúde Bucal*. Para efeito deste estudo, será mantida a antiga denominação, posto que a pesquisa refere-se a um estudo de caso, quando era esta a denominação destas categorias profissionais.

se esses profissionais valorizam também as dimensões políticas, sociais, psicológicas e culturais do atendimento em saúde, reafirmando o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde. Em vista disso, para realizar esta investigação me propus a aprofundar as discussões sobre o referencial teórico que embasa a proposta pedagógica da ETIS, visando identificar se a concepção de educação adotada está em consonância com uma perspectiva de formação profissional que contribui para formar profissionais para o trabalho no SUS, atendendo aos seus princípios, tendo em vista a prática do cuidado. Para isso, procurei identificar a percepção de educandos egressos do curso para formação de Técnico em Higiene Dental da ETIS, sobre sua própria prática no serviço de saúde onde atuam, e de cirurgiões-dentistas, supervisores diretos desses egressos.

Silva (2001) afirma que para se desenvolver qualquer pesquisa é preciso haver cuidadoso planejamento, pois seu sucesso dependerá dos procedimentos adotados. Como os processos não são totalmente previsíveis, adotar uma metodologia significa escolher um percurso que muitas vezes, deve ser reinventado a cada etapa. Regras são necessárias, e também criatividade para contornar as dificuldades que vão surgindo ao longo do processo de investigação. Diante disso, realizei este estudo sob uma abordagem qualitativa, tomando como sujeitos da pesquisa egressos do curso para formação de Técnico em Higiene Dental realizado no CEPD de Nova Iguaçu, concluído em outubro de 2007, não só pela viabilidade, como também por haver atuado como supervisora pedagógica no referido curso.

Como técnicas de pesquisa adotei a realização de grupo focal e entrevistas semi-estruturadas com esses egressos, e ainda entrevistas com cirurgiões-dentistas, seus supervisores, além da revisão bibliográfica sobre cuidado e sobre educação/educação profissional em saúde. O tratamento do material obtido por intermédio das entrevistas foi norteado pela Análise de Conteúdo, sob a modalidade Análise Temática.

Neste sentido, analiso a formação para Técnico em Higiene Dental na ETIS como concretização de um projeto de educação construído num contexto político e econômico neoliberal, que adota a formação profissional por competências conforme legislação vigente pretendendo, contudo oferecer uma qualificação profissional que produza cidadãos aptos para a prática do cuidado integral em saúde.

Considerando o objetivo central deste estudo inicio este trabalho com uma discussão sobre as diferentes dimensões do cuidado. A seguir, uma breve revisão de conceitos da educação, com apresentação da proposta pedagógica da ETIS, apontando seus fundamentos. A última etapa é a apresentação da análise dos dados obtidos por meio do trabalho de campo.

Com este pensamento, estruturei este estudo em quatro partes, além da introdução. No capítulo dois, *Dimensões do Cuidado*, apresento os olhares diversos sobre os significados do cuidado, para chegar ao cuidado em saúde, em especial a saúde bucal. As reflexões efetuadas sobre o cuidado em saúde são coerentes com o princípio da integralidade proposto pela Reforma Sanitária e reafirmado pelo SUS, em contraposição ao cuidado como realização de procedimentos técnicos. Apresento ainda neste capítulo algumas considerações sobre o ensino em saúde, os contextos de formação profissional, e as propostas de formação para o cuidado tendo a integralidade como eixo orientador.

O capítulo três, intitulado *Fundamentos e concepções da prática pedagógica e a educação profissional em saúde* discute o processo educativo numa dimensão ampla, além do papel da escola nesse processo, e suas repercussões na educação profissional em saúde/saúde bucal.

Educação profissional em saúde bucal: a experiência da ETIS é o título do quarto capítulo, no qual faço uma explanação sobre a Escola, suas origens, suas bases teóricas e de que forma foram construídas as relações entre sua proposta pedagógica e seu referencial teórico, bem como a proposta de formação para o curso de THD.

No capítulo cinco, *Trabalho de campo: analisando as relações entre formação e cuidado*, desenvolvo o detalhamento de como se deu a pesquisa, identificando e analisando os conteúdos das mensagens inseridas nas falas obtidas por meio das entrevistas com os egressos do curso realizado em Nova Iguaçu.

Por fim, no sexto e último capítulo, faço as considerações finais à luz do referencial teórico apresentado.

Espero que este trabalho possa contribuir para uma maior aproximação entre os campos da saúde e da educação, tendo em vista o trabalho e a formação de nível técnico em saúde bucal, fornecendo subsídios para a construção de práticas e políticas alinhadas com a integralidade da atenção em saúde e a emancipação humana.

2 DIMENSÕES DO CUIDADO

Mas há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas. Algo que surgiu há milhões de anos no processo evolucionário quando emergiram os mamíferos, dentro de cuja espécie nós nos inscrevemos: o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado.
(BOFF, 2005)

Neste capítulo abordo diferentes pontos de vista sobre cuidado, partindo de uma perspectiva mais ampla, para chegar às discussões sobre o cuidado em saúde, especialmente saúde bucal.

Para pensar a relação do homem com o cuidado, como este se manifesta numa dimensão mais abrangente, apóio-me nas reflexões de Leonardo Boff sobre o conceito de cuidado, a partir dos textos produzidos no livro *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra* e no artigo *O cuidado essencial: princípio de um novo ethos*, onde o autor analisa o cuidado como categoria “capaz de inspirar um novo acordo entre os seres humanos e uma nova relação com a natureza” (BOFF, 2005, p. 28).

Sobre o cuidado em saúde, apresento discussões coerentes com o princípio da integralidade proposto pela Reforma Sanitária e reiterado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), se contrapondo ao cuidado enquanto pura realização de procedimentos técnicos. Esta lógica é estendida às discussões em torno do cuidado em saúde bucal.

Apresento ainda algumas considerações sobre o processo de ensino em saúde, como se deram os contextos de formação profissional, culminando com as propostas de formar para o cuidado integral.

2.1 PENSANDO SOBRE O CUIDADO

Diversos autores, ao discorrerem sobre o cuidado, o fazem a partir de sua origem semântica, apontando alguns significados para o termo: pensado, meditado, refletido, bem trabalhado, bem feito, apurado, desvelo, diligência, solicitude, atenção, precaução, vigilância, conta, incumbência, responsabilidade, inquietação de espírito, preocupação, pessoa ou coisa objeto de desvelos, precauções ou inquietações (MICHAELIS, 2009).

Leonardo Boff (1999, p. 91) afirma que para alguns estudiosos, cuidado deriva do latim *coera* (cura), usada num contexto de relações de amor e de amizade, expressando atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela

coyedar, coidar, cuidar. O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Assim, cuidado teria duas significações: atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro; e atitude de preocupação, inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro. Neste olhar, cuidado é mais que um ato singular ou uma virtude. É um modo de ser, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros.

Segundo Boff (1999, p.11), no cuidado se encontra o *ethos*⁵ fundamental do humano, identifica-se “os princípios, valores e atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir”. O cuidado se opõe ao descuido e ao descaso. Sem o cuidado o ser humano deixa de ser humano, desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Sem o cuidado o ser humano prejudica a si mesmo, podendo destruir o que está à sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na essência humana, “[...] é o modo-de-ser essencial do homem. Possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano” (HEIDEGGER, apud BOFF, 1999, p. 89).

Para o autor, o processo de construção da realidade humana emerge de dois modos básicos de *ser-no-mundo*: o *modo-de-ser-trabalho* e o *modo-de-ser-cuidado*. Trabalho está intimamente relacionado ao conceito de cuidado, numa relação onde trabalho e cuidado se compõem, se complementam, e juntos constituem a integralidade da existência humana.

O modo de ser no mundo pelo trabalho se dá pela interação/intervenção na natureza. Pelo trabalho o ser humano interage com a natureza, conhece suas leis, e nela intervém para tornar a vida mais cômoda. Diferente dos animais, para o homem o trabalho é um modo de ser consciente, que faz com que natureza e sociedade evoluam juntas. Primitivamente o homem utilizava da natureza o que precisava para sua sobrevivência. Ao se sentir desafiado por ela, começou a utilizar aparatos que lhe poupavam as energias, iniciando-se assim, o processo de intervenção na natureza. Hoje, diferentes máquinas substituem a força de trabalho humano, numa lógica de dominar as coisas, colocando-as a serviço de interesses pessoais ou coletivos, originando um antropocentrismo, em que as coisas somente têm sentido quando satisfazem os desejos do homem, esquecendo que, independente de sua vontade, ele guarda conexão com a natureza, e faz parte do todo.

⁵ Para M. Weber, o *ethos* é uma ordem normativa interiorizada, um conjunto de princípios mais ou menos sistematizados que regulam a conduta da vida (BOUDON, R. et al., 1990, p.99)

O modo de ser no mundo pelo cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere outra tonalidade. Pelo cuidado a natureza não é um objeto. A relação não é de domínio, mas de convivência, interação e comunhão. Isto permite-nos viver a experiência do valor intrínseco das coisas, do que realmente tem importância. Trabalho e cuidado se compõem, e juntos constituem a integralidade da experiência humana nas dimensões material e espiritual.

Boff afirma que com o capitalismo, o modo de ser pelo trabalho caracterizou-se como uma ditadura pela dominação, e o trabalho não se relaciona mais com a natureza, mas com o capital. Assim, a sociabilidade existente entre os homens nas sociedades primitivas, já rompida nas relações escravagistas e nas relações de produção feudais, com a dominação de alguns povos sobre outros, com a cisão da sociedade em classes, passa por uma reestruturação. A luta de classes se intensifica e a força de trabalho é vendida e explorada. O autor assevera que isto conduz a um impasse: ignorar a necessidade de mudança e ir ao encontro do pior, ou impor limites à voracidade produtivista associando trabalho ao cuidado. Na perspectiva deste autor, a centralidade deve ser a capacidade de sentir, e não a razão, a lógica. Dar centralidade ao cuidado significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana; significa impor limites à eficácia a qualquer custo; significa derrubar a ditadura da racionalidade fria para dar lugar ao cuidado; significa ainda, colocar o interesse coletivo da sociedade acima dos interesses exclusivamente individuais.

Em suas reflexões, Boff (2005, p. 32) assevera que o grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado, e que “o equívoco consiste em opor uma dimensão à outra, e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo ser humano”. Para ele, o resgate do modo de ser do cuidado se fará numa forma diferente de realizar o trabalho.

Entretanto, a sociedade do conhecimento e da comunicação ameaça a essência humana, que se encontra basicamente no cuidado. Na medida em que avança tecnologicamente, a sociedade em que vivemos produz mais excluídos pela falta de cuidado. Isto se vê na exaltação da propriedade privada; no destino dado aos pobres e marginalizados; nas políticas pobres para os pobres, destinando-se recursos insuficientes para políticas sociais em saúde, educação e moradia (Id., 1999, p.18). Neste sentido, Luz (2004) explica a sociedade frente à globalização capitalista: os processos econômicos, políticos e culturais impressos pelo modelo econômico capitalista trazem consequências para a saúde da população, que está fragilizada, vulnerável, demandando diferentes aspectos de atenção à saúde.

Há pontos de vista diversos sobre o que constitui a essência humana, desde os filósofos da Antiguidade. Para a filosofia marxista o homem é um ser social, que se distinguiu dos demais pelo trabalho. Sua essência é determinada pelas relações sociais em que vive, em especial pelas relações de produção. Portanto, nesta perspectiva a essência humana está no trabalho. Nesta concepção existe uma dupla determinação do trabalho: ontológica, porque o trabalho é criador de riqueza e produtor da vida humana em qualquer tempo ou lugar, independentemente do modo como se manifesta; e histórica, porque, “ao longo de sua história o ser humano organizou relações sociais de produção da vida que proporcionou o surgimento de diferentes formas de trabalho, por exemplo, o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado” (RAMOS, 2007, p.32). Esta última, característica do modo de produção capitalista, é o tipo que Boff denomina ser a ditadura do modo-de-ser trabalho, onde sua determinação ontológica se vê comprometida, por se tornar cada vez mais alienante.

Frigotto (2009, p.169) discute a polissemia do termo trabalho sob diferentes óticas como o senso comum, o pensamento liberal e o marxismo. Ele afirma que “os sentidos e significados do trabalho resultam e constituem-se como parte das relações sociais em diferentes épocas históricas e um ponto central da batalha das idéias na luta contra-hegemônica à ideologia e à cultura burguesas” ou, nos termos de Marx, o sentido do trabalho “só pode ser efetivamente real no campo contraditório da práxis e num determinado tempo e contexto histórico”. O autor acrescenta que, por ser o trabalho, em sua dimensão ontocriativa, um processo de criação e recriação da própria existência humana, ele não pode ser reduzido à atividade laborativa ou emprego. Isto parece reafirmar o que Boff aponta em relação ao trabalho sob o prisma do capital, onde a força de trabalho é vendida e explorada. Na perspectiva de Boff, o trabalho possui uma dimensão ontológica, associado ao cuidado, que se constitui deste modo, na essência do ser humano. Sua proposta é combinar a ontologia do trabalho com a ontologia do cuidado.

Sem pretender apontar qual a verdadeira essência do humano, mas buscando o que pode haver de real na visão do cuidado como tal, recorro novamente ao sentido das palavras. Um dos significados de cuidar é zelar pelo bem-estar ou pela saúde de, tratar da saúde de (MICHAELIS, 2009). Sob o paradigma científico⁶, tratar da saúde diz respeito à assistência centrada no saber biológico, sendo o ato de cuidar, uma ação puramente técnica visando a

⁶ Paradigma científico é o modelo de racionalidade que norteia a ciência moderna. Constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI e foi desenvolvido nos séculos seguintes basicamente no domínio das ciências naturais. Modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas (SANTOS, 1988).

cura. Embora este olhar limite o entendimento do homem em suas múltiplas dimensões (políticas, sociais, psicológicas e culturais, além da biológica), esta tem sido a forma de cuidar dominante nos serviços de saúde, sendo os profissionais formados para prestar esta forma de cuidado. Daí a busca por outras práticas de saúde, que considerem as outras dimensões do ser humano, além da biológica. Daí a busca pelo cuidado. E assim indago: se o cuidado está na essência humana, haveria diferentes meios e formas de cuidar e ser cuidado? Ou o cuidado necessita (e pode) ser aprendido?

A reflexão apresentada por Boff sobre cuidado vai além das definições, e pode auxiliar na compreensão da relação entre integralidade e cuidado em saúde, observando-se que, para Xavier e Guimarães (2004, p. 152) “integralidade é essencialmente *cuidado*, o ‘lugar’ em que ela se materializa e se torna visível. [...] Promover o cuidado em seus variados aspectos é promover a integralidade”.

2.2 O CUIDADO EM SAÚDE

Trazendo suas reflexões para a saúde, Boff afirma que a doença remete à saúde, e que a cura deve reintegrar as dimensões da vida sã. Assim, o primeiro passo é reforçar a dimensão-saúde para que ela cure a dimensão-doença. E para reforçar a dimensão-saúde é preciso enriquecer nossa compreensão de saúde, indo além da medicalização instituída pela ideologia dominante, que leva ao entendimento de que se pode ter saúde apenas com técnicas e medicamentos sofisticados. Saúde deve ser uma atitude face às várias situações, que podem ser doentias ou sãs. É saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde. Deste modo, cuidar da saúde significa “manter nossa visão integral, buscando um equilíbrio sempre por construir entre o corpo, a mente e o espírito e convocar o médico (corpo), o terapeuta (mente) e o sacerdote (o espírito) para trabalharem juntos visando a totalidade do ser humano” (Boff, 1999, p. 147).

Essas reflexões remetem às discussões sobre integralidade, seus sentidos e significados. Com base nas considerações de Xavier e Guimarães (2004), sobre a integralidade se apresentar essencialmente como tal no cuidado, parece apropriada a afirmação desses autores, de que seria praticamente impossível pensar numa materialização da integralidade em saúde sem que haja relação com o cuidado, seja na relação profissional-usuário, na integração de saberes, ou na formulação de políticas de saúde. Deste modo, integralidade e cuidado são as duas faces da mesma moeda.

Nos discursos sobre integralidade fala-se da polissemia do termo em relação às necessidades e práticas de saúde, e também da polifonia produzida quando as diversas vozes

sociais se fazem escutar. Considerando a integralidade um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não plenamente concretizado, Mattos (2007) ressalta que a polissemia do termo faz com que haja contrastes entre os atributos desejáveis na configuração de um sistema de saúde e nas práticas de saúde, e os aspectos reais existentes nessa configuração e suas práticas. Numa abordagem sobre a polifonia da integralidade, Pinheiro e Guizardi (2004) a qualificam “como um dispositivo político de crítica de saberes e poderes instituídos” onde diferentes vozes sociais se fazem ouvir, em busca de práticas eficazes em defesa da saúde como direito de cidadania de todos e não de alguns.

Entendendo cuidado como ação integral, com significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser, tratando, respeitando, acolhendo, atendendo o ser humano em seu sofrimento (LUZ, 2004 apud PINHEIRO e GUIZARDI, 2004), esta ação irá se refletir em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, observando-se que, de modo geral, quem utiliza os serviços de saúde critica não a falta de conhecimento tecnológico por parte dos profissionais de saúde no atendimento, mas sim a falta de interesse e responsabilização dos serviços em torno de seu problema (MERHY, 2004).

No Brasil a atenção à saúde desenvolveu-se baseada na compreensão da saúde como resultado do processo biológico, fundada em princípios flexnerianos⁷ e destacada do contexto social. Com o movimento da Reforma Sanitária, culminando na criação do SUS, houve uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença, estabelecendo-se relação entre condições sociais e situação de saúde de indivíduos e coletividades, e ainda levantando-se questões sobre as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. Tiveram início discussões para além do “centro” das atenções – o usuário do sistema – que incluíam também o trabalhador de saúde, dando origem a uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (BRASIL, 2004). Esta política, por um lado aponta avanços na descentralização, na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com alguma ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social. Por outro lado, observa existir fragmentação e verticalização dos processos de trabalho, dificultando as relações entre profissionais da saúde, e entre estes e os usuários. Esta situação compromete o trabalho em equipe e o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas das práticas de atenção (BRASIL, 2004). A identificação dos avanços e dificuldades no processo de implantação do

⁷ Como já abordado anteriormente, cujos elementos estruturais são mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão das práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa, gestão tecnocrática e racionalizadora.

SUS ocasionou críticas relativas às instituições, às práticas e discursos em saúde, originando a demanda pela busca do cuidado (PINHEIRO e GUIZARDI, 2004).

No sentido de humanização das práticas de saúde, Ayres (2004, p. 16) denomina cuidado como uma “conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde”. Para o cuidado em saúde interessa o sentido existencial da experiência do adoecimento e das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Neste sentido, a dimensão dialógica é privilegiada, e o profissional de saúde ouve o outro e a si mesmo, e ainda faz-se ouvir, num processo denominado acolhimento, que não deve ser confundido com recepção. Esta se dá na chegada do usuário na unidade de saúde. O acolhimento se dá no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, sempre que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, o que acontece desde o momento em que o usuário se dirige à recepção de uma unidade de saúde⁸.

Ayres acrescenta que em geral, ao se falar de cuidado, humanização ou integralidade, se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam a relação entre usuários e profissional de saúde. O autor chama a atenção para o fato de que, tão importante quanto investir nas interações interpessoais, é debruçar-se sobre os significados sociais dos adoecimentos e da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis. Para Ayres, é de “fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário” que guardam estreitas relações com as perspectivas reconstrutivas do Cuidado (AYRES, 2004, p. 27).

2.3 O SUS E A BUSCA DA INTEGRALIDADE

Com o intuito de facilitar a compreensão do significado da Reforma Sanitária enquanto base teórica e ideológica da construção do Sistema Único de Saúde, um breve resgate histórico se faz necessário.

A assistência à saúde no Brasil configurou-se com base em um sistema previdenciário, introduzido ainda nos anos 20 do século passado, por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e posteriormente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cujos benefícios eram destinados àqueles formalmente inseridos no mercado de trabalho. Algumas

⁸ As equipes que trabalham com a humanização da atenção à saúde com vistas a implementar a Política de Humanização da Atenção, desenvolvem atividades com este fim envolvendo todos os trabalhadores das unidades de saúde, servidores ou contratados, de todos os níveis de escolarização.

ações de saúde pública de controle e prevenção de doenças transmissíveis eram mantidas pelo Estado.

Nos anos 60, a unificação dos IAPs num único instituto, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), consolidou o modelo previdenciário, que seria hegemônico no Brasil, até o final dos anos 70. Este modelo tinha como base princípios flexnerianos, onde as práticas de saúde se tornavam mercadorias, favorecendo a capitalização da medicina, privilegiando o setor privado. Havia uma clara distinção de área de atuação entre o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde. Ao primeiro destinava-se a saúde individual, ao segundo a saúde coletiva.

No decorrer dos anos 70, sob o regime militar, este modelo de assistência apresentou sérios problemas, com os índices de saúde expondo uma situação alarmante, decorrente do descaso em relação às políticas públicas para o desenvolvimento social. Diante disto, tornou-se necessária a articulação de políticas sociais, o que se deu com a elaboração do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), quando para sua legitimação, o regime militar canalizou recursos e priorizou projetos nesses setores. Não tendo pessoal para ocupar os espaços abertos, o regime militar criou “espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônico, ao dominante em seu interior” (ESCOREL, 1998, p. 42). O movimento sanitário foi a articulação dessas pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde – a Reforma Sanitária. Sua base de apoio eram instituições acadêmicas como Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), dentre outras. O que os reformistas buscavam era a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços de saúde em um único sistema e integralidade das ações, com garantia de acesso a ações de prevenção e assistência médica (BAPTISTA, 2005).

Os primeiros anos da década de 80 são marcados por uma grave crise da Previdência. Visando adotar medidas para debelar esta crise foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), para propor normas para a prestação da assistência à saúde da população previdenciária, e medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica, isto em decorrência de inúmeras denúncias de fraudes. Dentre os projetos propostos pelo CONASP, estava o desenvolvimento de uma rede ambulatorial hierarquizada para aliviar a demanda hospitalar, credenciando médicos ou contratando serviços públicos, que originou as Ações Integradas de Saúde (AIS). Num primeiro momento, as AIS pareciam ser apenas mais um programa de atenção médica como tantos outros. Posteriormente, com

profissionais oriundos do movimento sanitário instalados em postos políticos estratégicos dentro do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a proposta das AIS consistiu em passar de um programa a uma estratégia de transição, com descentralização e desconcentração das ações de saúde, em busca de um Sistema Unificado de Saúde.

Esse processo levou à criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 que, apesar de obter alguns avanços não conseguiu dar eficácia e eficiência ao subsistema público de saúde, e só se manteve devido à sua concomitância com o processo de elaboração da Constituição Federal. A Constituição de 1988, embora tenha mantido algumas diretrizes da prática hegemônica, propôs uma lógica de organização sugerida pela Reforma Sanitária. Assim, no início dos anos 90, a sustentação jurídica do sistema de saúde compreendia a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais e as Leis 8.080 (que criou o Sistema Único de Saúde – SUS) e 8.142 (MENDES, 1993).

O Sistema Único de Saúde, resultado possível das lutas do Movimento Sanitário, busca uma reorganização do modelo de assistência à saúde fundamentada nos princípios⁹ da universalidade de acesso, integralidade da atenção e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

As propostas de reorganização se concentram em torno da Atenção Básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, que vem produzindo experiências distintas, por vezes ainda reproduzindo o modelo tradicional de assistência, não obstante as propostas de reestruturação (SILVA JÚNIOR e MASCARENHAS, 2004).

A Atenção Básica em Saúde¹⁰ é um modelo de atenção adotado desde a década de 60 em diversos países, buscando reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático, que possui duas características básicas de organização: regionalização e integralidade. Fausto e Matta (2007) relatam que

⁹ Existem algumas dificuldades para a compreensão das diferenças entre princípios e diretrizes do SUS. Para organizar as discussões em torno desses significados, alguns autores sugerem que a organização do SUS se faça dentro de princípios doutrinários (núcleo comum de valores e concepções) e princípios organizativos (formas de operacionalização do sistema). Assim sendo, universalidade, integralidade e equidade seriam os princípios (correspondendo aos princípios doutrinários). Descentralização, regionalização/hierarquização e participação popular seriam as diretrizes (correspondendo aos princípios organizativos) (Matta, 2007).

¹⁰ Alguns autores tratam distintamente os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS). O termo Atenção Básica em Saúde foi assumido na política nacional brasileira a partir da NOB SUS 01/96, e é pautada pelos princípios do SUS. A idéia da APS foi utilizada pela primeira vez em 1920, no Relatório Dawson, que foi um documento do governo inglês para contrapor-se ao modelo flexneriano, americano, de cunho curativo (FAUSTO e MATTÁ, 2007).

desde a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata em 1978, já existia uma tensão entre duas formas distintas de conceber a atenção primária: um sentido integrado e um sentido seletivo. No Brasil, a Atenção Primária em Saúde foi pensada no sentido integral, com base em princípios e diretrizes norteadores do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Deste modo, enquanto eixo estruturante da Atenção Básica em nosso país, a integralidade vem sendo amplamente discutida como sendo instigante da reorganização de serviços de saúde, gerando revisão das práticas, dos processos de trabalho e das políticas públicas de saúde. Esta perspectiva de integralidade relaciona-se intimamente com a noção de cuidado concebido como valor, visando ultrapassar os sentidos de procedimentos técnicos, saberes biomédicos e realização de protocolos clínicos, conforme as discussões de Pinheiro (2007).

2.4 O CUIDADO PARA ALÉM DA BOCA

Iyda (1998) observa que a prática de saúde bucal, assentada no modelo das ciências biológicas, caracterizou-se por ser uma prática mutilatória, baseada na extração de dentes, substituindo-os pelas próteses. Isso significou um grande avanço técnico, porém a prótese, que deveria representar a evidência do fracasso de uma prática de saúde bucal, tornou-se elemento de realização pessoal e profissional, revelando uma inversão de valores. Essa concepção de Odontologia estimula aquela prática, onde a extração dentária passa a ser um fato natural e inevitável, e mais, reforça a diferença de classes sociais quando nega aos grupos socialmente desfavorecidos a possibilidade do acesso a informações e serviços odontológicos, expondo-os a profissionais que, em busca da saúde promovem doença. E o que mais preocupa: o fato de esses profissionais não se sentirem responsáveis por modificar esta realidade.

Os caminhos percorridos pela Odontologia seguem acompanhando a Medicina, ora em aproximação, ora em distanciamento de sua área de influência. Todos os movimentos pelos quais passou a saúde em geral passou também a Odontologia, com suas especificidades. Não se pode negar a importância e os benefícios que a tecnologia trouxe para a saúde. Contudo, é preciso avaliar permanentemente sua utilização, levando em conta as diferentes tecnologias propostas por Merhy (2000)¹¹. A medida desta utilização determina o modelo de atenção.

¹¹ Para Merhy (2000) *tecnologias duras* estão representadas pelos equipamentos, exames, imagens; *tecnologias leve-duras*, pelos saberes; e *tecnologias leves*, presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos. Estas últimas em grande dependência das leve-duras, pois se relaciona com ela em um processo de dominância.

Para falar de integralidade em Odontologia, voltamos à questão dos significados. Narvai (2002, p. 68-69) refere-se à distinção entre os conceitos de *assistência* e *atenção*, definindo assistência odontológica como o “conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não”. Já a atenção à saúde bucal é o “conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo”, implicando em intersectorialidade. O autor acrescenta que assistência limita-se ao campo odontológico, enquanto atenção implica atuar sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal.

Buscando afirmar uma prática que promovesse a atenção à saúde bucal, cuja origem seria distinta das várias concepções de Odontologia identificadas a partir dos anos 1950, surgiu nos anos 1980 a expressão *saúde bucal coletiva*, proposta por Botazzo e cols (1988, p. 18 apud NARVAI, 2002, p. 71), argumentando que “à medida que a odontologia vai se tornando cada vez ‘mais integral’, vai também se tornando cada vez ‘menos odontologia’”. Nesta concepção de Odontologia a atenção à saúde bucal compreende as ações de assistência individual e as ações sobre as causas das doenças, sejam de natureza biológica, social, econômica ou política. Botazzo (apud NARVAI, 2002) considera que, segundo as concepções da saúde bucal coletiva, “os conteúdos odontológicos devem ser assumidos e incorporados por outras práticas de saúde”. O que não significa descaracterizar a Odontologia enquanto prática de saúde específica,

Significa ‘perder-se’ no turbilhão do movimento sanitário para encontrar-se revitalizada e fertilizada por outros saberes e reaparecer não mais como odontologia, mas como parte da saúde coletiva, no interior da qual deve ser operacionalizada a modernidade da sua prática (BOTAZZO, apud NARVAI, 2002, p.72).

A saúde bucal coletiva surgiu em decorrência de um movimento de transformação da saúde pública brasileira, na década de 1970, que pretendia indicar a constituição de uma nova forma de compreender e agir sobre o processo saúde-doença, buscando desconstruir o modelo biomédico no ensino e nas práticas de saúde – o movimento da Saúde Coletiva –, propondo uma mudança inclusive na denominação de Saúde Pública para Saúde Coletiva¹².

¹² Para melhor compreensão das discussões acerca das expressões, ver o texto *a Physis da Saúde Coletiva*, de BIRMAN, J. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 15 (suplemento):11-16, 2005.

O ideário da Saúde Coletiva derivou de propostas contra-hegemônicas de organização do setor saúde como os movimentos preventivista¹³ e de saúde (medicina) comunitária, e sob esse ideário organizou-se o movimento sanitário. O campo de saber da Saúde Coletiva se ocupa do fenômeno saúde-doença enquanto processo social. Afirma a historicidade da questão social na determinação de saúde da população, compreendendo que saúde e doença são elementos polares de um mesmo processo, resultante da interação do homem consigo mesmo, com a sociedade e com o meio ambiente (CARVALHO, 2007).

Nesta perspectiva, não se pode pensar a saúde bucal descolada da saúde geral. Ou seja, a atenção à saúde bucal sob a ótica da integralidade deve ver o indivíduo como um único organismo, pois “a boca está inserida dentro de um todo orgânico, e os menores procedimentos aí realizados podem produzir sérias alterações na integridade física e mental do indivíduo” (GONÇALVES apud NARVAI, 2002, p. 62).

Como já abordado anteriormente, o modelo de práticas predominante na formação e no trabalho em saúde, e por extensão, em Odontologia, é centrado na doença, no tecnicismo e numa visão restrita do corpo anátomo-clínico. Um corpo fragmentado, analisado por saberes disciplinares, cuja produção sócio-cultural é ignorada. A clínica realiza-se de forma prescritiva, simplificando os processos sobre os quais se propõe a atuar, baseando-se na produção de procedimentos valorizados acima do necessário, cuja base de sustentação são os saberes do profissional. Para que se possa construir um novo modelo, de atenção integral em saúde são necessárias mudanças de saberes e práticas (SOUZA, 2004). Dentre essas mudanças está a valorização do trabalho em equipe, onde a participação dos profissionais de nível técnico torna-se fundamental, e a sua formação, estratégica para a transformação da prática hegemônica em Odontologia.

Pensando a questão do cuidado em Odontologia, Souza (2004, p.2) identifica na formação e no processo de trabalho do setor “um modelo dentista-centrado, uma clínica baseada na técnica cirúrgica-mutiladora e em procedimentos reparadores do dente (principal foco de atenção e de intervenção) e a tendência de ignorar as demais doenças bucais de relevância epidemiológica”. O que em parte justifica a recorrente afirmação de pacientes

¹³ Projeto implementado na América latina a partir das décadas de 50 e 60 do século XX, como crítica ao modelo hospitalocêntrico sustentado pelo paradigma biomédico. Não se mostrou capaz de transformar a prática médica hegemônica, contribuindo para fortalecer interesses privatistas. Porém, não se pode desconsiderar que foi um primeiro momento crítico, em que a questão social se alia ao saber médico, propondo uma tarefa fundamentalmente educativa, incorporando aos programas de graduação em Medicina disciplinas voltadas para as ciências da conduta, epidemiologia, administração de serviços e bioestatística. Favoreceu a possibilidade de outras proposições de atualização do pensamento sanitário latino-americano como o projeto de saúde comunitária (CARVALHO, 2007).

quanto à ansiedade que um tratamento odontológico pode proporcionar. Aqui, a prática do cuidado refere-se àquela apontada anteriormente, centrada no saber biológico, sendo o ato de cuidar, uma ação puramente técnica visando a cura. A centralidade no dente faz com que os profissionais de saúde bucal, de modo geral, desconsiderem o fato de que o elemento dentário está inserido na boca, que por sua vez pertence a um indivíduo que pensa, sente e interage, ignorando a multiplicidade de dimensões que constituem o ser humano.

Botazzo (2006a apud BOTAZZO, 2008, p. 10) considera que devemos reconhecer que não há lugar sequer para a fisiologia bucal no discurso odontológico porque o foco semiótico do dentista está dirigido ao órgão dentário. Como as “peças dentárias podem ser removidas por completo sem que este drástico evento ameace a existência do indivíduo”, fica implícita a “desimportância social e econômica dos órgãos dentários naturais” substituídos sem restrição por artificiais, encerrando o discurso odontológico diante de um indivíduo desdentado.

Este autor acredita que se compreendermos a cavidade bucal sob o aspecto da bucalidade¹⁴ teremos outro modo de pensar a integralidade do cuidado, de modo que a consulta odontológica contemple o acolher a queixa, a anamnese, a elaboração de hipóteses diagnósticas, a realização de exames, o conhecer os determinantes da situação atual, para só então constituir o caso clínico, dando aí o “passo fundamental para cumprir uma das etapas da produção integral do cuidado em saúde, que é exercer o mais integralmente possível uma atividade clínica” (BOTAZZO, 2008, p. 11). Desta forma, para o autor, sob uma nova semiologia odontoestomatológica, o olhar, a mão e a mente do dentista passariam a ser conduzidos pela verificação da possibilidade de realização integral das funções da boca.

Numa análise da produção de trabalhos científicos nos programas de pós-graduação nas áreas de Saúde Pública, em instituições públicas no Estado do Rio de Janeiro, com o tema formação e qualificação profissional de nível médio e fundamental em saúde, Pereira (2002) encontrou produção significativa a respeito da formação profissional ou processos educativos e de trabalho em saúde, e observou que a maior parte dos trabalhos diz respeito à Enfermagem, porém com publicações em nível de editoras aquém da produção de conhecimento, o que limita a circulação das informações.

Em consulta à base de dados da Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os termos integralidade e cuidado, é possível

¹⁴ Carlos Botazzo discute um novo conceito em Odontologia pensando a integralidade da produção do cuidado em saúde bucal: a bucalidade, que se refere às funções da boca (manducação, erótica e linguagem), sendo realizadas como expressão de uma integralidade anatômica e fisiológica. A capacidade de realizar essas três funções reflete a capacidade de ser boca, que é a um só tempo realização biológica, social e psíquica (BOTAZZO, 2008, p. 10).

identificar estudos abordando esses temas na formação e processo de trabalho em Odontologia. Entretanto, esses estudos em grande parte estão centrados no profissional de nível superior, sua formação e sua prática.

Alguns pesquisadores dedicam-se a discutir a possibilidade de inserir a integralidade na formação técnica em saúde, com vistas a contribuir para a busca de caminhos viáveis para a integralidade. Considerando as propostas de reorganização dos serviços de saúde a partir da Atenção Básica, instigada pela integralidade, pensar a formação dos profissionais de nível médio em Odontologia é tema relevante, dada a sua participação nas equipes de saúde e a ampliação anunciada na formação desses profissionais, com a implementação de programas de profissionalização do governo federal, tendo o Programa Saúde da Família (PSF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), como grandes impulsionadores da formação de pessoal auxiliar no setor.

Isto induz a uma reflexão sobre o tipo de formação a ser oferecida pelas instituições públicas. É fundamental pensar para quem e para quem se deseja preparar esses profissionais. Pensar ainda que saúde bucal se quer oferecer hoje a quem utiliza os serviços de saúde no âmbito público. O que se pretende: uma excelência técnica apenas ou, além disso, uma formação mais humana, que ofereça um “conhecimento emancipatório, responsável e comprometido com a afirmação da vida e da saúde como um bem comum”? (PINHEIRO e MATTOS, 2007, p.10).

Numa perspectiva inédita para a saúde bucal, a partir de 2004 vem sendo implantada no país uma Política Nacional de Saúde Bucal, concretizada pelo programa Brasil Sorridente. Este programa está articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Com investimentos da ordem de mais de R\$1 bilhão, prevê uma reorientação do modelo assistencial, expandindo os serviços oferecidos, proporcionando ações de prevenção e atendimento especializado, além da atenção básica (BRASIL, 2004a). Nesta política específica, o PSF é uma importante estratégia na reorganização da atenção básica, e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) permitem aumentar o acesso aos níveis mais complexos do sistema.

O Brasil Sorridente aumentou o valor dos incentivos repassados para as Equipes de Saúde Bucal modalidade I (um CD + um ACD) e II (um CD + um ACD + um THD), da estratégia Saúde da Família. As equipes também recebem, no mês subsequente da implantação, recursos para investimento nas Unidades Básicas e realização do Curso Introdutório. As equipes da modalidade II recebem, ainda, cadeira e acessórios odontológicos para uso do Técnico em Higiene Dental. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica

do Ministério da Saúde, desde a inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, por meio da Portaria GM nº 1.444/2000, foi implantado um total de 17.818 Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo 16.393 equipes modalidade I, e 1.425 equipes modalidade II¹⁵. Desse total, mais de 13.500 foram implantadas entre dezembro de 2002 e dezembro de 2008.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, documento publicado em janeiro de 2004, propõem o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado, e assinalam a valorização da participação dos profissionais de nível médio, propondo o estabelecimento de mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata desses profissionais, possibilitando a implantação de equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família. Para isto, dentre os pressupostos dessas diretrizes está a definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, visando implementar projetos de mudança na formação técnica, graduação e pós-graduação, de modo a atender às necessidades da população e aos princípios do SUS.

Analisando o documento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Garcia (2006) identifica o cuidado como eixo de reorientação do modelo, aparecendo como característica fundamental do produto do trabalho na saúde bucal. Para a autora, a repetição do termo no texto das diretrizes explicita a ênfase ao conceito de Linha do Cuidado, vindo ao encontro dos debates realizados pela Saúde Coletiva. A integralidade também está presente no texto das diretrizes, e a partir dos sentidos da integralidade propostos por Mattos (2007), a autora identifica três formas de uso do termo: integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde; integralidade como um valor diretamente ligado à organização dos serviços; e integralidade usada para designar atributos e valores de algumas políticas de saúde (GARCIA, 2006, p. 75-76).

Neste documento, o acolhimento é um dos princípios norteadores das ações de saúde bucal, como base da humanização das relações. Os usuários devem ser vistos em sua integralidade bio-psico-social, pressupondo um serviço de saúde organizado de forma usuário-centrada, garantido por equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar.

Segundo essas Diretrizes, o processo de trabalho das equipes de saúde bucal não deve restringir-se ao trabalho técnico odontológico. A equipe deve interagir com outros profissionais para que possa atender o indivíduo em todas as dimensões humanas, realizando ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, no nível individual

¹⁵ Dados de março de 2009, obtidos do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/cidades_atendidas.php

e coletivo. As atividades educativas e preventivas, a nível coletivo devem ser realizadas pelo Técnico em Higiene Dental (THD) e pelo Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), o que reverterá em uma otimização do trabalho do Cirurgião-dentista (CD).

A título de observação, devo acrescentar que, embora esta política aponte para a valorização do trabalho em equipe, e conseqüentemente do THD e do ACD, falta reafirmar as possibilidades de atuação do Técnico em Higiene Dental na prestação de atendimento clínico, o que sem dúvida, também reverterá em otimização do trabalho do CD, que poderá disponibilizar tempo de consulta adequado a tratamentos de maior complexidade, e conseqüentemente em melhor atendimento ao usuário.

Os caminhos da saúde bucal na formação e prática profissional apontam para um trabalho que vem sendo realizado fechado nos limites do consultório odontológico. As discussões sobre integralidade da atenção em saúde passam pela perspectiva de rediscussão do processo de formação profissional em Odontologia, incluindo aí a questão das relações entre trabalhadores da saúde e usuários. Danielle Mattos (2008) afirma que existe uma necessidade premente da Odontologia se legitimar dentro da equipe de atenção básica (o que já acontece na Enfermagem e na Medicina). Caso contrário, sem uma integração concreta dentro da equipe de atenção básica, há o risco de assumir uma posição de subordinação. Para isto, é necessário que se trave “discussões sobre os sentidos da integralidade dentro da atuação profissional de cada membro da equipe, mas de modo que alguns de seus reflexos possam ser percebidos e intercambiados entre os diversos atores do trabalho em saúde” (p. 67). A autora ressalta que sem abertura ao conhecimento e sem a consciência coletiva nas práticas e no processo ensino-aprendizagem como prega a saúde coletiva, a odontologia corre o risco de manter-se isolada, sem inserir-se organicamente no processo de construção do sistema de saúde brasileiro.

Esta questão da integração entre a equipe de saúde é muito bem abordada por Abrahão e Cassal (2009), que afirmam que o usuário do sistema de saúde

[...] dificilmente terá sua necessidade atendida passando apenas por um profissional. Desde a chegada, encontrando o responsável para recepcioná-lo, passando por uma possível triagem, diagnósticos, exames, etc., os profissionais utilizarão seus saberes – aprendidos na academia ou na prática – para responder à demanda que observam no usuário (ABRAHÃO e CASSAL, 2009, p. 255).

Estes autores afirmam ainda que as diferentes formações dos profissionais de saúde oferecem diferentes olhares que podem se complementar ou disputar poder, levando a um processo de trabalho fragmentado onde o objeto do serviço, o usuário, fica esquecido. É importante, portanto que se considere que o produto das ações de saúde se dá na relação entre

profissionais e usuários que, se não conseguem obter a satisfação de sua necessidade pela via legítima da legislação, encontram formas alternativas para contornar a burocracia e a falta de acesso aos serviços de saúde.

2.5 FORMAR PARA O CUIDADO: A INTEGRALIDADE COMO ORIENTADORA DA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Interrogando se a integralidade é um bom indicador da direção que se deseja imprimir ao SUS e suas práticas, podendo indicar o que é criticável no sistema e suas práticas de saúde, Mattos (2001 apud MATTOS, 2007) identifica três grandes conjuntos de sentidos da integralidade. O primeiro diz respeito a atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo refere-se à característica da organização dos serviços; o terceiro se relaciona às políticas específicas de saúde. O primeiro sentido apontado por Mattos oferece sustentação ao propósito deste estudo, na medida em que a proposta de educação profissional da ETIS pretende contribuir para superar a perspectiva de assistência sob uma ótica tecnicista.

Com base nas considerações elaboradas, podemos crer que, para que o SUS seja capaz de oferecer a atenção à saúde a que se propõe, além da condição de eixo estruturante da reorganização dos serviços de saúde, a integralidade deve ser orientadora do processo educativo. Com esta dupla função, a integralidade se torna estratégica para a transformação da formação e do processo de trabalho em saúde visando o cuidado integral.

Vale ressaltar a observação de Ramos (2007, p. 54) sobre o sentido da integralidade no que diz respeito a atributos das práticas dos profissionais de saúde. Para a autora, a integralidade da atenção à saúde “recoloca o sentido que tem o trabalho em saúde na reconstituição da humanidade das pessoas em face das suas necessidades de saúde”. Assim o trabalho em saúde resgata o sentido ontológico do trabalho, quando “se volta para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital”.

Considerando as práticas de cuidado como um conjunto de práticas sociais que buscam assegurar a continuidade da vida, seja de indivíduos, grupos sociais ou da espécie, cuidar é próprio da vida humana. Portanto, práticas de cuidado não são necessariamente práticas profissionais, porém os profissionais de saúde influenciam essas práticas de maneira muito intensa. Numa interessante reflexão sobre o trabalho e a formação em saúde, Mattos (2008) aborda a questão do conhecimento acadêmico (“saber médico”) que, revestido de tamanho poder, silencia qualquer outro conhecimento sobre as práticas do cuidado.

A construção de uma nova ordem social pelo processo de invasão da vida social pela Medicina, conhecido como medicalização, teve como consequência um controle sobre os

indivíduos, como se eles não soubessem mais cuidar de si e dependessem dos profissionais de saúde para aprender “técnicas de cuidado”, numa relação desigual. Esse “novo saber adquirido” amplia essa desigualdade, estabelece uma dependência permanente, e não produz uma emancipação nas relações de poder, como na perspectiva de Boaventura Santos, para quem relações emancipatórias são aquelas que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais. Na perspectiva deste autor, segundo Mattos (2008), o que faz uma relação social é o grau de desigualdade com que são tratados os interesses das partes. Deste modo, para compreender a complexidade da questão da formação é importante pensar as relações estabelecidas entre os usuários do sistema de saúde e os profissionais que nele atuam, considerando a forte influência que estes podem exercer sobre as práticas de cuidado.

Sob este ponto de vista surgem algumas questões. A formação pode influir no sentido de favorecer a construção de uma relação dialógica entre esses sujeitos, produzindo relações mais iguais, incluindo aí o respeito à resistência ou mesmo recusa por parte do usuário em adotar as orientações dos profissionais de saúde? Pode a formação “ensinar” formas de abordagem que pretendam sensibilizar o usuário que, devido a experiências passadas fracassadas, questões religiosas e outras tantas razões, manifeste descrédito em relação às recomendações sobre as práticas de cuidado? É possível estimular o trabalhador a ser sensível ao sofrimento do outro, quando ele mesmo pode ter como experiência de vida situações de privação? Observe-se que, em nosso país, os trabalhadores de nível médio em saúde, de modo geral, provêm de uma condição social menos favorecida. Tem a formação a capacidade de responder a essas questões? Por meio da formação, exercitando a reflexão sobre as práticas do cuidado, pode-se encontrar o caminho para transformar as relações entre os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, reconhecendo a liberdade de cada um e a eventualidade do sofrimento, dando à saúde a importância que ela tem sem, contudo, fazer do cuidado em saúde uma forma de controle sobre o estilo de vida das pessoas?

Retomando a dupla função da integralidade, almejando o cuidado integral, o percurso para reorganizar os serviços de saúde passa pelo processo educativo. Porém este cuidado é aquele

[...] no qual as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito que sofre ou poderá vir a sofrer. Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer (MATTOS, 2008, p. 348).

Após as considerações feitas sobre cuidado e integralidade, é possível considerar que existe uma relação imediata entre formação e conduta profissional? A formação oferecida é garantia de que a conduta profissional corresponderá ao idealizado? Para Ramos (2006) não se pode compreender como promover transformações de práticas de atenção à saúde prescrevendo-se condutas e comportamentos previsíveis e observáveis. Existe uma imprevisibilidade dos efeitos da formação nas práticas de trabalho. A autora destaca que “a atenção em saúde é uma ação humana destinada ao cuidado do/com o outro” e que diferentes processos formativos cumprem distintas finalidades, humanizadoras ou desumanizadoras, dependendo das relações sociais em que se estabeleçam, podendo conservar ou transformar.

Na história da construção do SUS houve razoável investimento em programas educacionais, porém constata-se que este investimento não se converteu em mudança das práticas de cuidado. Partindo do pressuposto de que a educação pode ser transformadora, Franco (2007) sugere que práticas pedagógicas direcionem a formação de sujeitos implicados com a produção do cuidado. Ceccim (2008, p. 9) afirma que “uma transformação somente ocorre quando acompanhada de correspondente projeto educativo, o que não necessariamente contempla uma visão contemporânea e crítica dos modos de ensinar e de aprender”.

Nesse sentido, Merhy (2004) indaga como imaginar a formação de um profissional para produzir os procedimentos concernentes ao seu campo de ação e, ao mesmo tempo, se constituir como um cuidador comprometido com a cura, a promoção e a proteção da saúde no plano individual e coletivo. Indaga ainda como os docentes das escolas deveriam atuar. Seria possível ser docente desse projeto sendo só um excelente produtor de procedimentos, dominador de um território específico? Isto remete à noção de integralidade como orientadora do processo educativo, e estratégica para a transformação da formação de profissionais para o SUS. De onde partiu essa concepção? Como as discussões sobre cuidado tomaram vulto? Como se começou a pensar a interseção entre educação e saúde, tão importante para a formação de profissionais de saúde, como um domínio de conhecimento?

Fazendo um resgate dos contextos de transformação do ensino da saúde, Ceccim e Carvalho (2006) relatam que a noção de formação profissional predominante no Brasil até a República, era a de aprendizagem pela prática, onde um “aprendiz estagiava sob supervisão”.

A partir da década de 1920, incentivava-se uma formação que enfatizava a saúde pública, promovendo-se uma educação higienista para atuar na sociedade, vista como o território onde se disseminavam as doenças epidêmicas.

No período entre os anos 40 e 60 houve uma identificação com o movimento de reforma da educação médica proposto por Flexner, no início do século XX, no sentido de

valorizar a ciência no ensino em saúde, surgindo assim uma pedagogia do ensino das profissões de saúde “como núcleo temático de formulação educacional e de produção de conhecimento pedagógico” (CECCIM e CARVALHO, 2006, p. 73). Nesta concepção de educação na saúde, o saber biológico permitiu organizar procedimentos, porém limitou o entendimento das interações entre os diferentes aspectos (econômicos, sociais, culturais e políticos) do processo saúde-doença. Todavia, já se podia identificar um pensamento contrário, explicitado no conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 (estado de completo bem estar físico, social e mental) que estabelecia uma interseção da biologia com questões afetivas e cognitivas e com as determinações sócio-econômicas.

Durante os anos 50 e 60 configurou-se um movimento – movimento preventivista, que indicava a formação como estratégia para a transformação das práticas, e reinseriu a saúde pública no ensino em saúde.

Já nos anos 70, alguns projetos de aprendizagem em medicina comunitária foram implementados, valorizando aspectos psicológicos e sociais, porém desconsiderando questões de cultura, história e política. Surge então um novo pensamento, de caráter político, onde se criticava as práticas profissionais e a realidade social – o movimento da Reforma Sanitária. Assim, coerentes com o novo pensamento, algumas experiências de integração ensino-serviço incorporaram conteúdos de ciências sociais e humanas, em direção à integralidade da atenção, nos currículos dos cursos da área de saúde, porém ainda sob a lógica do hospital como lugar da cura.

Para a expansão desta noção de atenção integral à saúde, a partir dos anos 1980, experiências ligadas com o movimento sanitário trouxeram visibilidade à área de ensino da saúde no sentido de integração ensino-serviço: os Projetos UNI (Uma Nova Iniciativa da Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) e os projetos Rede IDA (Integração Docente-Assistencial), que estão hoje unificados sob a Rede Unida, discutindo ensino, currículo e avaliação na educação superior dos profissionais da saúde (CECCIM, 2008).

Até aqui, a abordagem se deu principalmente em relação ao ensino superior. Entretanto, as considerações tecidas podem, por extensão, ser pensadas também para a educação profissional de nível médio em saúde considerando-se, como apontam Pereira e Ramos (2006), que na formação dos trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde predomina a concepção de treinamentos rápidos, que proporcionam qualificação mecânica. As autoras acrescentam que as relações de classe sob o capitalismo produziram uma divisão social do trabalho, claramente explicitada no trabalho em enfermagem na Inglaterra do século

XIX, em que o ensino consistia em “treinamento de jovens que tinham optado por uma vida conventual, tornando-as eficientes nas artes da enfermagem” (PEREIRA e RAMOS, 2006, p.23). Embora recebessem o mesmo tipo de qualificação as *ladies* exerciam as funções de controle e supervisão, enquanto as *nurses* se encarregavam do cuidado, entendido como trabalho manual. Esta divisão de tarefas (estendida a outros setores da saúde) está mantida nos dias atuais verificando-se no trabalho exercido por enfermeiros e auxiliares de enfermagem a mesma lógica. Aos primeiros o trabalho mais intelectualizado, aos últimos, o trabalho manual.

Como estratégia de promoção da inclusão, na década de 1980 surgiu a proposta do Projeto Larga Escala, buscando concretizar o pensamento da Reforma Sanitária de qualificar os trabalhadores de nível elementar e médio (inicialmente na área de enfermagem), inseridos nos serviços de saúde que não possuíam qualificação específica.

Neste mesmo período teve origem o movimento da Educação em Enfermagem, que propôs uma mudança curricular, substituindo o paradigma da “assistência às doenças” pelo paradigma do “cuidado humano”, introduzindo “na ordem do currículo os temas do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária brasileira” (CECCIM e CARVALHO, 2006, p. 84).

A partir de 2003, emergiu o conceito de Educação Permanente em Saúde^{16 17}, proposta como política pública, para assinalar “o encontro da saúde com a educação”, ligação indissolúvel entre ensino, trabalho e cidadania (Id., 2008). Algumas estratégias foram apresentadas para implementar a Educação Permanente, dentre as quais o Projeto de Qualificação e Formação em Saúde para o Profissionais de Escolaridade Básica e Técnica, sob responsabilidade das Escolas Técnicas do SUS, apontando para uma valorização dos profissionais deste nível de escolaridade.

A reorientação da formação em saúde com base na integralidade pressupõe inovações, que envolvem a ampliação do referencial de saberes e práticas dos profissionais e o reconhecimento da limitação do trabalho individual para responder às necessidades de saúde da população, reafirmando o valor do trabalho em equipe. A integralidade como exigência ética da organização de práticas cuidadoras, não pode esperar de todos os profissionais a mesma dimensão do cuidado. Mas pode ser o condutor para uma mudança nas relações de

¹⁶ Tendo em mente que dentre os elementos analisadores para pensar a Educação Permanente em Saúde estão os componentes do Quadrilátero da Formação (Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social), dentre os quais está a análise das práticas de atenção à saúde que busca construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico (CECCIM, 2005).

¹⁷ O termo *Educação em Saúde* foi cunhado a partir do “encontro” da saúde com os movimentos populares para fazer educação em saúde. Nas políticas públicas de ensino e educação permanente há a designação *Educação na Saúde* (CECCIM, 2008).

poder entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários (CECCIM & CARVALHO, 2006). Com esta dupla função, na reorientação dos serviços e no processo educativo em saúde, a integralidade não poder perder de vista a continuidade do cuidado a ser oferecida nos diferentes níveis de complexidade de procedimentos. Para isto, a Atenção Básica enquanto estratégia reorganizadora não pode ser trabalhada como um recorte, mas como parte do sistema, configurando um dos muitos sentidos da integralidade discutidos até aqui.

Hansen (2008) acredita ser possível inserir a integralidade na formação técnica em saúde observando-se a busca de caminhos que viabilizem a “vivência da integralidade” na formação dos trabalhadores da saúde. E isto se dá por meio da prática pedagógica, que deve ser transformadora, dialógica, mediadora. A autora aponta a necessidade de os professores atuarem mais agilmente nos currículos e processos didáticos, superando a pura transmissão de saberes para simples execução de tarefas prescritas. Para a autora, é preciso propiciar ao educando o desenvolvimento de qualidades que promovam o manejo do conhecimento de forma a saber como e porque utilizá-lo. Para isto, os docentes devem compreender sua função social, apropriar-se do conhecimento pedagógico necessário para promover uma “formação cidadã e abrangente da totalidade do ser humano” (Id., *Ibid.*, p. 72), incluindo aí a formação para o cuidado integral em saúde. A compreensão da finalidade do trabalho em saúde é essencial para a condução de práticas pedagógicas que possibilitem ao educando “enxergar” a promoção do cuidado como instância permanente e sistematizada da aprendizagem.

Por mais que a demanda atual seja por profissionais polivalentes, na saúde a atividade profissional terá sempre uma característica especial, sendo continuamente atravessada pela relação entre profissional e usuário. E saber atender às necessidades deste decorre não só dos saberes adquiridos e do domínio das tecnologias, cada vez mais complexas, mas também da utilização das tecnologias leves discutidas por Merhy (2000), o que não pode ser ensinado em lições, mas na prática, com estágios e visitas, como afirmam Abrahão e Cassal (2009). Uma estratégia que contemple a integração entre ensino e serviço talvez seja uma forma de promover a unidade entre os conhecimentos adquiridos e o trabalho.

A despeito de toda a pressão exercida pelo sistema, foi possível construir projetos contra-hegemônicos de formação dos trabalhadores da saúde, buscando a superação da desigualdade. Na atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), resultante do embate entre diferentes projetos de sociedade, educação profissional é uma modalidade de educação. Portanto, se utiliza de práticas pedagógicas para realizar o processo ensino-aprendizagem. Como já apontado, a ETIS, sujeita à legislação educacional como qualquer escola, construiu seu projeto de educação num contexto político e econômico

neoliberal, que adota a formação profissional por competências. Contudo, pretende oferecer educação profissional como parte da formação humana, propondo-se a realizar o processo de ensino-aprendizagem com base numa pedagogia crítica, facultando aos seus educandos a aquisição de conhecimentos para além da técnica, de modo que estes se voltem para a prática do cuidado em saúde, incentivando a compreensão da realidade, embasando-os cientificamente, para assim buscar a transformação do modelo hegemônico de atenção à saúde.

3 FUNDAMENTOS E CONCEPÇÕES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA E A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.
(FREIRE, 2001)

Neste capítulo abordo o processo educativo, considerando a educação formal, institucionalizada e também sob uma perspectiva além dos limites da escola. Os embates entre as diferentes concepções de educação em cada momento histórico no Brasil produziram diferentes formas de realizar a educação profissional. Seu processo de construção faz parte da formação humana, e analisá-lo facilita a compreensão do porquê esta modalidade de educação se configurou tal como está. Dentro da educação profissional, como objeto desse estudo, naturalmente a educação profissional de nível técnico em saúde/saúde bucal está contextualizada.

3.1 O PAPEL DA ESCOLA NA FORMAÇÃO HUMANA: O QUE DIZEM AS TEORIAS DA EDUCAÇÃO

Quando pensamos em formação humana é necessário considerar que o homem é um ser vivo e que, portanto, está sujeito a questões biológicas em seu desenvolvimento. Por outro lado, o homem é também um ser social, que interage com outros homens e com a natureza, nela intervindo para tornar possível sua existência. Essas dimensões básicas possuem desdobramentos políticos, psicológicos, culturais, que tornam o ser humano bastante complexo. Essas dimensões se entrelaçam, e para relacioná-las é preciso pensar sobre o processo de desenvolvimento da natureza biológica do homem, sob a influência das formas de vida social e do trabalho enquanto atividade social necessária à sobrevivência humana. Para entender este entrelaçamento observe-se, por exemplo, que condições biológicas como etnia e algumas doenças podem originar mecanismos de segregação social, assim como as condições sociais podem influir diretamente sobre mecanismos naturais do organismo humano. Estas últimas influências os princípios e diretrizes do SUS buscam tornar positivas.

Segundo Saviani (2007) a existência humana não é garantida pela natureza, mas tem que ser produzida pelo próprio homem. Este, portanto precisa aprender a produzir sua própria existência. Deste modo, a produção humana é ao mesmo tempo formação humana, ou seja, um processo educativo. Sendo assim, a origem da educação coincide com a origem do homem.

Para Haidt (2000) o termo educação compreende dois aspectos: social e individual. A autora observa que sob o aspecto social, educação diz respeito à transmissão de valores, normas, crenças e costumes de um determinado grupo social. Nesse sentido, educação é uma manifestação da cultura. Sob o aspecto individual, educação refere-se ao desenvolvimento de aptidões e potencialidades do indivíduo, de maneira sistematizada. Nos dois sentidos, contudo, educação refere-se a formação, e esses dois aspectos se entrelaçam e se completam mutuamente, não existindo entre eles uma barreira. Em sociedades de organização mais simples como as sociedades primitivas, as crianças e jovens aprendiam pela experiência direta no convívio com os adultos. Com a complexificação da organização social tornou-se necessário sistematizar o conhecimento, de modo a garantir sua transmissão às gerações futuras. Surge então a escola¹⁸, como instituição social com a função de educar, no seu sentido mais amplo, e ensinar, no sentido de ação deliberada e organizada.

Pode-se observar então que a educação está presente em tudo o que diz respeito à vida social, desde as primeiras experiências quando crianças, passando pelo trabalho e pelas relações sociais desenvolvidas ao longo da vida. Para Enguita (1989) sempre existiu algum processo preparatório para a integração entre educação e trabalho nas relações sociais de produção. Este autor observa que, ainda nas sociedades primitivas, quando a propriedade da terra era comum, a educação era feita junto com a vida, junto com o trabalho.

Assim, verifica-se que o processo de formação humana se dá por uma interação entre o processo de socialização (exercido nos diversos espaços de convívio social) e a prática educativa formal (exercida na escola). Pensar a educação apenas em sua forma institucional seria reduzir a formação do homem a momentos estanques. Em sua forma mais abrangente, percebe-se que boa parte da aprendizagem do homem se dá fora das instituições educacionais formais. Isto porque existe aprendizagem em tudo o que diz respeito às nossas vidas, constituindo-se em processos educativos. Nesta perspectiva, Mészáros (2005) sustenta que esses processos não podem ser manipulados pelas estruturas formais de educação. Ao adotar esta concepção ampliada de aprendizagem este autor propõe a seguinte questão: o conhecimento é o elemento necessário para a obtenção da auto-emancipação humana, ou será uma forma de adotar comportamentos que favorecem a manutenção das relações sociais

¹⁸ Na verdade, a escola surgiu desde a Antiguidade, época em que a educação dos escravos era assimilada ao processo de trabalho, e a educação como atividade intelectual era reservada aos nobres. Mudanças econômicas e sociais foram acontecendo, e com o advento do modo de produção capitalista, deu-se uma nova determinação na relação trabalho-educação. A reorganização das relações sociais passou a exigir o domínio da leitura e da escrita para preparar o cidadão para as novas formas de sociabilidade. A evolução da produção culminou com a Revolução Industrial, o que veio consolidar a separação entre escolas de formação geral e escolas profissionais (SAVIANI, 2007).

desiguais estabelecidas? Para o autor, ao tornar consciente esse processo de aprendizagem no sentido amplo de educação, pode ser possível encontrar formas de romper com essas desigualdades.

Ramos (2006, p.2) aponta que a educação formal pode ser reprodutora das relações sociais ou ser espaço de luta para superá-las, e que “a discussão sobre a finalidade reprodutivista da educação tem sido suplantada pelas possibilidades contra-hegemônicas geradas pela educação como prática social, na perspectiva dos trabalhadores”. Entendendo-se a educação profissional como parte do processo de formação humana, conclui-se que esta também pode ser reprodutora dessas relações, ou ser espaço de luta. A educação profissional em saúde, conseqüentemente, está também exposta a essas possibilidades, de reprodução ou transformação. A opção por uma ou outra finalidade da educação termina por ser definida no interior das instituições de educação, pois mesmo tendo que considerar os aspectos legais, os educadores, desde que comprometidos com um projeto de educação emancipadora, podem fazer da educação um instrumento de reflexão e de formação de cidadãos, no sentido pleno do termo.

Mészáros (2005) considera que o papel da educação está na elaboração de estratégias para mudar as condições de reprodução, e na automudança consciente dos indivíduos dispostos a criar uma ordem social diferente. E afirma que isto poderá se dar a partir da prática dos conceitos de universalização da educação, e universalização do trabalho como atividade humana auto-realizadora. Mas só será possível a universalização da educação e do trabalho quando houver a percepção da verdadeira igualdade de todos os seres humanos, tendo em vista uma ordem social qualitativamente diferente. Em busca de uma transformação social ampla e emancipadora, a educação pode ajudar a estabelecer prioridades e a definir reais necessidades, e pode também habilitar os indivíduos a trabalharem as mudanças necessárias para construir uma sociedade diferente que não educa para o trabalho alienante. A educação precisa atuar de modo continuado, permanente, para formar indivíduos críticos, e não simples reprodutores do modelo econômico e político hegemônico, mostrando que existem alternativas à ordem social estabelecida. Em seu sentido amplo, a educação pode contribuir para uma transformação social emancipadora, pois educar vai além da transmissão de conhecimentos. Educar é uma experiência de vida (MÉSZÁROS, 2005).

Mediante essas considerações, vemos que o mundo está em permanente movimento no que diz respeito às relações sociais, havendo constantes embates entre diferentes pensamentos em busca da manutenção do *status quo*, de acordo com os interesses próprios das classes dominantes, ou ao contrário, num movimento contra-hegemônico, em busca da transformação

da realidade para torná-la mais justa. Adotar uma concepção de Educação crítica não significa necessariamente que se obterá a transformação desejada, mas sem isto, certamente esta tarefa se tornaria impossível.

Sob o aspecto individual da educação, formal, sistematizada na escola, desenvolveram-se teorias que congregam vários estudiosos na elaboração de sínteses, de modo a proporcionar um panorama geral, identificando diferentes correntes de pensamento. Algumas teorias entendem a escola como meio para preparar os indivíduos para a sociedade, não se ocupando em elaborar críticas. Sua preocupação está em propor metodologias de ensino. Outras empenham-se mais na elaboração de análises críticas ao sistema capitalista, sem a proposição explícita de metodologias de ensino. Outras ainda associam à crítica da sociedade capitalista, a proposição de métodos de ensino.

Para Libâneo (1985), as teorias educacionais – por ele denominadas “tendências pedagógicas” – dividem-se em dois grupos principais, de acordo com sua visão em relação à sociedade capitalista: *Tendências Pedagógicas Liberais* e *Tendências Pedagógicas Progressistas*.

No primeiro grupo, das *Tendências Liberais*, o termo liberal utilizado não tem o sentido de democrático como costuma ser usado, explica o autor. A Pedagogia Liberal é uma manifestação da sociedade capitalista, que defende a liberdade e os interesses individuais numa sociedade dividida em classes, e entende que a escola tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais, de acordo com as aptidões individuais. Para tanto é preciso adaptar-se às normas da sociedade de classes pelo desenvolvimento da cultura individual. Embora apregoem a educação universalizada e igualitária as Pedagogias Liberais não consideram a desigualdade de condições das classes sociais. Neste grupo estão a *Pedagogia Tradicional*, a *Renovada* (com as vertentes *Progressivista* ou *Pragmatista* ou *Escola Nova*, e *Não-Diretiva*), e a *Tecnicista* (cuja base teórica é a psicologia behaviorista¹⁹). Esta última, muito associada à formação profissional em saúde, por atender bem ao modelo biomédico de assistência à saúde.

O grupo das *Tendências Pedagógicas Progressistas* designa as tendências que afirmam as finalidades sociopolíticas da educação, partindo da análise crítica das realidades sociais. Pela dificuldade de institucionalizar-se numa sociedade capitalista, essa pedagogia se configura como um instrumento de luta por transformações sociais. Este grupo de teorias é também denominado “teorias críticas da educação” (Libâneo, 1994). Nele estão incluídas as

¹⁹ Behaviorismo é o conjunto das teorias psicológicas que entendem o comportamento como o objeto de estudo mais adequado da Psicologia.

Tendências *Libertadora* (conhecida como *Pedagogia de Paulo Freire*), *Libertária* e *Crítico-Social dos Conteúdos*.

A ETIS, criada em decorrência do Projeto Larga Escala (PLE), manteve seus pressupostos pedagógicos e, em seu Projeto Político Pedagógico atual (2008), toma em definitivo como referência a *Pedagogia Libertadora ou Pedagogia de Paulo Freire*, que tem sido empregada em setores dos movimentos sociais na educação de adultos, e na educação profissional de nível técnico.

Nesta pedagogia o professor assume a tarefa de orientar o aprendizado dos educandos, centrando a atividade escolar na discussão de temas sociais e políticos. O ensino é voltado para a realidade social, tendo em vista a ação coletiva frente a essa realidade. A educação libertadora questiona a realidade das relações do homem com a natureza e com os outros homens, visando a transformação. Por isso é uma concepção de educação crítica. Importante não é a transmissão de conteúdos já sistematizados, mas a participação ativa dos educandos na sua consolidação (Libâneo, 1994). Nesta concepção de educação a relação professor e educando é horizontal, sendo ambos sujeitos do conhecimento. Também denominada de “educação problematizadora”, nesta pedagogia “aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, e só tem sentido se resulta de uma aproximação crítica dessa realidade” (Id., 1985, p. 35). O que se aprende não é por imposição ou memorização, mas pelo nível crítico de conhecimento ao qual se chega pela compreensão, reflexão e crítica.

Como afirma Paulo Freire (2000), o educando reelabora seu próprio conhecimento, passando de uma visão de mundo ingênua, acomodada ao mundo da opressão, para a práxis, que implica ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Uma educação que tenha como princípio o compromisso com a libertação da opressão não pode compreender o educando como depósito de conhecimentos, e sim deve facultar a ele a possibilidade de desenvolver seu poder de compreensão do mundo não a partir de uma realidade estática, mas de uma realidade que está em transformação, em processo.

Freire desenvolve o conceito de “educação bancária”, que sintetiza a crítica à educação tradicional. Na educação bancária o conhecimento é como um depósito bancário e existe independente dos sujeitos envolvidos no ato pedagógico, ou seja, é um ato desligado das pessoas envolvidas no ato de conhecer, tendo o educador um papel ativo, enquanto o educando simplesmente recebe passivamente o conhecimento (SILVA, 1999).

Como alternativa à concepção bancária de educação, o conceito de “educação problematizadora”, desenvolvido por Freire, tem uma perspectiva fenomenológica e está

baseado numa compreensão diferente do significado de conhecer. Para ele o conhecimento está sempre dirigido para alguma coisa, e não existe separação entre o ato de conhecer e aquilo que se conhece. O ato de conhecer envolve fundamentalmente o tornar presente o mundo para a consciência, e não é um ato isolado, individual. Conhecer envolve subjetividade e intercomunicação, mediada pelos objetos a serem conhecidos. Isso permite que o ato pedagógico seja dialógico na medida em que todos os sujeitos estão envolvidos no ato de conhecimento. O mundo não é comunicado ao educando. Ele e o educador criam um conhecimento do mundo dialogicamente (SILVA, 1999).

Se esta concepção de educação implica ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo, poderá então contribuir de modo decisivo para modificar o modelo de formação profissional em saúde, deixando para trás o modelo biomédico, baseado na cura, para abraçar um outro, que se volte para o cuidado integral?

3.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

A educação escolar no Brasil se constituiu de forma dual, como resultado de uma desarticulação histórica entre educação básica e educação profissional e foi se configurando de acordo com o modelo de desenvolvimento econômico do país. Por um lado, a educação do trabalhador, voltada para reproduzir a força de trabalho. Por outro lado, a educação de caráter geral, científico, reservada à formação das elites dirigentes (MOURA, 2007).

A educação profissional em saúde se insere no contexto do desenvolvimento da sociedade brasileira, em decorrência das relações de classe estabelecidas. No Brasil do século XIX, de acordo com Pimenta (1998), o trabalho em saúde era realizado segundo uma hierarquia de práticas de cura. A posição mais conceituada era a dos médicos, e a dos curandeiros a menos valorizada. Entre um e outro havia os cirurgiões, boticários, sangradores (que eram também dentistas), e parteiras. Esta hierarquia estabelecida estava diretamente relacionada à posição social do terapeuta. Escravos, negros alforriados e mulheres exerciam atividades menos prestigiadas como os ofícios de sangrador, parteira e curandeiro. Médicos, cirurgiões e boticários consideravam seus saberes superiores, praticavam a medicina acadêmica e eram geralmente pessoas de posição econômica privilegiada. A formação profissional desses terapeutas era baseada no modelo mestre-aprendiz no que se refere a curandeiros, sangradores e parteiras. Para médicos-cirurgiões havia formação de ensino superior feita no exterior, e no Brasil, a partir de 1808, quando foi criado o Curso Médico de Cirurgia na Bahia e instituída, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, uma Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, contribuindo para a instalação de dois centros médico-cirúrgicos,

matrizes das atuais Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (FÁVERO, 2006, p. 20).

A divisão da sociedade em classes se reflete numa divisão social do trabalho, e se revela claramente no âmbito da formação profissional em saúde. Isto acontece especialmente na história da enfermagem. Pereira e Ramos (2006) esclarecem que inicialmente não havia um ensino sistematizado das atividades de enfermagem. O que havia era um treinamento realizado em instituições femininas e religiosas, para jovens que recebiam orientação essencialmente prática, numa relação mestre-aprendiz, sem que houvesse nenhuma preocupação com a transmissão de conhecimento teórico. Já no século XIX na Inglaterra, com a criação da primeira escola de enfermagem por Florence Nightingale (a *Nightingale School for Nurses*, anexa ao St. Thomas's Hospital, em Londres) registrou-se um modelo de formação em que se percebe claramente que a divisão social determinou a divisão técnica do trabalho. Nesta escola, alunas da alta classe burguesa (*ladies*) pagavam pelo ensino, e alunas da camada popular (*nurses*) tinham gratuidade no ensino e moradia. Às *ladies* destinavam-se os postos de comando. Às *nurses* cabia o cuidado²⁰, o trabalho manual. Na enfermagem a divisão de tarefas ajudou a consolidar a divisão entre o trabalho que requer pouca qualificação (procedimentos técnicos) exercido por auxiliares, e o trabalho especializado (coordenação) exercido pelas enfermeiras, levando com isto à naturalização do trabalho desenvolvido por profissionais de nível médio e fundamental da saúde. No Brasil, torna-se evidente ao se analisar a história da formação profissional que o tipo de formação dos trabalhadores foi se configurando em decorrência do modo de produção vigente e sua produção social, onde as ocupações manuais recebiam um tratamento discriminatório, e a aprendizagem das profissões foi sendo efetivada por meio das Corporações de Ofício (PEREIRA e RAMOS, 2006).

Em relação à formação em saúde, a criação de algumas escolas no início do século XX pode ser destacada como marco da formação em enfermagem: Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital dos Alienados (Rio de Janeiro) e Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano (São Paulo); Escola de Parteiras (São Paulo); e a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery no Rio de Janeiro (em 1923). Nesta última os cursos tinham duração de 36 meses, preparavam profissionais para atender à demanda da Saúde Pública, e o diploma de normalista era pré-requisito para as candidatas. Como a expansão desse tipo de escola não se tornou uma política pública, foram criados cursos de 18 meses

²⁰ Neste momento, o sentido de cuidado refere-se aos procedimentos técnicos dirigidos ao paciente.

para formar trabalhadores para a assistência em hospitais. Para o ingresso nesses cursos era necessário ter apenas o ensino primário concluído.

Na década de 1940 o ensino técnico organizou-se com base nas Leis Orgânicas do Ensino²¹. No entanto estas “leis” se referiam especificamente à formação de profissionais para a indústria, comércio, agricultura e formação de professores. Porém destacam-se, a partir dessa década, alguns cursos de qualificação de trabalhadores na área da saúde, como os cursos de formação de atendentes, realizado em algumas instituições no Rio de Janeiro, como a Legião Brasileira de Assistência (LBA). O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado em 1942, e alguns programas de extensão de cobertura na década de 1970 foram eventos de significativa influência na qualificação profissional para o trabalho em saúde. Nesse sentido, na visão de Pereira e Ramos (2006), os mundos do trabalho, da saúde e da educação se cruzaram de maneira contraditória sendo necessário lutar contra a visão ideológica da naturalização do trabalho dos profissionais de nível médio e fundamental da saúde, preparados para a vida profissional por meio da realização de treinamentos rápidos, que proporcionam qualificação mecânica.

Como alternativa ao ensino profissional ofertado nesta ótica tecnicista, na década de 1980 surgiu uma proposta de qualificar os trabalhadores de nível elementar e médio, inseridos nos serviços de saúde, mas que não possuíam qualificação específica, o *Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala*. Esse projeto resulta de um processo histórico que remonta ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) em 1975, constituindo-se numa das fases desse programa (GUIMARÃES, 2009), e foi sendo construído no decorrer da sua implantação nos estados.

Bassinelo e Bagnato (2009) relatam que o Projeto Larga Escala (PLE), foi elaborado em 1981, fruto de reformulação dos serviços de saúde visando a extensão de cobertura por meio da implantação de uma rede básica de unidades de saúde, com prioridade para as populações rurais de pequenos centros e da periferia das grandes cidades. Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte, foram os primeiros estados a implementá-lo, inicialmente direcionando a formação para os visitantes sanitários. Com o objetivo inicial de elevar o nível de qualificação e escolaridade do pessoal de enfermagem em serviços ambulatoriais públicos, o Projeto Larga Escala posteriormente ampliou-se para outras áreas, inclusive a Odontologia. As autoras afirmam que o Larga Escala não se configurou como política pública, passando muitas dificuldades e entraves como a descontinuidade da proposta motivada por mudança de

²¹ Conjunto de oito Decretos-lei, baixados entre 1942 e 1946 pelos ministros Gustavo Capanema e Raul Leitão da Cunha respectivamente, que reorganizaram o ensino profissional, primário e médio.

governo, a falta de financiamento ou ainda a fragmentação do processo de implantação, que dependia da adesão de cada estado. Deste modo, o PLE não foi propriamente um programa, mas “uma estratégia de formação, uma experiência pedagógica, um movimento ou idéia, visando qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde, em consonância com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira” (BASSINELO e BAGNATO, 2009, p.621).

O PLE foi desenvolvido com base na Lei 5.692/1971 que, como esclarece Freitag (1986), previa a via supletiva de ensino, compreendendo quatro formas ou modalidades de ensino: *Aprendizagem* (compreendida como a formação metódica para o trabalho, como em cursos de treinamento do SENAI e SENAC), *Qualificação* (referindo-se a cursos especiais de profissionalização, onde conhecimentos de cultura geral são secundários, como no PIPMO²²), *Suplência* (alfabetização e escolarização de jovens e adultos, como praticada no MOBREAL²³) e *Suprimento* (cursos de reciclagem e aperfeiçoamento em qualquer nível). Por esta via foi possível a implementação do Projeto Larga Escala (PLE) para qualificação de trabalhadores da área da saúde, que acabou por implicar na criação das Escolas Técnicas do SUS, dentre as quais, a ETIS.

Para concretizar o PLE foi necessária uma articulação de propósitos de estruturação dos Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde nas Unidades Federadas, com organização escolar que possibilitasse o desenvolvimento dos cursos de maneira descentralizada; de preparação dos profissionais de nível universitário dos serviços de saúde para serem instrutores/supervisores por meio da Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor para a área da saúde; e de elaboração de materiais instrucionais, os guias curriculares (PEZZATO, 2001).

No Projeto Larga Escala a formação profissional se daria no ambiente de trabalho, caracterizando a integração ensino-serviço, observando-se o desenvolvimento de estratégias pedagógicas que facilitassem a apropriação do conhecimento pelo educando trabalhador (problematização), ao mesmo tempo em que “possibilitassem a crítica às condições de trabalho, ao invés de se promover a adaptação ao existente, com seus fetiches e suas formas de alienação” (PEREIRA, 2006, p. 76). Assim, para a principal idealizadora do projeto, enfermeira Izabel dos Santos, era necessário promover uma formação adequada aos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, de forma que se revertisse a situação de risco em que se encontrava a população atendida naqueles serviços:

²² PIPMO: Programa Intensivo de Preparação da Mão-de-obra.

²³ MOBREAL: Movimento Brasileiro de Alfabetização.

A transmissão do conhecimento pura e simples não dava conta, pois esses trabalhadores apresentavam um déficit muito grande na educação geral, muitas vezes não entendiam o que se falava... Então a gente tinha que fazer um tipo de ensino que possa se ajustar à característica desse trabalhador, que era muito concreto (precisa cheirar, tocar, para melhor compreender), era preciso trazer para o concreto o conhecimento a ser transmitido, e aí sim, a partir daí ir teorizando com ele (SANTOS, 2000 apud PEREIRA e RAMOS, 2006, p.51).

Nogueira (2002) acredita que a proposta do Larga Escala constituiu-se num dos focos da Política de Recursos Humanos de Saúde, a qual, quando leva em conta a dimensão da qualidade, só pode ser conduzida a contento com base numa articulação com os setores de Educação e Trabalho.

Para que esta articulação frutifique é necessário haver formação pedagógica dos profissionais que irão atuar nessas escolas, identificando na educação processos de ensino-aprendizagem adequados ao setor saúde que, lidando com vidas humanas, não pode deixar de lado alguns protocolos clínicos²⁴, ao mesmo tempo em que não pode ignorar a necessidade de promover uma formação integral, visando compreender e transformar as relações sociais configuradas em nossa sociedade.

O PLE surgiu como uma opção de modelo formativo em que os treinamentos não eram um fim em si mesmo, mas possibilitavam aos educandos analisar criticamente as propostas dos serviços de saúde face às reais necessidades da população a que serviam, participando da construção de um modelo alternativo de assistência (SÓRIO, 2002), superando a visão do trabalho em saúde como resultante de simples treinamento mecânico como até então se verificava.

A ETIS herdou do PLE suas concepções de educação e vem aprofundando estudos sobre as bases teóricas da educação, com vistas a aprimorar seu trabalho. Em seu Projeto Político-Pedagógico, se propõe a realizar o processo ensino-aprendizagem com base numa pedagogia crítica, que faculte aos seus educandos a aquisição de conhecimentos para além da técnica, incentivando a compreensão da realidade, embasando-os cientificamente, buscando a transformação do modelo hegemônico de atenção à saúde. A Escola espera assim contribuir para a prática do cuidado integral em saúde.

²⁴ Protocolos clínicos são o consenso sobre a condução da terapêutica para determinada patologia. Estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Destinam-se a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. (PROTÓCOLOS clínicos, 2009)

Muitos debates se travaram em torno das concepções de políticas educacionais, incluindo aí a educação profissional no que se refere à sua articulação com o ensino regular, em busca da superação da dualidade no ensino. Atualmente a educação profissional está prevista na LDB 9.394/1996, com as alterações da Lei 11.741/2008, como uma modalidade de ensino, desenvolvendo-se por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores; de educação técnica de nível médio e de educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação. Os cursos de formação inicial e continuada de trabalhadores independem da escolaridade e poderão ser ofertados segundo itinerários formativos. A educação técnica de nível médio desenvolve-se de forma articulada com o ensino médio de maneira integrada, concomitante ou subsequente.

Analisando-se a trajetória da educação profissional no Brasil, é possível verificar que as dificuldades para se instituir um sistema de ensino que atenda às necessidades educacionais da população são muitas, passando por questões sociais, por interesses privados, pelas mentalidades pedagógicas cientificistas e liberais, adeptas da “desestatização” do ensino, hegemônicas no Brasil, e também pelo sempre insuficiente financiamento do ensino. Com esses empecilhos, a escola de modo geral acaba por contribuir para a divisão e manutenção das diferenças, tirando de muitos a chance de aquisição de conhecimentos.

É preciso então adotar estratégias pedagógicas que incentivem o pensamento crítico por parte dos docentes que estarão à frente do processo de formação em saúde, e que em sua maioria tiveram uma educação escolar tradicional, para que possam construir junto aos educandos uma nova forma de compreender o cuidado em saúde.

3.3 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL EM ODONTOLOGIA

A Odontologia, além do Cirurgião-dentista, conta com profissionais auxiliares que participam do processo de trabalho compondo a equipe de saúde bucal. Atualmente os profissionais dessa categoria são o Técnico em Prótese Dentária (TPD), o Auxiliar de Prótese Dentária (APD), o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Carvalho (1998) relata que as ações odontológicas sempre estiveram de algum modo marcadas pela presença de variados tipos de auxiliares, que vão do ajudante no transporte de equipamentos (muitas vezes encarregados de “chamar a atenção” da população para os serviços oferecidos em feiras e mercados) ao assistente realizando tarefas sob delegação, passando ao longo do tempo por um processo de profissionalização. Este processo se

desenvolveu em algumas etapas. Para Chaves (1986, p.150-153) são cinco as etapas de profissionalização na Odontologia, em escala crescente de aperfeiçoamento:

- 1) Ocupação indiferenciada (Odontologia praticada por pessoal leigo – curandeiros);
- 2) Diferenciação ocupacional (Odontologia como ocupação principal no modelo mestre-aprendiz);
- 3) Inicial de profissionalização (a partir da criação de cursos de Odontologia, a prática profissional é facultada a profissionais com pelo menos dois anos de curso, havendo disputa entre duas categorias: profissionais e não profissionais – práticos);
- 4) Intermediária de profissionalização (Odontologia consolida-se como profissão de nível superior e já se identifica a utilização ainda incipiente de auxiliares de consultório e protéticos);
- 5) Avançada de profissionalização (Odontologia como profissão de elevado *status* na sociedade. Ocorre o desenvolvimento de ensino de pós-graduação e maior delegação de tarefas a pessoal auxiliar, com o surgimento de pessoal de nível técnico – técnico em higiene dental).

No Brasil, a prática odontológica adotou os elementos estruturais da Medicina Flexneriana na assistência privada e no serviço público, com a característica de apresentar o trabalho centrado na figura do cirurgião-dentista, sem o emprego de pessoal auxiliar. O primeiro tipo de atendimento odontológico prestado nos serviços públicos ficou caracterizado por enquadrar-se naqueles moldes, sendo oferecidos em instituições da tradicional Saúde Pública e nas primeiras instituições previdenciárias da década de 20, as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Carvalho (1998) afirma que somente na década de 1950 iniciou-se a incorporação de auxiliares na área de Odontologia nos serviços públicos, quando o SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) introduziu a Auxiliar de Higiene Dentária, mediante “treinamento”, com funções de aplicação de tópica de flúor e profilaxia dentária, apesar da prática odontológica ainda permanecer centrada no cirurgião-dentista. Esses treinamentos eram feitos em seis meses, com capacitação em serviço, e aconteciam na Faculdade de Odontologia da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Não existe um consenso em relação ao que se considere como primeiro curso de formação de pessoal auxiliar em Odontologia. Loures e Silva Freire (1964, apud Pezzato, 2007) consideram que o primeiro curso de preparação de pessoal auxiliar em Odontologia nos moldes acima aconteceu em 1955.

Para Leite e Pinto (1983) desde 1969 existia no Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Porto Alegre – RS, curso para formação de Atendente de Consultório Dentário, com carga horária de 480 horas. Os autores afirmam que posteriormente aconteceram também em Belo Horizonte, alguns cursos para formação de pessoal auxiliar no Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, e ainda na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Chaves (1986, p.175) afirma que em 1973 na Universidade do Trabalho, em Minas Gerais, por ocasião da 7ª Reunião da Comissão de Laboratório de Currículos, designada pela Portaria nº 652 do Ministério da Educação e Cultura, realizaram-se as primeiras proposições para a formação de profissionais de nível médio em Odontologia. A Escola Nacional de Saúde Pública ocupou-se da tarefa de organizar a estrutura ocupacional da área da saúde, que na Odontologia, na época, ficou assim definida: para o campo clínico, o Técnico em Higiene Dental, o Auxiliar em Higiene Dental e o Atendente Odontológico; para o campo da prótese de laboratório, o Técnico em Laboratório de Prótese, o Auxiliar em Laboratório de Prótese, e o Serviçal.

Naquela ocasião, segundo Pezzato (2001), criou-se o curso de Atendente de Consultório Dentário e de Técnico em Prótese Dentária. A proposta consistia no desenvolvimento de um currículo para o curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), com formação multiprofissional, que estabelecia uma integração entre graduação, formação de pessoal auxiliar e especialização desde o primeiro período do curso, numa proposta inovadora que chegou a ser realizada, mas não teve continuidade.

O primeiro curso de THD formalmente reconhecido pela área da Educação aconteceu em 1984 no Paraná, mas a exigência de diploma para se inscrever nos Conselhos de Odontologia teve início apenas em 1987. Até então bastava uma carta de um cirurgião-dentista comprovando a experiência de um ano na função. O primeiro movimento no sentido de regulamentar a formação do THD e do ACD ocorreu em 1975, com o Parecer nº 460/75 do Conselho Federal de Educação (CFE) sob a vigência da Lei 5.692/71, apresentando um conjunto de diretrizes para criar, disciplinar e regular o funcionamento de cursos destinados à formação do Técnico em Higiene Dental e do então denominado Atendente de Consultório Dentário, estabelecendo o perfil, currículos mínimos e critérios para formação de pessoal auxiliar odontológico (Id., Ibid.).

Pezzato (2001) destaca que a justificativa para criar a figura do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário era aumentar o acesso da população aos

serviços de saúde bucal, baixando os custos. Porém, o número de técnicos inscritos atualmente em todos os Conselhos Regionais do Brasil apresenta o equivalente a um THD para atender a 23,6179 Cirurgiões-dentistas, segundo dados do CFO, conforme pode-se verificar a partir da tabela²⁵ a seguir:

Tabela 1 – Dados estatísticos de profissionais inscritos no Conselho Federal de Odontologia

Categoria Profissional	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Cirurgião-dentista (CD)	101.690	128.443	230.133
Técnico em Prótese Dentária (TPD)	13.152	5.612	18.764
Técnico em Saúde Bucal (TSB)	618	9.126	9.744
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	3.781	72.198	75.979
Auxiliar de Prótese Dentária (APD)	3.328	518	3.846
Total	122.569	215.897	338.466

Fonte: Conselho Federal de Odontologia, 2009.

Esta autora destaca ainda que o SUS é o principal empregador desses profissionais. Contudo, pode-se observar ainda hoje nos serviços públicos o THD assumindo as funções do ACD sendo, portanto subaproveitado, e este com pouca ou nenhuma qualificação.

A postura conservadora e a resistência ao emprego de pessoal auxiliar podem ainda ser observadas na “classe” odontológica, especialmente em relação ao Técnico em Higiene Dental. Nos anos 1980, o pensamento predominante estava assim explicitado: “[...] além de prostituírem a odontologia, daria ensejo ao serviço público diminuir cada vez mais o mercado de trabalho do cirurgião-dentista [...] e à formação de falsos profissionais (THD), colidindo frontalmente com a dignidade de nossa profissão [...]” (AOPSP, 1988 apud NARVAI, 2003:485). Naquela ocasião as objeções ao THD estavam assim colocadas (Narvai, 2003):

- 1) rouba o mercado de trabalho que é por direito do cirurgião-dentista;
- 2) vai se transformar em falso dentista (“prático”);
- 3) não é capaz de realizar trabalhos com a mesma qualidade que o cirurgião-dentista;
- 4) põe o cirurgião-dentista em risco perante a justiça, pois este é responsável pelo trabalho que aquele realiza.

²⁵ Dados obtidos por email a partir de consulta realizada por telefone ao Conselho Federal de Odontologia em 08 dez 2009.

É preciso considerar que sob os princípios do SUS, tendo em vista a integralidade como orientadora das práticas de trabalho e de formação profissional em saúde, não é mais plausível manter-se uma postura conservadora entre os profissionais de saúde bucal. O Técnico em Higiene Dental é um profissional que tem sido pouco aproveitado, como observado por Pezzato (2001), e sua ação tal como prevista nas atribuições definidas pelo CFO pode contribuir para melhorar o processo de trabalho.

No caso da Odontologia o órgão regulador da profissão é o Conselho Federal de Odontologia²⁶ (CFO), que somente em 1984 considerou as diretrizes do Parecer nº 460/75 do CFE e regulamentou o exercício das atividades desses profissionais por meio da Decisão nº 26, aprovando normas para habilitação ao exercício do ACD e do THD, e estabelecendo a obrigatoriedade de inscrição e pagamento de anuidade aos Conselhos Regionais (PEZZATO, 2001).

É importante ressaltar que essas categorias não possuíam legislação regulamentado-as como profissão no Ministério do Trabalho até dezembro de 2008. Embora houvesse normatização dos cursos de formação pelo Ministério da Educação, e do exercício profissional pelo Conselho Federal de Odontologia, essas categorias possuíam apenas inscrição no Ministério do Trabalho que as cadastrava como ocupações, por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Desde 1989 tramitaram no Congresso Nacional projetos de lei visando regulamentar essas profissões. Decorreram, portanto, 20 anos para que se aprovasse definitivamente um projeto que promovesse a tão sonhada regulamentação quando foi decretada a Lei nº 11.889, em 24 de dezembro de 2008, regulamentando o exercício das profissões de TSB e ASB.

O CFO vem, por meio de Atos Normativos, regulando o exercício das atividades profissionais dos profissionais auxiliares. Em 2003 alterou a denominação de Atendente de Consultório Dentário para Auxiliar de Consultório Dentário, por meio da Decisão nº 47. No ano de 2004, com a Decisão nº 61 o CFO determinou que a carga horária mínima para a qualificação profissional do ACD seja de 300 horas e a máxima de 600 horas. Em 2006, com a Decisão nº 40, ficam os Conselhos Regionais autorizados a deferirem inscrição principal, como Auxiliar de Consultório Dentário a quem requerer, apresentando certificado de curso

²⁶ O CFO e os conselhos regionais formam em conjunto uma autarquia. Foram criados pela Lei 4.324 de 14 de abril de 1964 e posteriormente instituídos pelo Decreto 68.704 de 03 de junho de 1971. Sua finalidade é a supervisão da ética odontológica em todo o território nacional, e por meio de suas diversas câmaras técnicas atuam junto ao MEC e seus órgãos para solução de problemas relacionados à legislação e ao ensino odontológico; para acompanhar e sugerir mudanças nas políticas de saúde; para analisar e emitir pareceres nos processos de registros de THDs e ACDs, e apresentar sugestões à Diretoria relacionadas ao exercício dessas profissões (CFO, 2009).

específico ou declaração do exercício da atividade firmada por cirurgião-dentista, nos dois casos, juntando-se cópia de certificado de conclusão, no mínimo, de ensino fundamental. A declaração referida atestará a capacidade do interessado em desempenhar as funções de auxiliar de consultório dentário.

A partir de março de 2009 não é mais possível requerer registro de Auxiliar de Saúde Bucal com declaração de exercício de atividade assinada por cirurgiões-dentistas. O registro somente poderá ser obtido com apresentação de certificado, conforme o artigo 1º da Resolução 85/2009 do CFO (que altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos Capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia).

Sá (2000) assinala que a educação profissional recebeu na LDB 9.394/96, tratamento particularizado, podendo ser desenvolvida em articulação com o ensino regular ou em modalidades que completem estratégias de educação continuada, em escolas do ensino regular, em instituições especializadas ou nos ambientes de trabalho. As Escolas Técnicas de Saúde já assumem este papel, mas a atual legislação fortalece sua missão de formadora de trabalhadores qualificados.

A normatização do ensino profissional para pessoal auxiliar em Odontologia é feita atualmente por meio da Legislação da Educação Profissional; das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico Área da Saúde; dos Referenciais Curriculares Nacionais de Educação Profissional de Nível Técnico; do Perfil de Competências Profissionais para Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário do Ministério da Saúde.

A combinação das transformações no mundo do trabalho e a implementação da política setorial da saúde, promovendo expansão de cobertura, com priorização da atenção básica e abertura de novos postos de trabalho, via implantação da Estratégia da Saúde da Família, aprofundou questões pré-existentes como as desigualdades de ofertas para formação profissional na área da saúde. Decorrente disto, em 2004, o Ministério da Saúde iniciou um projeto a nível nacional de formação de pessoal auxiliar na área de saúde bucal. Algumas Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS implementaram turmas para qualificação técnica do Auxiliar de Consultório Dentário e habilitação profissional de Técnico em Higiene Dental. Essa oferta de cursos de formação nas ETSUS tinha com objetivo suprir a demanda criada pela expansão de cobertura, com a característica de buscar mudanças na prática de formação profissional.

Hansen (2002), do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde do Rio Grande do Norte, em estudo sobre interações entre formação, prática e condições de trabalho dos Auxiliares de Consultório Dentário, verificou que há uma influência positiva da formação

na construção da autonomia profissional deste trabalhador, interpretada como a capacidade de transcender a simples repetição das técnicas desenvolvidas durante o trabalho. Verificou ainda que os significados atribuídos à formação remetem à qualificação para o trabalho, para além da capacidade de realizar as técnicas. Os trabalhadores passam a ter maior visibilidade. São reconhecidos profissional e socialmente e passam a ter condições de interferir mais ativamente nos processos sociais, podendo crescer no plano individual, profissional e no exercício da cidadania.

Para Narvai (2003), após a experiência da Odontologia no Projeto Larga Escala e a posterior criação do SUS, com a atribuição de “ordenar a formação de recursos humanos” prevista na Lei Orgânica da Saúde, foram impulsionados os programas de formação de pessoal auxiliar odontológico pelas Secretarias de Saúde e instituições privadas, com cursos aprovados pelos Conselhos Estaduais de Educação em vários estados.

O Programa Saúde da Família (PSF), além dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), é hoje sem dúvida, grande impulsionador da formação de pessoal auxiliar na área da Odontologia. A equipe multiprofissional do PSF atende hoje a quase 48% da população brasileira, com 29.275 equipes implantadas, segundo dados de março de 2009 do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). As equipes de saúde bucal na modalidade I (um cirurgião-dentista e um ACD) são em número de 16.393 e na modalidade II (um cirurgião-dentista, um ACD e um THD) são 1.425²⁷, com previsão de expansão.

A ampliação anunciada na formação desses profissionais, com a implementação dos programas de profissionalização para trabalhadores de nível médio do governo federal, leva à reflexão sobre o tipo de formação a ser oferecida pelas instituições públicas, tornando-se fundamental pensar para quem e para quê se quer formar esses profissionais: para a obtenção de excelência técnica apenas ou, além disso, para uma formação humanizada, partindo de um conhecimento emancipatório, comprometido com o cuidado com o outro?

Se o que se deseja é formar para o cuidado, pensar a formação dos profissionais de saúde bucal é pensar que

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004, p.3).

²⁷ Dados do DAB/MS, de março de 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: mar. 2009.

Segundo Narvai (2006), no Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal está explicitado que a Saúde Bucal Coletiva busca romper com a prática odontológica hegemônica, realizando o trabalho odontológico a partir das necessidades de todas as pessoas, e opondo-se à lógica de mercado (caracterizada pela mercantilização dos serviços e manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas elites). Para isto, um dos caminhos está na formação de profissionais de saúde bucal, inclusive os de nível médio.

Dáí a importância das instituições de formação de pessoal para a área da saúde. Como estão sendo formados os profissionais que por elas passam? Estarão esses profissionais sendo formados para atender às necessidades da população dentro dos princípios do SUS? Para acolher o paciente realizando os atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar, acompanhar?

3.4 EDUCAÇÃO E SAÚDE: BUSCANDO O ENCONTRO

Considerando que a proposta pedagógica da ETIS esteja fundamentada numa concepção de educação que implica ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo, pode-se pensar que esta transformação desejada se refira, dentre outras coisas, a uma mudança nas práticas de saúde, que tem especificidades importantes a serem consideradas. Nessa perspectiva, como aliar uma concepção de educação transformadora com questões técnicas, sem que se perca de vista o cuidado integral?

Ceccim (2008) considera válida a emergência de um novo domínio do conhecimento denominado de *Educação e Ensino da Saúde*, onde educação e saúde se articulem no sentido de adotar práticas pedagógicas que atendam às necessidades específicas do setor saúde sem, contudo, desconsiderar a importância de uma formação integral do trabalhador da saúde e, sobretudo sem perder de vista a perspectiva do cuidado em saúde, como proposto pela Reforma Sanitária.

A formação de profissionais de saúde tem características peculiares. Ceccim (Ibid.) aponta que o setor da saúde não se ocupou de pensar a educação profissional “como uma subárea da grande área da saúde”, o que levou a uma conceitualização de ensino como treinamento. Por outro lado, “a educação, como grande área de especificidade do conhecimento também não se ocupou de pensar uma reforma do ensino que compreendesse a natureza da reforma sanitária para lhe fazer conseqüente suporte intelectual ou instigante tensionamento educativo” (CECCIM, 2008, p. 10). Este autor considera que “faltava-nos, e ainda falta, o ‘encontro’ (catalisação de potências) entre as acumulações de luta no interior da área da saúde e no interior da área da educação” (Id., Ibid., p. 11). Ou seja, falta-nos o

encontro entre os campos do conhecimento intelectual sanitário/intervenção social e os campos da produção intelectual educacional/ação pedagógica. O autor argumenta que o histórico de lutas sociais, intelectuais, sanitárias e educacionais produziu uma interseção entre Educação e Saúde. Essa interseção se expressa na grande área da Saúde, na área de Saúde Coletiva. Na grande área da Educação, esta interseção justifica um tópico especial de Educação e Ensino da Saúde como subárea interdisciplinar entre Educação e Saúde Coletiva. Assim, educar para o trabalho em saúde seria

[...] a formação de um quadro de intelectuais do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto tecnoassistencial correspondente a esse projeto de sociedade, fundamentalmente uma sociedade de cidadãos. Profissionais, portanto, detentores de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas, estando a qualidade de vida na antecedência de qualquer padrão técnico a aprender ou a exercer (CECCIM, 2008, p. 13).

Segundo seu atual projeto político-pedagógico, a ETIS pretende proporcionar aos educandos uma visão política de seu papel como trabalhador da saúde, facultando-lhes a construção de conhecimentos que lhes sirvam de suporte para buscar as transformações necessárias para se chegar a uma sociedade mais igualitária, em que a prática do cuidado contemple todas as dimensões do ser humano.

4 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE BUCAL: A EXPERIÊNCIA DA ETIS

*Formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas.
(FREIRE, 2001)*

Neste capítulo apresento a experiência da Escola de Formação Técnica em Saúde Enfª Izabel dos Santos na construção do currículo do curso para formação de Técnico em Higiene Dental.

Para tanto faço uma exposição de seus pressupostos teóricos, suas origens e mediações que levaram à atual organização, a saber: integração ensino-serviço, currículo integrado e educação problematizadora, com intenção de proporcionar o entendimento da opção pedagógica feita pela Escola, de que forma foram construídas as relações entre sua proposta pedagógica e seu referencial teórico e, de qual seria o alcance desta concepção de educação profissional na produção do cuidado em saúde.

4.1 CONHECENDO A ETIS

A Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” (ETIS) é uma instituição pública, responsável pela Educação Profissional Técnica de Nível Médio no Estado do Rio de Janeiro. Criada em 1989, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, em decorrência do “Projeto de Formação de Trabalhadores de Nível Médio em Larga Escala”, integra hoje a *Rede de Escolas Técnicas do SUS* (RETSUS), e expande sua ação pela descentralização de turmas em todo o Estado por meio dos *Centros de Execução Programática Descentralizados* (CEPDs). Tem por meta formar profissionais que sejam capazes de refletir sobre sua atuação e transformar o meio em que vivem e trabalham, tendo em vista a construção de uma sociedade democrática. O público alvo da ETIS, preferencialmente, são trabalhadores de nível médio inseridos no SUS, ou em processo de admissão a ele, que exercem função em determinadas áreas da saúde sem a qualificação necessária (ETIS, 2001).

A origem da ETIS está na Escola de Auxiliares de Enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), criada em 1954, que atuava de forma expandida por meio dos Núcleos de Ensino para hospitais da rede do INAMPS/MS (Ipanema, Lagoa, Bonsucesso e INCa), além da sede no HSE. Sua missão era formar Auxiliares de Enfermagem para o INAMPS, com demanda externa e interna em momentos alternados. Com a assinatura do convênio SUDS 01/88, passa a ser vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, passando a atender exclusivamente à demanda da rede do Sistema Único de Saúde.

Por meio do Decreto nº 13.802, de 01/11/1989, o Governo do Estado do Rio de Janeiro criou a Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos”, com sede no bairro de Botafogo, município do Rio de Janeiro, incorporando os Núcleos de Ensino do INAMPS/MS da antiga Escola de Auxiliares de Enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado, além de implementar os CEPDs, num processo de interiorização da formação de trabalhadores de nível médio da área de saúde. Dos quatro núcleos de ensino originais, hoje mantém-se apenas os do próprio HSE e do Hospital Geral de Bonsucesso.

Embora tenha se originado de uma escola de formação de Auxiliares de Enfermagem, em seu primeiro regimento e projeto de cursos – aprovados pelo Parecer CEERJ 150/90, amparada por toda a legislação cabível, a ETIS já oferecia cursos de qualificação profissional para Atendente de Consultório Dentário (ACD), Técnico em Higiene Dental(THD), Técnico em Administração (TAD), Técnico em Radiologia, Técnico em Citologia-Citotécnico, além de Auxiliar de Enfermagem.

Neste regimento a finalidade da Escola é “ministrar cursos de qualificação por via supletiva de ensino²⁸ à clientela já engajada na força de trabalho e/ou em processo de admissão nas instituições públicas de saúde”. O princípio pedagógico é o trabalho, pois a construção do conhecimento se dá a partir das experiências próprias dos trabalhadores e na vivência dentro das unidades assistenciais, respeitando o ritmo de aprendizado de cada educando. A construção do conhecimento se dá ainda de forma coletiva pela problematização da realidade, e de forma reflexiva, buscando a formação de cidadãos capazes de transformar a realidade. Em razão de uma de suas metas ser a qualificação da assistência, a utilização da estratégia de integração ensino-serviço é privilegiada por esta Escola (ETIS, 1990).

De acordo com o regimento, o processo de ensino-aprendizagem é conduzido “com base na interação entre prática e reflexão, levando à sistematização do conhecimento, para o alcance da prática modificada e transformada”. Há flexibilidade em relação aos planos de curso e ao plano de execução. Sempre que necessário os planos de curso poderão ser alterados (e novamente submetidos à apreciação dos órgãos competentes) e a execução dos cursos é independente do ano civil, atendendo às peculiaridades da Escola, que efetiva seus cursos de maneira descentralizada, para atender ao Sistema Único de Saúde.

A avaliação da aprendizagem se dá num processo contínuo, englobando os diversos aspectos do desempenho do educando ao longo do curso. Os resultados são registrados em

²⁸ Sob a vigência da Lei 5.692/71, a via supletiva de ensino compreendia quatro modalidades (Aprendizagem, Suprimento, Qualificação e Suplência) e tinha como função, além de suprir a escolarização para adolescentes e adultos que não a tivessem concluído na idade própria, proporcionar estudos de aperfeiçoamento ou atualização.

fichas individuais cumulativas, e traduzidos em conceitos. Aos educandos com aproveitamento insuficiente é oferecida recuperação, que acontece paralela ao processo, mediante acompanhamento contínuo, com o apoio de técnicas adequadas à ação pedagógica (ETIS, 1990).

Os cursos de nível técnico para a área de Odontologia na ETIS tiveram início a partir de 1990, com a implantação de turmas para formação de Técnico em Higiene Dental nos municípios de São Fidélis, Itaperuna e Campos; e para formação de Atendente de Consultório Dentário em Saquarema e Macaé, segundo documentação arquivada na secretaria escolar. O currículo era organizado em disciplinas (conforme Parecer nº 460/75 CFE) como: *Noções de Anatomia e Fisiologia; Higiene Dentária; Noções de Microbiologia, Parasitologia e Fundamentos de Enfermagem; Odontologia Social; Materiais Dentários, Equipamentos e Instrumentos; Psicologia; Técnicas Auxiliares em Odontologia e Redação e Expressão* (opcional, de acordo com o grupo de educandos, como reforço); além do *Estágio Supervisionado*, realizado em unidades de saúde.

A partir de 1994 a Escola deu início à elaboração do currículo interdisciplinar, denominado correlacionado, que foi utilizado na implementação de turmas de ACD, nos municípios de Campos e Barra Mansa, a partir de 1996. Nesta forma de organização curricular, as disciplinas eram organizadas em torno de temas, e a prática vinha logo a seguir numa perspectiva de interdisciplinaridade e integração teoria-prática, com o objetivo de promover a integração entre os conteúdos, minimizando assim, a fragmentação do conhecimento. Para elaborar esse tipo de currículo para os cursos da área de Odontologia, os técnicos da ETIS tomaram como base a lógica de construção do currículo interdisciplinar da área de Enfermagem da própria Escola, e do currículo com organização integrada para formação de THD do Projeto Larga Escala, elaborado pelo Ministério da Saúde, concretizado no *Guia Curricular para Formação de Técnico em Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS*²⁹, em 1994 (ANEXO B). Desta forma, baseado em um currículo integrado (MS) e um currículo interdisciplinar (ETIS), buscou-se construir um currículo interdisciplinar (correlacionado) para a área de Odontologia, em que as fronteiras entre as disciplinas fossem menos marcadas, e a relação entre os conteúdos fosse mais aberta.

Cabe neste momento abrir um parêntese na apresentação da experiência da ETIS e comentar uma discussão desenvolvida por Isabel Brasil Pereira (2004) a respeito das

²⁹ Currículo cujos fundamentos aproximaram-se do modelo curricular integrado de Bernstein, segundo estudo realizado por Eliana Maria de Oliveira Sá (2000).

tendências curriculares nas Escolas Técnicas do SUS, para promover algumas reflexões. Segundo a autora, nas ETSUS “a fragmentação dos conteúdos é atribuída ao currículo por disciplinas”, sendo apontada como uma forma indesejável de articulação de conhecimentos que auxiliem as reflexões e ações dos trabalhadores da saúde (PEREIRA, 2004, p.244). Pereira acrescenta que a crença de que a fragmentação dos conteúdos seja efeito inexorável da organização curricular por disciplinas, encontra apoio na literatura em autores como Santomé³⁰, e ainda na interpretação (não compartilhada pela autora) dos conceitos de Bernstein que traduzem o currículo por disciplinas como sinônimo do currículo tipo coleção, ligando este tipo de organização curricular ao processo histórico de expansão do capitalismo. Desta forma, a autora questiona: “Será que as demais modalidades de currículo, na organização capitalista, não sofreriam essa influência?” (Id., Ibid., p. 246), afirmando que é preciso ter em vista que alguma fragmentação poderá existir em maior ou menor grau em toda forma de produção ou transmissão do conhecimento, e que o poder e o controle poderão estar presentes sob outras formas, mais sutis, que não as formas autoritárias explícitas.

Pereira considera que a elaboração de currículos com organização curricular híbrida nas ETSUS, denominados “currículos correlacionados”, deu-se como tentativa de superar a fragmentação dos conteúdos, mediante a dificuldade de instituição imediata de um currículo integrado. O que parece corresponder à realidade no que diz respeito aos currículos da ETIS, pois esta forma de organização curricular fez parte do percurso para a construção dos currículos integrados.

Retomando a experiência da ETIS, com a promulgação da LDB 9.394/1996 e do Decreto nº 2.208/1997, esta Escola rediscutiu sua proposta político-pedagógica em articulação com a comunidade escolar por meio de debates com todos os setores e unidades da escola, além de gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, elaborando seu Projeto Político Pedagógico (PPP) em 2001. Neste PPP apresentado ao Conselho Estadual de Educação, a ETIS fez a opção de trabalhar com uma organização curricular integrada³¹ para todos os cursos oferecidos, acreditando ser esta a forma de organização curricular que melhor articula ensino, serviço e comunidade, adotando uma configuração modular de execução dos

³⁰ A autora cita como referência as obras:

SANTOMÉ, J.T. **Globalização e interdisciplinaridade: o Currículo Integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BERNSTEIN, B. **Class, codes and control**. Londres: Routledge and Kehgan Paul, 1996.

³¹ A organização curricular integrada a que me refiro não diz respeito à articulação entre formação geral e ensino profissionalizante, mas ao tipo de organização curricular proposto por Basil Bernstein, que será discutido mais adiante.

mesmos, com terminalidade, conferindo assim, certificação de qualificação profissional ao final do primeiro módulo, e de habilitação profissional ao final do segundo módulo.

Em 2004, decorrente de um projeto proposto pelo Ministério da Saúde, a ETIS implantou seis turmas para formação de Auxiliar de Consultório Dentário – Módulo I, em seis municípios do estado do Rio de Janeiro, sendo eles: Angra dos Reis, Barra do Piraí, Cordeiro, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e Valença. Nesta época estavam em fase de elaboração os guias curriculares para os módulos I (qualificação para ACD) e II (habilitação para THD) da ETIS. Por ainda não estarem concluídos, neste projeto utilizou-se o *Guia Curricular para Formação de Atendente de Consultório Dentário para Atuar na Rede Básica do SUS*, elaborado em 1998 pelo Ministério da Saúde (ANEXO B).

Em 2006, Angra dos Reis, Barra do Piraí, Nova Iguaçu e Valença solicitaram a realização do Módulo II para os educandos concluintes do Módulo I, dando continuidade à formação daqueles profissionais. Entretanto, no material didático elaborado pelo Ministério da Saúde não havia guia curricular que contemplasse o conteúdo e a carga horária para fazer a complementação para Técnico em Higiene Dental, constituindo o itinerário formativo, proposto no Decreto nº 5.154/2004. Assim, a ETIS elaborou um guia curricular (intitulado *Guia Curricular para o Curso de Complementação de Auxiliar de Consultório Dentário para Técnico em Higiene Dental*) com organização integrada, na mesma lógica dos guias elaborados pelo MS em 1994 e 1998, para proceder à implementação dessas turmas, dentre as quais optou-se por tomar como sujeitos desta pesquisa os egressos da turma de Nova Iguaçu.

Em paralelo à realização dessas turmas, a ETIS deu continuidade à elaboração de seus próprios guias curriculares integrados, hoje denominados *Guia Curricular do Curso Técnico em Saúde Bucal - Módulo I* (Auxiliar de Saúde Bucal) e *Módulo II*³² (complementação para Técnico em Saúde Bucal), considerando a nova denominação dessas categorias profissionais, segundo a Lei nº 11.889, em 24 de dezembro de 2008 (ANEXO A).

Acredito ser relevante trazer algumas questões relativas ao trabalho realizado pela ETIS. Muitas são as circunstâncias que influem no trabalho não só desta Escola, como das Escolas Técnicas do SUS em geral, constituindo-se em desafios a serem superados. Desafios políticos em geral são os mais freqüentes e mais delicados, como por exemplo lidar com a relação entre gestores de diferentes filiações partidárias ou interesses individuais. Além disso, a parte financeira é também limitante, pois não há autonomia neste sentido. Pode-se dizer que, atualmente, para cumprir sua missão, as ETSUS necessitam de projetos financiados pelo

³² Este guia curricular tem forma e conteúdo muito semelhantes ao desenvolvido para oferecer a complementação para THD utilizado em Nova Iguaçu.

Ministério da Saúde. Esta situação se reflete na implementação de turmas, em sua estrutura física, numa possível produção científica, na elaboração de material didático-pedagógico.

Outras questões, não menos importantes como a falta de quadros permanentes de docentes com formação pedagógica, a busca do ajustamento de alternativas pedagógicas adequadas às características do setor e às demandas determinadas pelas políticas de saúde são grandes desafios enfrentados por essas Escolas, considerando-se que o setor saúde busca na educação seus referenciais teóricos, que não foram pensados com a especificidade da educação profissional em saúde.

Em relação aos docentes, no caso do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, a Deliberação CEE N° 295/2005 estabelece que “estão habilitados para a docência na Educação Profissional de Nível Técnico, preferencialmente os profissionais licenciados (licenciatura plena ou programa especial de formação) na área profissional objeto do curso e no correspondente curricular”. Porém, na falta do profissional licenciado, será permitido inclusive que a instrutoria seja exercida por outros profissionais reconhecidos por sua experiência profissional na área. Na falta de profissionais com experiência comprovada, a instituição deverá propiciar formação em serviço, apresentando plano especial de preparação de docentes ao respectivo órgão superior. Verifica-se, portanto, que a formação pedagógica dos docentes não é priorizada na legislação no que diz respeito à Educação Profissional e, em vista disto, denomina-se *instrutores* os profissionais que irão atuar ministrando aulas.

Para minimizar esta dificuldade, a Escola realiza uma *Oficina de Reflexão Pedagógica*, além das supervisões realizadas durante o decorrer das aulas, com o objetivo de propiciar àqueles que estarão em sala de aula a possibilidade de vivenciar uma forma diferenciada de conduzir o processo ensino-aprendizagem. Esta oficina, inspirada na Capacitação Pedagógica oferecida aos profissionais dos serviços de saúde que iriam atuar como docentes no PLE, foi revisada recentemente. Tem duração de 48 horas, sendo realizada em três momentos de 16 horas, em que se discutem concepções de educação e currículo, avaliação e orientação dos programas específicos de cada curso.

Isabel Brasil Pereira entende a capacitação realizada no PLE como “aligeirada”, mas decorrente de negociações possíveis para a implementação do projeto naquela época, assim como o reduzido número de profissionais fixos dos então recém criados Centros Formadores (GUIMARÃES, 2009). Como já apontado, a não existência de quadros permanentes de docentes com formação pedagógica nas escolas da RETSUS constitui-se num obstáculo a ser superado. Por isso, ainda que aligeirada, a realização das *Oficinas de Reflexão Pedagógica* é a maneira possível, ainda que insuficiente, de realizar uma sensibilização dos profissionais que

irão atuar como docentes nos cursos oferecidos pela ETIS para a proposta pedagógica adotada pela Escola. O tempo continua sendo pouco. Entretanto, no caso dos cursos da área de Odontologia, obter a liberação do serviço para os Cirurgiões-dentistas indicados pelo município para serem instrutores dos cursos, ou ainda, que eles se disponham a deixar seus consultórios pelo período proposto de 48 horas, mesmo com um espaço de tempo entre a realização dos momentos previstos, é uma difícil tarefa. Difícil porque esta não será uma função exercida como prioridade para uma grande parcela desses profissionais. Por não ser esta sua atividade principal, em boa parte dos casos não existe um compromisso com a preparação pedagógica. Isto poderia ser minimizado no processo seletivo, se a Escola tivesse maior autonomia para realizá-lo. Como a indicação desses profissionais é política, esta tarefa torna-se verdadeiramente árdua.

Muitos desafios se apresentam ao trabalho das ETSUS. E o fato de o PLE, sua origem, ter se configurado como uma estratégia de formação e não como política pública pode ter produzido algumas fragilidades. Um possível caminho para a superação dessas fragilidades estaria numa maior articulação entre as Escolas, de forma a se fortalecerem politicamente? De que forma seria possível superar as dificuldades e ainda responder às exigências da legislação educacional, mantendo uma proposta de educação transformadora?

Acreditando que a função da escola vai além da transmissão de conhecimentos, passando também pela elaboração de estratégias para a transformação da sociedade, para que esta seja mais justa, é preciso que as instituições formadoras tenham em mente a necessidade de revisitar permanentemente seus pressupostos político-pedagógicos. As transformações ocorridas no mundo do trabalho, nos anos de 1970, mais especificamente no Brasil, a partir dos anos de 1980, trouxeram maior complexidade tecnológica e organizacional, implicando em novas exigências para a formação do trabalhador. Neste contexto, surgiu o conceito de competência associado, dentre outros aspectos, à idéia de “empregabilidade”. O trabalhador deveria apresentar diferentes atributos demandados pelo mercado de trabalho para, mediante um árduo processo competitivo, conseguir uma colocação, sem que isso lhe trouxesse garantias de permanência. Assim, as competências tornam-se o principal referencial para a organização curricular da formação profissional. Estando a noção de competência introduzida pela legislação educacional, a ETIS procura ressignificar este conceito, rompendo com a visão que busca somente adequar a formação dos trabalhadores às necessidades do mercado, ao levar em conta a competência humana para o cuidar (ETIS, 2008).

Deste modo, a proposta de educação profissional baseada em competências, sob a legislação da educação profissional que, a partir da Lei 9.394/1996, valoriza a formação por competências, deverá tomar como base a competência humana, que

[...] estará fundada instrumentalmente no manejo da educação e do conhecimento [...] tendo como “um dos fulcros substanciais saber **humanizar o conhecimento**, para que este possa servir aos fins éticos da história e não descambe em mera instrumentação da competitividade” [...] (DEMO, 1997 apud BRASIL, 2005, p. 11, grifo do autor).

Nesse contexto, em 2008 a ETIS renovou as discussões sobre sua proposta político-pedagógica, num processo coletivo de construção de um novo Projeto Político Pedagógico, atualmente em fase de aprovação no Conselho Estadual de Educação.

4.2 IDENTIFICANDO RELAÇÕES

Com o objetivo de sistematizar uma visão crítica do trabalho realizado pela ETIS, passo a identificar suas concepções de educação, tomando como referência o PPP de 2001, em vigor à época da construção do guia curricular para o *Curso de Complementação de Auxiliar de Consultório Dentário para Técnico em Higiene Dental*, utilizado nas quatro turmas de Módulo II realizadas em 2006, dentre as quais a turma de Nova Iguaçu, objeto deste estudo. Entretanto, algumas referências ao PPP de 2008 serão feitas, a fim de explicitar o pensamento institucional atual.

Segundo o PPP de 2001, a missão da ETIS está em

[...] qualificar, habilitar, requalificar e especializar os profissionais de nível técnico da área da saúde, preferencialmente trabalhadores do Sistema Único de Saúde, ou em processo de admissão a ele, através de proposta pedagógica crítica-reflexiva, visando a cidadania e a promoção da saúde, com base no perfil epidemiológico e nas características da rede de serviços do Estado do Rio de Janeiro (ETIS, 2001, p.6).

Neste documento, a Escola identifica a exclusão do aluno-trabalhador dos direitos sociais e econômicos. Contudo, identifica também um potencial de transformação individual e coletivo que pode ser desenvolvido com a mediação do processo educacional. Decorrente desta percepção, a proposta pedagógica desta Escola baseia-se em

[...] princípios de uma teoria crítica da Educação, em que se crê na real capacidade de construção e reelaboração do conhecimento pelo aluno, partindo de suas experiências de vida e de sua realidade, e da observação das dificuldades encontradas no cotidiano dos educandos, buscando identificar suas causas, determinantes e natureza, para com base em suportes teóricos, propor hipóteses de solução para a transformação da realidade (ETIS, 2001, p. 5).

O processo de avaliação é voltado para acompanhamento e identificação das dificuldades no processo ensino-aprendizagem, com a adoção de estratégias pedagógicas de acompanhamento, em que são utilizados critérios de relevância de conhecimentos, habilidades e atitudes. Por isso não utiliza provas como instrumento de avaliação, mas formulários próprios para registro da evolução do aprendizado do educando.

Neste PPP, a integração entre ensino-serviço-comunidade e teoria-prática oportunizam o desenvolvimento do processo educativo, que se concretiza na estrutura curricular integrada, organizada em áreas de conhecimento, numa concepção de currículo como construção histórico-social de sujeitos imersos em uma prática social (ETIS, 2001).

Partindo do princípio de que qualquer escola é fruto da sociedade à qual pertence, o corpo técnico da ETIS entende ser necessário estar permanentemente revisitando o pensamento pedagógico institucional, à luz das mediações existentes entre trabalho e educação. Deste modo, as discussões para a reelaboração de seu novo PPP em 2008, tiveram como resultado um documento em que está explícita a crença de que a ETIS possa ser um espaço de transformação desta mesma sociedade, contribuindo para impulsionar mudanças que possibilitem a promoção da cidadania e a construção de uma sociedade mais igualitária, acreditando que o questionamento do funcionamento da sociedade possa gerar práticas transformadoras promovendo confronto entre olhares diversos. Neste sentido, como agente transformador, sua função é possibilitar a inserção de seus educandos no mundo do trabalho, a partir de uma formação que lhes permita compreender o significado do seu trabalho, tendo uma visão política de seu papel como trabalhador e possuindo maior clareza de seus direitos e deveres enquanto cidadãos.

Neste novo PPP (ETIS, 2008), está assinalado que para realizar a formação a que se propõe, a ETIS traz para discussão a dimensão sociocultural e histórica da educação profissional, valorizando a autonomia do trabalhador, seus conhecimentos e experiências cotidianas e sua capacidade de transformação da situação de trabalho e de vida. Neste documento, Educação Profissional não é mero treinamento de habilidades, mas formação integral, que possibilita ao educando compreender o como, o porquê e o para quê de suas ações nos espaços de trabalho, bem como em outros espaços de convivência social. Desta forma, a Educação Profissional permite ao educando identificar e analisar os determinantes da saúde e da doença, propondo intervenção, avaliando criticamente o processo de trabalho em saúde e assumindo uma postura ativa nos ambientes em que vive.

Segundo seu PPP atual, a ETIS (2008) fundamenta hoje sua proposta pedagógica na Educação Problematizadora de Paulo Freire e na estratégia de integração ensino-serviço,

concretizados na prática pelo currículo integrado, acreditando que assim seja possível promover o processo educativo de forma que este resulte em profissionais conscientes da importância da concretização dos princípios do SUS, especialmente no que concerne à integralidade do cuidado e cientes de que, a partir de seu trabalho, é possível transformar a realidade, começando pelo diminuto universo de sua unidade de saúde.

4.2.1 A base no Larga Escala

O PLE é, como afirma Ramos (2009), o marco fundamental da concepção pedagógica das ETSUS, pois gerou a demanda de criação dessas escolas e naturalmente, sua concepção pedagógica serviu de base para o desenvolvimento da proposta dessas escolas.

Izabel dos Santos, principal idealizadora do projeto, afirma que a escola regular não seria muito útil ao aluno trabalhador que tinha sido excluído dos bancos escolares formais. Para ela a escola deveria ter a inclusão como princípio primordial. Assim, a escola profissionalizante deveria ser uma nova escola, com um novo docente, e a partir de um novo aluno, que era mais velho, que atuava nos serviços de saúde e que não era “enxergado” (CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002).

Tendo em vista a Reforma Sanitária e seus princípios de universalidade, regionalização e aumento da resolutividade dos serviços, o Projeto Larga Escala pretendeu realizar profundas alterações na política de formação do pessoal da saúde, visando principalmente a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Para isto, adotou uma concepção pedagógica que segundo Bassinelo e Bagnato (2009b, p.623-624) empregava “a pedagogia da problematização como recurso metodológico”; o currículo integrado (com momentos de concentração e dispersão), que procurava articular trabalho e ensino, prática e teoria, adaptado a cada realidade; o método pedagógico desenvolvido por Joffré Dumazedier e Paul Legrand³³; e os conceitos centrais da Psicologia Genética de Jean Piaget³⁴, tudo isso visando a

³³ O francês Joffré Dumazedier (1915 – 2002) foi sociólogo, professor e pesquisador. Criou o método pedagógico de treinamento mental, que tem como proposta diminuir a desigualdade entre o modo de pensar das pessoas que possuem um elevado nível de instrução formal e o daquelas que foram alijadas do sistema educacional (LIMA, 2007). Paul Legrand, estudioso da Educação Permanente, acredita que ela representa um esforço para reconciliar e harmonizar os diferentes momentos da formação, dando importância à unidade, à globalidade e à continuidade do desenvolvimento da pessoa, sua formação geral, o ensino da profissão e a expressão cultural com que cada indivíduo se realiza e se completa. Se destacou também na década de 1970 pela autoria do relatório *Une introduction à l'éducation tout au long de la vie* (BITTAR, 2009). Ambos foram fundadores do Movimento Povo e Cultura, iniciado após a 2ª Guerra Mundial na França, que tentava responder as necessidades de formação integral do adulto de classe popular (BASSINELO e BAGNATO, 2009b, p. 624).

³⁴ Jean Piaget (1896 – 1980) nasceu na Suíça. Formou-se em Biologia e Filosofia. Produziu extensa obra realizando pesquisas sobre o desenvolvimento infantil. Sua abordagem teórica ofereceu importantes contribuições para a compreensão das origens do pensamento (MOREL, não publicado).

aprendizagem no serviço, especialmente para trabalhadores sem qualificação ou formação específica, por meio de um programa educativo vinculado a uma prática concreta.

Castro, Santana e Nogueira (2002) perguntaram a Izabel dos Santos em entrevista sobre a influência de Paulo Freire em seu trabalho, pelo fato de ter vivido muito tempo em Pernambuco à época do Movimento da Educação para a Libertação, ao que ela responde:

Realmente esse movimento foi muito forte em Pernambuco. Mas o trabalho de Paulo, naquela época, estava muito ligado aos processos de alfabetização, não era muito próximo de mim. Eu nunca participei desse movimento. Eu sempre fui ligada ao ensino técnico profissional. Eu sempre disse que esses pedagogos famosos pensaram a Escola de Educação Geral e nós pensamos a Escola de Formação Técnica. Não é a mesma coisa! Respondendo a sua pergunta, eu não tive influências de Paulo Freire (SANTOS, apud CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002, p. 53).

No fundo era baseado em Piaget, o pessoal fala muito que me baseei no Paulo Freire, não foi, me baseei em Piaget. Paulo Freire também se baseou em Piaget, só que ele conduziu o processo dele para politização com alfabetização e no nosso caso, nós pegamos o processo de trabalho baseando em Piaget e problematizamos para construir um mundo abstrato difícil de ser entendido só com as palavras (SANTOS, apud BASSINELO E BAGNATO, 2009b, p.624)

Entretanto, ela mesma cita Paulo Freire quando fala em aproximar a escola da realidade do aluno:

[...] Tinha também a proposta de Paulo Freire que era fazer a escola próxima à realidade do aluno. Eu queria uma escola mais flexível do que aquela que o modelo hegemônico preconizava, que era a escola regular (SANTOS, apud FONSECA e EGRY, 2007, p. 855).

Assim, buscou apoio para realizar um processo de ensino-aprendizagem em que o educando estivesse diretamente junto do objeto de estudo, mas teve muitas dificuldades. Por fim, entendeu que deveria começar do zero:

[...] Mas quando comecei a falar sobre isso, parecia que eu falava grego. Ninguém conseguia imaginar do que se tratava. Aí eu pensei: Quer saber de uma coisa? Eu vou fazer o ensino integrado ao serviço, do jeito que eu penso que é. Eu peguei grandes áreas curriculares, que eram relacionadas às grandes competências que eu queria desenvolver no aluno. Dentro dessas áreas curriculares eu construí competências menores e fiz unidades didáticas. Dentro dessas, por sua vez, o aluno tinha que problematizar, era esse o caminho que o aluno tinha que percorrer. Do outro lado, eu botava as dicas para o professor conduzir o processo, ajudar, tirar dúvidas. Ainda escrevi textos síntese. Muita gente ajudou. (SANTOS, apud FONSECA e EGRY, 2007, p.856).

A idealizadora do PLE não tinha em mente um referencial teórico definido da Educação, porém percebe-se que intuitivamente ela os buscava. Para ela

[...] todos aqueles que fazem aquela escola devem ter uma concepção de homem, de sociedade, de educação, de direitos à saúde, de serviços de saúde. [...] uma escola tem que ter um arcabouço filosófico, político e cultural para poder definir a missão dela e fazer a sua projeção para o futuro (SANTOS apud CASTRO, SANTANA e NOGUEIRA, 2002, p. 60).

Naturalmente muitas discussões foram se fazendo necessárias para fundamentar o trabalho desenvolvido no PLE, que contou com a cooperação de técnicos do Ministério da Educação e Cultura (MEC), OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e do Ministério da Saúde (MS).

4.2.2 O que é integração ensino-serviço na ETIS?

Albuquerque et al (2007) afirmam que diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, que incluem a reflexão e transformação das relações entre o ensino e os serviços de saúde. Porém muitas se mostraram incapazes de atender às necessidades da população. As iniciativas comprometidas com a relevância social da universidade e dos processos de formação no campo da saúde têm procurado articular universidade e serviços, buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde (como os Projetos UNI e Rede IDA, hoje unificados sob a Rede Unida³⁵).

Os autores afirmam que há críticas à lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de procedimentos técnico-operativos, e à lógica do trabalho das instituições formadoras, muito centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos. Essa desarticulação entre teoria e prática

suscita a reflexão crítica de que a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática, sem a qual a teoria pode ir virando falácia, e a prática, ativismo. Quando a integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário, esta dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde se ameniza. [...] Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo (ALBUQUERQUE et al, 2007, p. 358).

Para que esse diálogo seja possível, os autores afirmam que é preciso investir na sensibilização de quem desenvolve o cuidado em saúde e de quem desenvolve o processo de ensino-aprendizagem, e também criar mais espaços para a interlocução dos cursos, serviços, gestores e, principalmente, usuários. Os profissionais do serviço devem sentir-se co-

³⁵ Como já apontado, essas experiências eram ligadas ao movimento sanitário e se referiam à educação de nível superior dos profissionais de saúde.

responsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os docentes devem considerar-se parte dos serviços de saúde. A questão central da perspectiva da integração ensino-serviço está na “dialética de formar para um modelo centrado no usuário, inserindo estudantes na prática sob a égide de um modelo médico hegemônico centrado no procedimento” (ALBUQUERQUE et al, 2007, p. 359). O que se busca é fazer o movimento inverso:

[...] substituir essas ações baseadas em procedimentos especializados e medicalizados, pelas ações relacionais, centradas em atitudes acolhedoras e no vínculo com o usuário, buscando o cuidado à saúde e a cura como finalidade última de um trabalho em saúde que se pauta na defesa da vida individual e coletiva (ALBUQUERQUE et al, 2007, p. 359).

Em estudo sobre o ensino em serviço da ETIS, Pereira (2002) relata que este tem acontecido desde a sua criação, porém após o Profae³⁶, os cursos de Auxiliar de Enfermagem deixaram de ser ministrados apenas em hospitais e passaram a acontecer também em escolas e universidades que cedem ou alugam seus espaços. A autora entende que

[...] a integração entre ensino e serviço poderá ser facilitada ao se ter a sala de aula no serviço. Porém, isso nem sempre, e muito menos de maneira absoluta, vai garantir essa integração, na medida em que as discussões e os conhecimentos necessários para enfrentar as questões advindas do mundo do trabalho não se restringem ao local onde ele é exercido. Além disso, o processo ensino-aprendizagem deve lidar com o real e o possível, no sentido de não adaptar os conhecimentos ao existente. Isso quer dizer que se o hospital onde for ministrado o curso de qualificação apresentar no seu processo de trabalho deformações de qualquer tipo, o ensino poderá reproduzi-las, ainda que do ponto de vista da formação profissional não seja desejável (Id., Ibid., p. 145-146).

Pereira (Ibid.) aponta ainda que as aulas ministradas nos serviços de saúde podem ser válidas quando aliadas a uma abordagem crítica da realidade cotidiana dos serviços, por exemplo no caso de acidentes ocupacionais com instrumental pérfuro-cortante. Tal fato pode ser observado de forma privilegiada nos serviços, facilitando o ensinamento dos procedimentos a serem adotados. Porém, alerta a autora, é preciso que o processo educativo seja embasado por uma concepção crítica de educação, sendo necessário intervir no sentido de que não se pode desenvolver ações com base no improvisado pela falta de equipamento adequado. Desta forma, o processo educativo concretiza-se também na forma de críticas à administração quando são detectadas deformações nos serviços de saúde, decorrentes de relações de poder instituídas nos serviços, o que pode levar a algum tipo de constrangimento quando as aulas acontecem no local do serviço. Na questão das relações de poder, a autora

³⁶ Profae – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, desenvolvido entre 2000 e 2005.

lembra que para Foucault o hospital, além de lugar de cura, é também instrumento de produção e transmissão de saber (PEREIRA, 2002).

Considerando os argumentos de Pereira, é certo que as discussões e conhecimentos necessários para enfrentar as questões do mundo do trabalho não se restringem ao local onde é exercido. Por isso é imprescindível considerar também o papel do instrutor neste sentido, pois ele pode ser um facilitador, intermediando as questões do serviço com as do mundo, ou não...

Atualmente é possível afirmar que, para a ETIS, a definição de ensino em serviço não está restrita à realização de cursos dentro dos serviços de saúde, mesmo porque, no caso dos cursos de Odontologia por exemplo, as atividades teóricas acontecem quase na totalidade em escolas públicas, por meio da articulação entre as secretarias de saúde e educação dos municípios envolvidos. As atividades teórico-práticas e estágio supervisionado acontecem nas unidades de saúde e comunidades do entorno, o que caracteriza mais fortemente a integração ensino-serviço-comunidade, pois a comunidade está sempre integrada ao processo, seja indo aos serviços de saúde, ou recebendo em seu interior os profissionais de saúde.

Para superar a falta de familiaridade com as situações do serviço, a Escola preconiza que os instrutores atuantes nos cursos sejam trabalhadores do Sistema Único de Saúde, para que possam acompanhar os educandos em sala de aula, nos momentos de atividades teórico-práticas nas unidades de saúde/comunidades e no estágio supervisionado. Esta vinculação ao SUS dá aos instrutores a clareza de como os serviços estão estruturados, sem as limitações que poderiam existir no caso de profissionais de fora do serviço. No caso dos cursos de Odontologia especificamente, recomenda-se que pelo menos um dos instrutores possua pós-graduação em Saúde Coletiva/Saúde Pública, que no entender da coordenação dos cursos da área, minimiza dificuldades, posto que o olhar do profissional com esta formação geralmente volta-se para além das questões técnicas.

4.2.3 Por que currículo integrado?

Moreira e Silva (1994) consideram o currículo sob dois aspectos. Num aspecto mais amplo currículo é um artefato social e cultural. Não é um instrumento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. Está implicado em relações de poder, transmite visões sociais particulares e interessadas. Já num aspecto mais específico é o detalhamento do projeto que norteia as atividades educativas escolares. É um guia, um instrumento para orientar a prática pedagógica.

Assim como nas teorias da educação, as teorias do currículo³⁷ admitem diversas correntes, que possibilitam formas distintas de compreender o currículo, de acordo com os diferentes elementos evidenciados em cada uma delas. Silva (1999) propõe uma distinção das teorias do currículo em *tradicionais*³⁸, *críticas* e *pós-críticas*³⁹.

O currículo do Projeto Larga Escala (PLE) para a formação de Técnicos em Higiene Dental, foi a base para a elaboração do currículo integrado da ETIS, e foi

[...] uma proposta construída nos serviços de saúde e para os serviços de saúde, regulamentada pelo setor educacional e implementada em vários estados do Brasil, inclusive em Minas Gerais. No seu modelo é claramente enunciada a proposta de ser favorável à educação de profissionais comprometidos com uma prática libertadora e traduzida concretamente nas mudanças a serem operadas no setor de saúde. **Sua base de construção não se apoiou nos trabalhos de Bernstein** (SÁ, 2000, p. 55, grifo nosso).

Embora a construção do referido currículo não tenha sido norteadas pelas proposições de Basil Bernstein, Sá (2000, p.112) observa que ao ser submetido aos conceitos de Códigos Educacionais daquele autor, o currículo do PLE “aproximou-se do modelo curricular integrado de Bernstein, gerando Códigos de Integração e confirmando as hipóteses desse autor”.

Basil Bernstein, sociólogo inglês, propôs discussões que estão na origem de um movimento de crítica às questões curriculares denominado *Nova Sociologia da Educação*. Este autor não se preocupa com o conteúdo do currículo, nem pergunta por que esse conhecimento e não outro. Sua preocupação está nas relações estruturais entre os diferentes tipos de conhecimento que constituem o currículo, sendo que, para ele, o conhecimento formal se realiza através de três sistemas de mensagem: o currículo (conhecimento válido), a

³⁷ Silva (1999) considera que o tema central de qualquer teoria do currículo é responder *o quê* ensinar. A diferença entre as diversas teorias do currículo está na ênfase dada aos elementos envolvidos na questão do que ensinar (natureza humana, da aprendizagem, do conhecimento, da cultura, da sociedade). Na perspectiva de Silva, a questão do poder está no centro das reflexões das teorias do currículo. Assim, os questionamentos feitos não se limitam a perguntar *o que* ensinar, mas *por quê* ensinar determinado conhecimento. Desta forma, o autor afirma que o poder separa as teorias tradicionais das críticas e pós-críticas.

³⁸ As *teorias tradicionais* pretendem ser neutras e desinteressadas, e concentram-se em questões técnicas, preocupando-se em *como* transmitir o conhecimento (SILVA, 1999).

³⁹ As *teorias críticas e pós-críticas* alegam que nenhuma teoria é neutra ou desinteressada, e que implica sempre em relações de poder. A preocupação é então com o *por quê* tal conhecimento deve ser ensinado, mudando a ênfase nos conceitos puramente pedagógicos de ensino e aprendizagem, estabelecendo conexões entre saber, identidade e poder. As *teorias pós-críticas* enfatizam identidade, diferença, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, cultura, gênero, raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo. As *teorias críticas* colocam ênfase nos conceitos de ideologia, poder, reprodução cultural e social, classe social, capitalismo, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto, e resistência (SILVA, 1999).

pedagogia (transmissão válida do conhecimento) e a avaliação (validação do conhecimento por parte do aluno), que não podem ser separados (SILVA, 1999). Para ele há dois tipos fundamentais de organização de currículo: o currículo tipo *coleção* e o currículo *integrado*. No currículo tipo coleção as áreas de conhecimento são mantidas intensamente isoladas, tendo entre si uma relação fechada. No currículo integrado as separações entre as áreas de conhecimento são menos marcadas, não existem limites bem definidos e a relação entre os conteúdos é aberta⁴⁰.

Em seu Projeto Político Pedagógico (2001, p. 5) a ETIS acredita que a organização curricular integrada seja a que mais contribui para promover relação entre conteúdos, combatendo a fragmentação entre eles, considerando que o currículo integrado apresenta, conforme Albuquerque et al (2007), a prerrogativa de valorizar o espaço de articulação entre ensino, serviço e comunidade como cenário do processo ensino-aprendizagem, oportunizando de forma mais simples a formação de sujeitos críticos, por estar em maior consonância com a valorização da experiência vivida pelo educando, com a construção coletiva do conhecimento (onde o educando é parte ativa) e sua consolidação sob bases científicas.

Considerando que o currículo é um elo entre teoria educacional e prática pedagógica, entre planejamento e ação, entre o que é prescrito e o que realmente sucede nas salas de aula, a ETIS explicita em seus currículos o entendimento de que a aprendizagem resulta da relação dinâmica entre um sujeito que aprende e um objeto que é aprendido. O sujeito traz consigo uma bagagem cultural e intelectual que decorre das relações sociais a que está exposto, e o objeto aprendido (que além de conteúdos consta de valores, crenças e comportamentos) possui uma estrutura que tem uma razão de ser. Deste modo, o simples treinamento mecânico de técnicas, que desconsidera o contexto geral de aprendizagem do sujeito em relação ao objeto, leva a resultados pouco satisfatórios. Por isso, há a preocupação em organizar os conhecimentos de modo que não se apresentem como uma lista de assuntos com pouca ou nenhuma relação entre si. Os conhecimentos são organizados a partir de conceitos-chave, partindo dos mais abrangentes até os mais específicos. Com isto a Escola busca a integração

⁴⁰ Para se referir ao grau de isolamento entre as áreas de conhecimento que constituem o currículo, Bernstein utiliza o termo *classificação*, que corresponderia a fronteiras entre os conhecimentos. Quanto maior o isolamento, maior a classificação. Um currículo tradicional, organizado em disciplinas separadas é fortemente classificado. Porém, se o currículo for interdisciplinar será fracamente classificado. A transmissão do conhecimento (pedagogia) recebe particular atenção de Bernstein, para quem, independente da classificação, há variações na forma de transmissão. Pode haver maior ou menor controle por parte do professor. Os objetivos a serem atingidos, o espaço utilizado, os critérios de avaliação, podem sofrer maior ou menor intervenção do professor. Daí vem outro conceito utilizado por Bernstein: *enquadramento*, que se refere ao controle do professor sobre o processo de transmissão do conhecimento. Quanto maior o controle do professor sobre esse processo, maior o enquadramento. Portanto, o ensino tradicional possui um forte enquadramento, enquanto o ensino centrado no aluno é fracamente enquadrado (SILVA, 1999).

entre os conteúdos que, sendo explorados em diferentes momentos, podem promover a transdisciplinaridade. Isto se traduz nas *idas e vindas* observadas no processo de ensino-aprendizagem da ETIS, ou seja, no retorno a um mesmo tema em diferentes momentos do guia curricular.

Pode-se dizer que a base dos currículos construídos na ETIS está, em última análise, próxima à concepção de currículo de Bernstein (com classificação e enquadramento fracos), além dos pressupostos da Educação Problematizadora de Freire, que valoriza a própria experiência dos educandos no processo de reelaboração do conhecimento.

O currículo dos cursos de Odontologia está organizado em áreas de conhecimento, pautadas no perfil profissional, observando que o público desta Escola é composto preferencialmente⁴¹ por trabalhadores do Sistema Único de Saúde, ou em processo de admissão a ele, independente do tipo de vínculo do trabalhador sem, contudo, desconsiderar as demandas do mercado de trabalho⁴². As áreas de conhecimento são constituídas por conceitos epistemológicos (conceitos-chave) e organizadas em sequências de atividades relacionadas à Educação Libertadora/Problematizadora de Paulo Freire⁴³ e à proposição metodológica feita por Charles Maguerez e sistematizada por Juan Diaz Bordenave – *o Método do Arco de Maguerez*.

O guia curricular do curso tomado como base para a realização deste estudo divide-se em quatro áreas de conhecimento, a saber: Área I – Promovendo a Saúde; Área II – Prevenindo e Controlando o Processo Saúde-Doença Bucal; Área III – Participando do Processo de Recuperação da Saúde Bucal; Área IV – Participando do Processo de Trabalho em Saúde/Odontologia.

Este guia vem com propostas de atividades que têm como objetivo facilitar ao instrutor o desenvolvimento do conteúdo proposto, de acordo com a opção pedagógica da Escola. O guia é como um plano de aula já elaborado. No entanto não existe obrigatoriedade

⁴¹ Atualmente muitos educandos egressos da ETIS estão inseridos nos serviços públicos de saúde com vínculos precarizados, por meio de contratos temporários através de cooperativas ou ONGs, e sempre que possível procuram concursos realizados por prefeituras, estados ou mesmo pelo nível federal, de modo a obter estabilidade no seu vínculo de trabalho.

⁴² A ETIS desenvolve projetos de extensão por meio de parcerias públicas e/ou privadas no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, como o Projeto Cidade de Deus, em que realizou turmas para qualificação de Auxiliar de Consultório Dentário e Auxiliar de Enfermagem para pessoas da comunidade, em parceria com a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG), com o objetivo de auxiliar na promoção da melhoria da qualidade de vida, por meio da educação profissional.

⁴³ A meu ver, a própria lógica dos temas geradores propostos por Paulo Freire (2000), que podem transformar-se em outros tantos temas provocando novas tarefas que devem ser cumpridas, remetem à noção de conceito-chave.

em seguir os passos conforme estão apresentados, o instrutor tem autonomia para modificar as atividades, desde que dentro da proposta pedagógica.

Não cabe no escopo deste trabalho analisar em profundidade o currículo do curso para formação de THD da ETIS. Todavia, para possibilitar uma melhor compreensão de sua construção penso ser oportuno fazer alguns breves comentários.

De modo geral estão previstas no guia curricular atividades que incluem participação em atividades dos Conselhos Municipais de Saúde, visitas às diversas coordenações de saúde nos municípios para pesquisa e observação do processo de trabalho, acompanhamento de atividades das equipes de saúde da família, levantamento das ações de atenção básica nas unidades de saúde, com o intuito de verificar de que forma isto se reflete na atenção ao usuário.

A educação em saúde é trabalhada de forma diversificada. Está previsto no guia uma reflexão sobre o conceito de educação e as possíveis implicações da opção pedagógica a nível individual e social, e quais as conseqüências para a saúde. Neste guia a educação em saúde deve ser uma atividade compartilhada com outros profissionais envolvidos nos serviços de saúde, ainda que não lidem diretamente com o público.

Na abordagem sobre o processo saúde-doença, as atividades propostas prevêm a identificação dos determinantes sociais do adoecimento e a importância da formação técnica do trabalhador da saúde para minimizar seus efeitos.

O guia propõe ainda reflexões sobre o trabalho, a divisão social do trabalho e as conseqüências para a integralidade e humanização do atendimento. A partir disto, está previsto pensar a importância do planejamento na organização do processo de trabalho, finalizando as atividades com a indicação de elaboração de uma proposta de resolução de um nó crítico identificado no processo de trabalho com vistas à sua reorganização.

A avaliação, dentro da proposta pedagógica adotada pela Escola, deverá promover o aprendizado, estimular a cooperação entre os educandos, preocupar-se com o seu crescimento, respeitar o tempo de aprendizado de cada um, ser democrática, sem preconceito, participativa, reflexiva. Além disso, deve ser planejada e feita de modo processual, continuado, pois “se a abordagem no ensino foi dentro dos princípios da construção do conhecimento, a avaliação da aprendizagem seguirá a mesma orientação” (MORETTO, 2007, p. 87), o que acredito, está em acordo com a concepção de Educação de Paulo Freire.

Considerando-se a avaliação como um processo, no decurso das atividades pedagógicas propostas no guia são feitos registros sobre o desenvolvimento do aprendizado do educando em formulários específicos e, ao final de cada área do guia curricular, há uma

ficha de avaliação que, no meu entender, remete às proposições de Vygotsky no que concerne ao conceito de zona de desenvolvimento proximal, visto que esta ficha denota uma visão de avaliação que não se centra em resultados revelados por provas ou testes, mas que busca identificar também o que o educando sabe em potencial, e que consegue realizar com a ajuda do professor. Nesta perspectiva, o erro não é visto como algo a ser simplesmente eliminado por meio da correção do professor, ele deve ser compreendido como revelação da forma de pensar do educando, o que traz consequências importantes para a maneira de avaliá-lo e orientá-lo (MOREL, não publicado).

A ETIS não utiliza prova como instrumento de avaliação, por entender que esta deva ser processual, diagnóstica. Para isto tem formulários próprios para registro da evolução do desempenho do educando. Não se adota, portanto, como critério para aprovação, média numérica ao final do processo educativo. Os educandos são considerados *aptos* ou *não aptos* para o pleno desenvolvimento das atividades profissionais propostas para cada curso.

Ao final de cada área são realizados seminários de avaliação, que são momentos que têm como função proporcionar aos instrutores mais uma oportunidade de avaliar a apreensão de conhecimentos por parte do educando, pois eles, instrutores, são quem realmente estão aptos a dizer se o educando apreendeu ou não o conteúdo trabalhado. A visita de supervisão ocorre neste momento para compartilhar do encerramento de uma fase para dar prosseguimento ao curso, iniciando outra fase, e também para auxiliar na busca de soluções para possíveis problemas detectados no aprendizado.

4.2.4 A influência de Paulo Freire

Antes de tecer qualquer consideração sobre a influência de Paulo Freire na elaboração da proposta pedagógica da ETIS é válido observar que não há menção ao nome dele ou à Educação Libertadora, Problematizadora, no PPP de 2001. Existe sim, referência a uma proposta pedagógica que tem como base os princípios de uma Teoria Crítica da Educação, em que se crê na real capacidade de construção e reelaboração do conhecimento pelo aluno, partindo de suas experiências de vida, de sua realidade, e da observação dos problemas desta realidade, buscando identificar as suas causas, determinantes e natureza, para com base em suportes teóricos, levantar hipóteses de solução para aplicação à realidade analisada. Já em seu primeiro Regimento, havia referência à construção do conhecimento “através da problematização da realidade e de forma reflexiva, buscando a preparação de cidadãos capazes de transformar a realidade” (ETIS, 2001), mas não à Educação Libertadora de Paulo Freire. Isto chama a atenção porque no discurso de integrantes e ex-integrantes desta Escola

identifica-se claramente sua fundamentação em Paulo Freire. No entanto isto não está explicitado.

Discutindo a influência de Freire na construção da metodologia utilizada na ETIS, na perspectiva deste educador, por meio da educação seria possível conseguir a organização das massas populares para a construção de uma outra sociedade, a “sociedade aberta”. Isto seria obtido articulando consciência e práxis por meio do diálogo, seguindo um método no qual o educando descobre-se como sujeito do processo histórico, onde a educação se torna um momento da experiência de humanização (GADOTTI, 1988).

Paulo Freire não desconsidera o papel informativo, o ato de conhecimento na relação educativa, mas insiste que o conhecimento não é suficiente se, ao lado e junto deste, não se elabora uma nova teoria do conhecimento e se os oprimidos não podem adquirir também, uma estrutura do conhecimento que lhes permita reelaborar e reordenar seus próprios conhecimentos e apropriar-se de outros (GADOTTI, 1988, 30-31).

Isto vinha ao encontro das necessidades percebidas por Izabel dos Santos, que sabia que os profissionais que teria que qualificar tinham pouca escolaridade, e seria então necessário utilizar estratégias de ensino que se baseassem na realidade vivida por eles. Para Izabel, somente desta forma seria possível conduzi-los a uma reelaboração de seu conhecimento, com a mediação do professor, que os ajudaria a reorganizar e reestruturar seu conhecimento, apropriando-se dos fundamentos científicos, para compreender o como, o porquê e o para quê de suas ações nos espaços de trabalho, bem como em outros espaços de convivência social.

Talvez no PLE não estivesse explícita a fundamentação em Paulo Freire, como apontado anteriormente, mas hoje sem dúvida, esta é a proposta de educação que a ETIS preconiza, entendendo que a concepção pedagógica por ele apresentada contribui decisivamente para a formação de sujeitos críticos.

Que princípios apontados por Freire a ETIS incorpora? Uma das críticas de Freire ao que ele denomina de *educação bancária* é a escolha do conteúdo programático pelo educador. Contrapondo-se a isto, na educação problematizadora o educando deve sentir-se “sujeito de seu pensar”. Deste modo, a educação como prática da liberdade está fundada na dialogicidade entre educador e educando, que começa quando o educador se pergunta em torno do que vai dialogar com o educando. O conteúdo programático, então, deixa de ser uma imposição de informações a serem depositadas, e passa a constituir-se em devolução organizada e sistematizada dos elementos entregues pelos educandos de forma desestruturada ao educador. Na educação profissional, embora haja um conteúdo previsto e definido para ser trabalhado,

pode-se encontrar a dialogicidade na medida em que seja aguçada a curiosidade, o interesse em torno dos temas a serem trabalhados:

Volto a insistir na necessidade de estimular permanentemente a curiosidade, o ato de perguntar, em lugar de reprimi-lo. As escolas ora recusam as perguntas, ora burocratizam o ato de perguntar. A questão não está simplesmente em introduzir no currículo o momento das perguntas, de nove às dez, por exemplo. Não é isto! A questão nossa não é a burocratização das perguntas, mas reconhecer a existência como um ato de perguntar (FREIRE e FAUNDEZ, 1985, p. 51).

Para que isto aconteça, tornam-se essenciais os recursos didáticos utilizados. Freire privilegia os círculos de discussão, partindo do relato de experiências como meio eficaz para o desenvolvimento da consciência crítica, mas não despreza outras opções didáticas consideradas conservadoras. Pelo contrário, até as valoriza. Uma aula expositiva pode ser considerada dialogal se provoca reflexão, se aguça a curiosidade cognitiva (SANTOS, 2000). Dramatizações que não contenham respostas, que contenham apenas o tema em si funcionam como situação problematizadora, a que se seguiria a discussão de seu conteúdo. Outros recursos citados por Freire: leitura e discussão de artigos de revistas e jornais, capítulos de livros, ou assistir a vídeos, realizando em seguida debates em torno do tema lido ou assistido (FREIRE, 2000). Estes são recursos amplamente utilizados nos guias curriculares da ETIS.

Santos (2000) afirma que em relação à avaliação, para Freire tão ou mais importante que a verificação dos conteúdos assimilados, é a verificação do grau em que a assimilação destes conteúdos alterou a concepção de mundo e a prática social do aluno. O parâmetro privilegiado no processo de avaliação (que deve ser contínuo e levar em conta o crescimento do aluno em relação a si mesmo em fases anteriores) é a capacidade de agir sobre o real e transformá-lo.

Como já apontado, o processo de avaliação na ETIS é voltado para o acompanhamento e identificação das dificuldades no processo ensino-aprendizagem, com a adoção de estratégias pedagógicas de recuperação em que são utilizados critérios de relevância de conhecimentos, habilidades e atitudes, inclusive com a utilização de registros que consideram o potencial do educando na realização de atividades de forma autônoma, ou com auxílio, e ainda comparando-o consigo mesmo em momentos anteriores.

A contribuição de Paulo Freire ultrapassa sua metodologia, pois está num âmbito mais amplo da educação e da teoria do conhecimento, afirma Gadotti (1988), enfatizando que

[...] ser fiel à proposta educativa de Paulo Freire não consiste em *repeti-lo* mecanicamente, reproduzi-lo acriticamente. Paulo Freire tem horror ao mecanicismo, à postura dos discípulos submissos e obedientes. Ser fiel a Paulo Freire significa, antes de mais nada, *reinventá-lo* e reinventar-se como ele (Id., *Ibid.*, p. 38, grifos do autor).

Quanto à “ausência” de Paulo Freire no primeiro Regimento Escolar da ETIS e no seu primeiro PPP, poder-se-ia entender que sendo a ETIS uma “extensão” do Larga Escala, o que houve teria sido uma continuidade no discurso? Observemos que a elaboração do PLE se deu num contexto de “pós-ditadura”, visto que a partir do final do governo de Ernesto Geisel (1974-1979) iniciou-se a “distensão lenta e gradual”, continuando-se o processo no governo seguinte, de João Batista Figueiredo. Paulo Freire esteve exilado até junho de 1980, quando voltou ao Brasil definitivamente. Até então suas idéias não podiam ser divulgadas, sendo ele muito mais conhecido no exterior do que dentro de seu próprio país.

Em comunicação pessoal com alguns técnicos integrantes da ETIS desde a sua fundação sobre a razão desta ausência, apurei que estes comentam que as leituras das obras de Paulo Freire iniciaram-se na Escola em grupos de estudos realizados a partir de 1992, sob a coordenação de Maria Lúcia Azevedo, enfermeira, servidora da Escola, que havia cursado mestrado em Educação na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Hoje, no novo PPP, ainda em fase de apreciação para aprovação pelo Conselho Estadual de Educação, está explicitado:

Norteadas pelos princípios da Educação Problematizadora de Paulo Freire - uma das vertentes da Teoria Crítica da Educação – a ETIS, em oposição à concepção tradicional de educação, parte da superação da contradição educador-educando e instaura uma relação dialógica entre os sujeitos da relação, mediatizados pelo objeto a ser conhecido (ETIS, 2008, p. 6).

Mediante as considerações feitas sobre o Larga Escala, fica clara a intenção de Izabel dos Santos em organizar uma Escola de formação técnica, mas fica claro também que a filosofia presente nos pressupostos do PLE se assemelha muito à filosofia de educação de Freire.

4.2.5 Integração ensino-serviço, currículo integrado e a educação problematizadora de Paulo Freire: que relações guardam com o método do Arco de Charles Maguerez⁴⁴?

Analizando as relações entre as diversas visões do campo da educação pode-se dizer que “reinventou-se” Paulo Freire na concepção pedagógica da ETIS ao identificar-se uma correlação entre a Educação Libertadora/Problematizadora de Paulo Freire e a proposição

⁴⁴ Há uma grande dificuldade em identificar referências a Charles Maguerez. Todas as referências encontradas se relacionam a Juan Diaz Bordenave, que trouxe a proposição do arco para a educação em geral. O que foi possível identificar é que se trata de um francês, que desenvolveu estudos na área de agronomia. A única referência encontrada sobre ele diretamente está no livro de Juan Diaz Bordenave e trata-se de um relatório para uma pedagogia de massa na assistência técnica-agrícola, apresentado à Coordenadoria de Assistência Técnica Integral da Secretaria da Agricultura do Estado de São Paulo, em 1970.

metodológica feita por Charles Maguerez e sistematizada por Juan Diaz Bordenave – o *Método do Arco de Maguerez*.

O currículo integrado, diz Izabel dos Santos, é “uma demonstração, na prática, da problematização, sem perder a qualidade de conhecimento, sem perder a sequência, sem perder a finalidade do estudo” (BASSINELO e BAGNATO, 2009b, p. 625). Em seu PPP (2001, p. 5) a ETIS considera que a organização curricular integrada seja a que mais contribui para promover relação entre conteúdos, combatendo a fragmentação entre eles e favorecendo a integração entre ensino-serviço-comunidade, e teoria-prática.

O Método do Arco de Maguerez é uma questão polêmica no que diz respeito às teorias da educação. A primeira edição do livro “*Estratégias de ensino-aprendizagem*” de Juan Diaz Bordenave e Adair Martins Pereira deu-se em 1977. Na introdução, os autores esclarecem que a obra nasceu do diálogo mantido por eles e professores universitários que participaram de cursos de Metodologia de Ensino Superior em Escolas e Faculdades de Agronomia, Veterinária, Zootécnica e Engenharia Florestal do Brasil.

Juan Diaz Bordenave é paraguaio, graduado em agronomia na Argentina, com doutorado em Comunicação nos Estados Unidos da América. O fato de ser a Comunicação sua especialidade é apontado como uma “explicação antecipada das possíveis heresias que a ortodoxia pedagógica possa encontrar no texto” (BORDENAVE e PEREIRA, 2002, p. 9).

Adair Martins Pereira, pedagoga brasileira, com Pós-Graduação em Planejamento Educacional na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), “considerou interessante e até vantajoso respeitar as eventuais divergências da ortodoxia pedagógica em favor de dois objetivos importantes: encontrar respostas mais práticas que teóricas aos problemas do ensino, e comunicá-las de maneira mais simples e menos técnica aos leitores” (BORDENAVE e PEREIRA, 2002, p.9).

Logo nas primeiras páginas do livro os autores fazem referência a dois tipos opostos de educação: a educação “bancária” ou “convergente” e a educação “problematizadora” ou “libertadora”. Curiosamente, não há referência a Paulo Freire em momento algum da obra, nem na bibliografia geral, ao final do livro. Contudo, o próprio Bordenave explica a influência de Paulo Freire em seus trabalhos, em palestra proferida na Universidade Estadual de Londrina, em 1998:

Meu primeiro contato com a pedagogia problematizadora aconteceu na década dos 60, quando as idéias do Paulo Freire chegaram a San José, Costa Rica, onde eu trabalhava como especialista em informação agrícola no Instituto Interamericano de Ciências Agrícolas [...] A leitura dos livros “A Educação como Prática da Liberdade” e “Pedagogia do Oprimido” tivera um considerável impacto em mim, complementado mais tarde com o do livro “Extensão ou Comunicação?” escrito por Paulo Freire no seu exílio no Chile (BORDENAVE apud BERBEL, 1999, p. 37).

Na educação “bancária” o aluno é como um recipiente vazio recebendo do professor todo o seu conhecimento. Para a educação “problematizadora” os autores apresentam um esquema pedagógico proposto por Maguerez. A primeira etapa do esquema, em que se faz a *observação da realidade*, consiste em uma visão global, ou *síncrese* do assunto a ser ensinado. A segunda etapa, *construção de uma maquete*, consiste em identificar as variáveis ou pontos-chave do problema que, se modificados, poderiam resultar na solução do problema. Segue-se uma etapa de *teorização*, que Maguerez chama de *discussão sobre a maquete*, em que os educandos são orientados a buscar uma explanação teórica do problema, apelando para leituras, pesquisas e estudos realizados, ou seja, a contribuição que as ciências podem dar ao esclarecimento do assunto (*análise*). Em etapa posterior os educandos propõem hipóteses de solução, que são confrontadas com os parâmetros da maquete do problema. As soluções viáveis são assim selecionadas. Finalmente, os educandos aplicam os novos conhecimentos à realidade, visando a solucionar o problema. Fazem-se exercícios de fixação e generalização a outras situações. É a etapa final de *síntese* (BORDENAVE e PEREIRA 2002, p.50-51).

Este método baseia-se na observação dos problemas da realidade, buscando identificar as suas causas, para com base em suportes teóricos, levantar hipóteses de solução para aplicação à realidade analisada. Importante considerar que, ao que tudo indica Charles Maguerez propôs um esquema para o ensino de técnicas do campo da agronomia sendo, portanto, um esquema pedagógico para uma situação específica. O que não significa que não possa ser utilizado em outros contextos, pois a proposição de um método para ensino-aprendizagem independe da área de conhecimento em que será utilizado.

Trazendo este método para a Educação Problematizadora, toma-se como ponto de partida a realidade conforme ela se apresenta, para daí sair do pensamento ingênuo para o pensamento crítico, da prática para a práxis. Buscando identificar relação entre o que Freire escreveu e o método proposto por Maguerez, verifiquei que Paulo Freire não faz referência à *resolução de problemas*, mas sim à *observação da realidade*: “O que antes já existia como subjetividade, mas não era percebido em suas implicações mais profundas e, às vezes, nem sequer era percebido, se ‘destaca’ e assume o caráter de problemas, portanto de desafio” (FREIRE, 2000, p.71).

Posto que no discurso das Escolas Técnicas, inclusive a ETIS, se faz referências a uma metodologia problematizadora, procurei identificá-la em Freire. Todavia, não consegui, até onde foi possível, associar a ele uma “Metodologia da Problematização”, mas encontrei sim muitas referências a ela quando efetuei buscas em sites acadêmicos. A ampla maioria do que se encontra sobre a referida metodologia diz respeito à produção de uma pedagoga do Paraná, Neusi Aparecida Navas Berbel⁴⁵.

A metodologia da problematização

A Metodologia da Problematização, segundo Siqueira e Berbel (2006), foi desenvolvida na Universidade Estadual de Londrina (UEL), a partir de um projeto de ensino denominado PEEPIN (Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviço e Comunidade) em 1992, inspirada em Bordenave e Pereira, utilizando-se o Arco de Magueréz. Inicialmente utilizada como método de ensino (com pesquisa) e depois como caminho de pesquisa em projetos de Berbel e colaboradores, a referida metodologia inicialmente foi aplicada na área da saúde e depois também da educação e em outras áreas, resultando em diversas publicações. As autoras esclarecem, porém, que os primeiros divulgadores do Método do Arco de Magueréz são Bordenave e Pereira, em 1977.

Vasconcellos (1999) aponta fundamentos pedagógicos e filosóficos para a Metodologia da Problematização. Dos fundamentos filosóficos, diz Vasconcellos (1999, p.41-42) que a educação problematizadora existe desde a antiguidade grega, em que a maiêutica de Sócrates fazia “nascerem as idéias através da problematização, do diálogo com um interlocutor, de perguntas e respostas” para demonstrar que “o conhecimento era a base de toda ação virtuosa e que devia ser desenvolvido pelo próprio indivíduo, de sua própria existência, por meio do método dialético”. O método dialético tinha como objetivo gerar o poder de pensar. Para Sócrates e Platão “pouco progresso mental se obtinha do simples fato de ministrar conhecimentos”.

Vasconcellos (1999) entende que a *Educação Problematizadora* num sentido amplo, tem seus fundamentos no Humanismo, compreendido aqui como uma corrente filosófica que coloca o homem e os valores humanos acima de todos os outros valores.

Quanto à *Metodologia da Problematização* como caminho para promover a educação problematizadora, esta autora considera que seus fundamentos provêm de várias correntes filosóficas, dentre as quais a fenomenologia, o existencialismo e o marxismo.

⁴⁵ Neusi Aparecida Navas Berbel é pedagoga, doutora em Educação pela USP, e orientadora do projeto de Iniciação Científica na Universidade Estadual de Londrina.

Com a fenomenologia relaciona-se pela “consideração da realidade como fenômeno a ser desvelado e com a questão da intencionalidade da consciência humana, que se revela na interação entre sujeito e objeto, entre homem e mundo” (VASCONCELLOS, 1999, p. 56).

Com o existencialismo a relação está na “responsabilização do sujeito pela formação de sua própria essência e perante a construção de seu próprio conhecimento, tendo a liberdade como conceito fundamental da existência humana” (Id., Ibid., p. 56).

Do marxismo, “além da idéia central de transformação da realidade visando uma sociedade mais justa, [...]” percebe-se a relação com a “[...] concepção dialética da realidade, com o conceito de práxis como elemento fundamental da relação entre teoria e prática” (Id., Ibid., p. 56).

Para a autora os fundamentos pedagógicos estão em “Paulo Freire, Dermeval Saviani e outros educadores brasileiros, inspirados nas teorias histórico-críticas” (Id., Ibid., p.36).

Sobre Charles Maguerez, o autor do Arco, afirma Berbel (1999, p.2) que não se teve mais notícias, mas em seu esquema

[...] encontra-se um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento de seus alunos e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo e também a preparação para uma atuação política.

Em Freire, o que se identifica fortemente é a proposição de um caminho para chegar a um fim, que é a alfabetização de adultos pela conscientização. Este sim é o *método*⁴⁶ proposto por Freire. Em relação à Educação Problematizadora, não se pode dizer que o autor tenha proposto um método para realizá-la, pois esta se refere a uma questão filosófica na educação.

Embora na obra de Paulo Freire não se encontrem referências a uma “Metodologia Problematizadora”, para Berbel (1999) muitas das características da Educação Problematizadora de Freire são compatíveis com a referida metodologia, havendo em ambas a busca da libertação da passividade do ser humano, a atuação na realidade e sua transformação. A autora afirma que Freire defendeu uma Educação problematizadora que, contrapondo-se à educação bancária, “pudesse servir para a emancipação do homem, para a sua humanização”.

⁴⁶ A rigor o “Método Paulo Freire” é um método de alfabetização para adultos, mas para muitos, é mais do que isso, pois tem o poder de promover o despertar para a cidadania plena e para a transformação social. “É a leitura da palavra, proporcionando a leitura do mundo” (PROJETO MEMÓRIA, 2009). No livro *Educação como Prática da Liberdade*, Freire (1974, p. 112) propõe a execução prática deste Método em cinco fases, que constam do levantamento do universo vocabular dos grupos com quem se trabalhará; da escolha das palavras selecionadas do universo vocabular pesquisado; da criação de situações existenciais típicas do grupo com quem se vai trabalhar; da elaboração de fichas-roteiro que auxiliem os coordenadores de debate no seu trabalho; e da feitura de fichas com a decomposição das famílias fonêmicas correspondentes aos vocábulos geradores.

Ao descrever as etapas da Metodologia da Problematização Berbel (1999) destaca que trata-se de metodologia e não de pedagogia problematizadora ou educação problematizadora, porque no percurso do Arco há um conjunto de técnicas, procedimentos e atividades organizadas para fazer um todo desse Arco. Berbel acredita que

Além dessa forma de trabalhar dentro da perspectiva de uma pedagogia problematizadora, existem muitas outras. O próprio método de alfabetização utilizado por Paulo Freire é um caminho apto para promover uma educação problematizadora e não se utiliza exatamente do esquema do Arco. Então, a pedagogia problematizadora pode acontecer através de diferentes caminhos. Diferentes caminhos que sejam alinhados aos princípios da concepção histórico-crítica, logicamente! Este é **um** caminho possível (BERBEL, 1999, p. 8, grifo da autora).

Destaca também que para concretizar uma concepção pedagógica é preciso lançar mão de meios coerentes com seus princípios. Em vista disso, para a autora o método do Arco de Magueréz “apresenta-se como uma idéia metodológica bastante apropriada para se experimentar na prática vários princípios de uma Pedagogia Problematizadora, visando uma educação transformadora da sociedade” (BERBEL, 1999, p.7)

Para Berbel (1999) fundamentos teóricos e epistemológicos apóiam e justificam a Metodologia da Problematização, considerando que:

Autores como Paulo Freire, José Carlos Libâneo, Dermeval Saviani e outros têm apontado para a importância de uma **Educação Problematizadora** e para uma **Pedagogia Problematizadora**, ressaltando princípios teóricos e sua justificativa, inspirados na concepção histórico-crítica da Educação (BERBEL, 1999, p.7, grifos da autora).

Berbel (1999) afirma que a “problematização” é uma metodologia com orientação geral como todo método, dirigida por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado. Uma verdadeira metodologia, da qual constam cinco passos pedagógicos (*observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução, aplicação à realidade*). A autora afirma que a Metodologia da Problematização dá ênfase à dúvida, à incerteza, à reflexão, que estimulam o desenvolvimento de processos mentais superiores. E problematizar é uma ação que não se restringe a criticar a realidade ou refletir sobre ela, mas permite nela intervir e transformá-la em algum grau, permitindo com isso concretizar o conceito de *práxis* ou, pelo menos, estimular sua consciência, dependendo do nível de desenvolvimento da consciência do indivíduo. Práxis aqui no sentido de prática transformadora, criadora, em que se pretende atingir um grau mais elevado de consciência política.

4.3 ENTENDENDO A OPÇÃO PEDAGÓGICA DA ETIS

A “metodologia problematizadora” aparece no texto de Dal Poz et al (1992, p.60) quando afirmam que a criação da Escola Izabel dos Santos “é uma experiência em curso na qual sobressaem vários aspectos positivos, como a metodologia **problematizadora**, o regimento inovador e a descentralização”.

Estando em suas origens ligada de modo visceral ao Projeto Larga Escala, a ETIS nasceu com uma opção de processo ensino-aprendizagem já arraigada, porque a limitação geográfica da antiga escola de enfermagem do HSE não atendia às necessidades do novo projeto de formação de pessoal de nível médio e elementar dos serviços de saúde, e

Impunha-se, então, como necessidade a organização de uma nova escola que, atendendo aos princípios de descentralização, atendimento integral e qualidade da assistência, não rompesse com a concepção pedagógica do Projeto Larga Escala (DAL POZ et al 1992, p. 58).

Esse pressuposto está consolidado no pensamento dos integrantes desta Escola desde então. A “Metodologia da Problematização” está incorporada à Educação Problematizadora, como instrumento capaz de exercitá-la na prática.

Mantém-se portanto, os fundamentos do PLE no pensamento pedagógico da ETIS, que para construir sua proposta pedagógica reuniu visões diversas do campo da educação (teorias da educação, teorias de currículo, métodos didáticos e teorias e práticas de avaliação). Entende-se que, para esta Escola, a articulação entre Educação Libertadora, Metodologia da Problematização, currículo integrado, integração ensino-serviço-comunidade, é uma forma de prática pedagógica que facilita ao educando uma forma de reflexão sobre a realidade, para nela intervir e transformar em algum grau, o que irá depender do nível de desenvolvimento da consciência de cada um.

Consciente de que é necessário apoiar-se em bases teóricas consistentes, o corpo técnico da ETIS busca atualmente fundamentar suas concepções pedagógicas por meio de grupos de estudos, com discussões e debates, revisitando suas bases teóricas, a fim de compreender como se deu a construção de sua proposta e, além disso, buscar o “encontro” da Saúde com a Educação. Nesse sentido a Escola parece se propor a buscar a articulação entre educação e saúde, uma vez que adota práticas pedagógicas que pretendem atender às necessidades específicas do setor saúde, sem perder de vista a perspectiva do cuidado integral em saúde, como proposto pela Reforma Sanitária.

Para corroborar isto, recorro novamente a Ceccim (2008), que afirma que somente ocorrerá transformação quando acompanhada de correspondente projeto educativo. Naturalmente que não se pode entender uma proposta pedagógica como sendo redentora do

trabalhador extorquido de seus direitos de cidadão. Não se pode atribuir à educação (profissional) toda essa responsabilidade. Mesmo uma educação problematizadora, que pretende ser transformadora, uma educação profissional em saúde que tenha a integralidade como orientadora, tem suas limitações, sendo preciso considerar que todo ser humano é único, cada um com diferentes experiências de vida, diferentes oportunidades, diferentes *modos-de-ser-no-mundo*, lembrando Boff (1999).

Após as considerações realizadas sobre integralidade e cuidado, ficou claro que a integralidade é fundamental na organização de práticas cuidadoras, porém não se pode esperar que produza profissionais que tenham todos a mesma dimensão do cuidado (CECCIM & CARVALHO, 2006). Então, nesta perspectiva, o cuidado pode ser aprendido? A opção da ETIS no que se refere às concepções de educação foi capaz de contribuir para a formação de profissionais aptos para a prática do cuidado integral em saúde?

5 TRABALHO DE CAMPO: ANALISANDO AS RELAÇÕES ENTRE FORMAÇÃO E CUIDADO

É preciso ir além das aparências e compreender o adoecimento bucal além do sujeito que adocece.
(BOTAZZO, 2008)

Neste capítulo apresento a análise dos dados do trabalho de campo da pesquisa realizada com educandos egressos do curso para formação de Técnico em Higiene Dental da Escola de Formação Técnica em Saúde Enf^a Izabel dos Santos, no município de Nova Iguaçu, recordando que o objetivo central deste estudo foi investigar em que medida a formação oferecida pelo curso Técnico em Higiene Dental da ETIS contribui para a prática do cuidado, numa perspectiva que pretende ir além dos procedimentos técnicos e protocolos clínicos, reafirmando o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente no que diz respeito à integralidade do cuidado.

Por estar no universo dos valores e atitudes, essa pesquisa deu-se numa abordagem qualitativa, considerando a afirmação de Minayo (2000, p.21-22):

[...] se falamos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico. [...] A rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: *gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados* (grifos da autora).

Este estudo apresenta ainda, características de natureza aplicada, posto que visa gerar conhecimentos de aplicação prática, sendo seus resultados passíveis de serem utilizados para o aprimoramento da proposta pedagógica da ETIS.

Conforme já detalhado no capítulo quatro, o curso para formação de Técnico em Higiene Dental da ETIS é composto por dois módulos: *Módulo I - Auxiliar de Consultório Dentário* e *Módulo II - complementação para Técnico em Higiene Dental*. O curso, objeto deste estudo, aconteceu em dois momentos: Módulo I, de agosto de 2004 a outubro de 2005, e o Módulo II de agosto de 2006 a junho 2007, com espaço de tempo de 10 meses entre eles. Sob o aspecto da viabilidade do estudo, o CEPD de Nova Iguaçu⁴⁷ foi escolhido para ser o

⁴⁷ Nova Iguaçu situa-se na Baixada Fluminense e faz parte da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Localiza-se a 22° 45' 33" de latitude sul e 43° 27' 04" de longitude oeste, a uma altitude de 25 metros. As terras hoje pertencentes a este município eram habitadas pelos índios Tupinambás, e foram doadas no século XVI a Martim Afonso de Souza pela Coroa portuguesa, como parte da Capitania de São Vicente. Mais tarde esta seria rebatizada como Capitania do Rio de Janeiro, passando à jurisdição da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro.

objeto da pesquisa por sua facilidade de acesso e de articulação com a coordenação de saúde bucal do município.

5.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (CEP/EPJSV) em fevereiro de 2009, obtendo aprovação, com a devida autorização do Conselho Municipal de Saúde do município de Nova Iguaçu para sua realização.

As pessoas que concordaram em fazer parte da pesquisa assinaram termo de compromisso livre e esclarecido, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (CEP/EPJSV) (APÊNDICES D e E).

Para o trabalho de campo utilizei como técnica de pesquisa o grupo focal e entrevistas semi-estruturadas com egressos do curso e cirurgiões-dentistas, seus supervisores na unidade de saúde (APÊNDICES A, B e C). No planejamento inicial a intenção era realizar entrevistas com dois cirurgiões-dentistas, supervisores imediatos daqueles egressos. Contudo, apenas um supervisor, dentre os oito possíveis, se dispôs a participar da pesquisa concedendo entrevista.

O encontro do grupo focal aconteceu em setembro de 2009, contando com oito participantes. A definição destes deu-se em contato prévio feito pela coordenação local do

Num contexto histórico de sucessivas mudanças foi criado o Município de Iguassú (grafia da época). As reviravoltas que sempre marcaram a vida da cidade desde sua formação, com os vários ciclos econômicos, tumultuaram seu nascimento oficial. Em menos de três anos, o município foi criado, extinto, desmembrado e restaurado por diferentes leis, tudo entre janeiro de 1833 e dezembro de 1836. Ainda no final daquele século, uma última mudança: com o progresso e a chegada das estradas de ferro, a sede do município foi transferida da então decadente Iguassú para o florescente arraial de Maxambomba, em 1891. A nova cidade viria a ter seu nome modificado para Nova Iguaçu, em 1916, em homenagem ao nome da primeira sede (que passa a ser conhecida, então, como Iguaçu Velho), e se tornou um gerador de novos municípios, com a emancipação de Duque de Caxias (que englobava São João de Meriti) em 1943; Nilópolis (1947); Belford Roxo e Queimados (1990), Japeri (1991) e, por fim, Mesquita (1999).

Os principais acessos rodoviários ao município são a Rodovia Presidente Dutra (BR-116), a antiga Rodovia Rio-São Paulo (BR-465), a Via Light (RJ-081) e a RJ-105 (Trecho Sul: Estrada de Madureira, Trecho norte: Estrada Dr. Plínio Casado).

A população estimada é de 830.902 habitantes, concentrando-se a quase totalidade na região urbana, apresentando uma densidade demográfica de 1.448,6 habitantes/km². Com um percentual de alfabetização de 93%, o município apresenta 87 escolas estaduais, 103 escolas municipais, e 12 creches municipais e 36 conveniadas.

A Saúde Pública de Nova Iguaçu está assim estruturada: 24 Unidades Básicas de Saúde; 4 Postos de Saúde; 1 Centro Municipal de Saúde; 1 Centro de Saúde do Trabalhador; 3 Unidades Mistas (24h); 1 Hospital Geral de Referência – Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), conhecido como Hospital da Posse; 28 unidades de Programa de Saúde da Família (52 equipes de saúde com 315 agentes); 1 policlínica regional; Unidades de Saúde Mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS): CAPS Álcool e Drogas, CAPS III e CAPS infantil; 32 unidades conveniadas ao SUS.

(Os dados apresentados foram obtidos por meio do site oficial da prefeitura de Nova Iguaçu <http://www.novaiguacu.rj.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=10>. Acesso em 24/11/2009.)

curso, que apresentou a proposta para participação no desenvolvimento da pesquisa, com a qual os oito THDs contactados se dispuseram a colaborar participando do encontro. Dentre os participantes da pesquisa, dois não concluíram o Módulo II, frequentando as aulas até o final da Área 3. Um dos participantes atua em Unidade Básica de Saúde e sete exercem atividade profissional em Unidades de Saúde da Família.

Para as entrevistas, realizadas em outubro de 2009, foram escolhidos aleatoriamente e convidados dois THDs entre os participantes do grupo focal. Nossos encontros, tanto com o grupo quanto para as entrevistas individuais aconteceram em local neutro, fora do ambiente de trabalho.

A entrevista dirigida ao supervisor imediato deu-se na própria unidade de serviço, em local reservado, pela impossibilidade do profissional ausentar-se da mesma, em outubro de 2009. Importante acrescentar que este profissional teve contato com alguns THDs formados pelo curso, por exercer atividade em uma das unidades de saúde em que realizou-se o estágio supervisionado.

As transcrições das falas dos entrevistados, foram efetuadas sempre no feminino, visto ser a Odontologia atualmente uma área eminentemente ocupada por profissionais do sexo feminino. Segundo dados do CFO⁴⁸, somente nas categorias Técnico em Prótese Dentária e Auxiliar de Prótese Dentária a maioria de inscritos é do sexo masculino. Nas demais categorias a proporção de mulheres é maior.

Para preservar as identidades dos pesquisados foram omitidos seus nomes, assim como das unidades de saúde em que atuam, e que estão representadas pela letra X, independente de suas características. As pessoas cujos nomes foram citados durante o grupo focal e as entrevistas estão representadas sempre pela letra Y. Os Técnicos em Higiene Dental participantes da pesquisa foram denominados pela sigla THD. O cirurgião-dentista entrevistado foi denominado pela sigla CD.

O tratamento dos dados da pesquisa se deu por meio da Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (apud MINAYO, 2008, p. 303) é

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

⁴⁸ Conforme tabela da página 56.

Existe uma polêmica entre abordagem quantitativa e qualitativa na análise de material de comunicação. Alguns autores buscam mensurar as significações como critério de cientificidade. Outros criticam a análise de frequência das falas, e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem para atingir uma interpretação mais profunda mediante a inferência (MINAYO, 2008). Para Minayo (Ibid., p. 308) as atuais tendências do uso de técnicas de Análise de Conteúdo conduzem à certeza de que

Todo o esforço teórico, seja embasado na lógica quantitativista ou qualitativista, visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação.

Segundo Campos (2004, p. 613) produzir inferência em Análise de Conteúdo significa mais do que produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, significa “embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores”.

Campos (Ibid., p. 613) apresenta uma descrição das fases da análise de conteúdo de uma forma geral que sintetiza o pensamento de diversos autores. Desta forma, para este autor, a Análise de Conteúdo se dá em três fases: I) Exploração do material ou de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas; II) Seleção das unidades de análise (ou unidades de significado); III) Processo de categorização e sub-categorização.

Na fase I acontece o contato inicial com os documentos a serem analisados para conhecer o contexto e deixar fluir as primeiras impressões e orientações. Nesta fase há o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as fases seguintes.

Na fase II, as unidades de análise podem ser constituídas por palavras, sentenças, frases, parágrafos, ou um texto completo. Há várias opções de recorte a serem utilizados, com diversas modalidades de Análise de Conteúdo como: Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação (MINAYO, 2008). Campos (2004) e Minayo (2008) concordam que a Análise Temática é a mais simples e considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde, motivo pelo qual há um maior interesse dos pesquisadores em utilizá-la.

Esta modalidade de Análise de Conteúdo leva ao uso de sentenças, frases ou parágrafos como unidades de análise. A escolha das unidades de análise temática (temas) se deve a “uma conjunção de interdependência entre os objetivos do estudo, as teorias

explicativas adotadas pelo pesquisador e por que não dizer as próprias teorias pessoais intuitivas do pesquisador” (CAMPOS, 2004, p. 613).

Na fase III, as categorias emergem como “grandes enunciados que abarcam um número variável de temas” (Id., Ibid., p. 614), segundo um grau de proximidade e exprimem significados que atendem aos objetivos de estudo. Essas categorias podem ser *apriorísticas*, nas quais o pesquisador já possui de antemão categorias pré-definidas; ou *não apriorísticas*, que emergem do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa.

Campos (Ibid.) acrescenta que o agrupamento das unidades de análise pode ser feito por *frequenciamento* (repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes) ou por *relevância implícita* (tema importante que não se repete no relato de outros respondentes, mas que guarda relevância para o estudo), e considera que as duas modalidades não são excludentes.

Diante do exposto, o tratamento dos dados obtidos por meio desta pesquisa foi feito com base na técnica de Análise Temática, com categorização apriorística e não apriorística, uma vez que a definição dos temas e subtemas se deu tanto antecipadamente quanto ao longo da leitura e sistematização do material coletado nas entrevistas.

O agrupamento dos dados obtidos foi feito com base no critério de relevância implícita sem, contudo, desconsiderar em algumas ocasiões o frequenciamento de conteúdos nas respostas dos entrevistados.

A interpretação dos dados, tendo como foco o objetivo da pesquisa, foi realizada à luz do referencial teórico apresentado, e também da própria vivência profissional da pesquisadora.

5.2 DEFINIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA

Sendo o objetivo central deste estudo investigar em que medida a formação oferecida pelo curso Técnico em Higiene Dental da ETIS contribui para formar profissionais para a prática do cuidado, dois temas necessariamente deveriam ser previamente definidos, sendo portanto, unidades temáticas apriorísticas: a formação profissional e o cuidado. Entretanto, considerando que os processos no decorrer de qualquer pesquisa não são totalmente previsíveis, alguns temas emergiram no decorrer das entrevistas como unidades temáticas não apriorísticas, decorrentes do contexto vivido naquele momento pelos sujeitos da pesquisa, atravessando todo o processo e influenciando o conteúdo de sua mensagem. Ignorar esses novos temas seria “engessar” o estudo desconsiderando conteúdos que influenciaram intensamente nas condições de produção das mensagens.

Às vésperas da data da realização do grupo focal uma determinação da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu mobilizou os entrevistados, influenciando intensamente seu discurso. Esta determinação trata-se da demissão de todos os profissionais em atividade nas unidades de saúde do município com vínculo de trabalho por contrato temporário. A decisão, que afetou a todo o grupo, veio em decorrência de deliberação do Ministério da Saúde, relativa à desprecarização do trabalho em saúde, objeto da Portaria/GM nº 2.430/03, que criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, visando o desenvolvimento de ações que promovam a oferta qualitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, com a garantia de direitos e deveres aos trabalhadores da área da saúde.

Devido a limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, estados e municípios buscaram alternativas de contratação de novos trabalhadores, porém, sem orientações claras sobre como proceder. Os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas. Com isso, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho.

A solução encontrada pelo município de Nova Iguaçu, que havia passado recentemente por auditoria do Ministério da Saúde, foi a demissão dos trabalhadores contratados via cooperativa e sua re-inclusão, sob uma nova forma de contratação, diretamente pela prefeitura, por meio de uma seleção pública e posterior realização de concurso. Seria divulgada no Diário Oficial do município de Nova Iguaçu nos dias subsequentes à demissão desses trabalhadores, uma relação nominal de quem estaria selecionado para o trabalho nos serviços por meio desta seleção pública. No momento do encontro do grupo focal, apenas um dos participantes da pesquisa já havia sido incluído em lista nominal já publicada; outros estavam em serviço, mas sem garantia de continuidade; outros ainda estavam à disposição, com remuneração garantida apenas até a data de vencimento do contrato, que seria no início do mês de outubro de 2009.

Este acontecimento, que resultou numa atitude de espera por parte dos entrevistados, delineou uma unidade temática específica para análise por ter influenciado de modo longitudinal nos resultados da pesquisa. Outros temas relacionados à política, à gestão do trabalho e Programa Saúde da Família, estiveram presentes também ao longo de todo o conteúdo das falas.

Em última análise, todas as unidades temáticas selecionadas foram pensadas no sentido de identificar sua influência na produção do cuidado integral em saúde, favorecendo sua realização, ou proporcionando a criação de obstáculos. Na medida do possível esses temas serão relacionados também à formação oferecida pela ETIS, de forma a perceber se esta formação se dá considerando condições ideais de trabalho, ou se esta se baseia, conforme os pressupostos da Escola, nas reais condições dos serviços de saúde, partindo da observação das dificuldades encontradas no cotidiano destes serviços, identificando causas, determinantes e natureza, para com base em suportes teóricos, propor hipóteses de solução para modificar a realidade.

Deste modo, as unidades temáticas selecionadas para discussão neste estudo foram: *Cuidado; Formação; Transição/espera; Política; Trabalho; Programa Saúde da Família*. Naturalmente esses grandes temas foram apresentando ao longo do processo diferentes aspectos, originando sub-temas, que serão apontados no momento da discussão particularizada de cada tema maior.

Inicialmente abordarei os temas que estiveram presentes de modo contínuo nas falas dos entrevistados, para num segundo momento desenvolver os temas centrais do objeto deste estudo: formação e cuidado.

5.2.1 Transição/espera

Este foi um dos temas que atravessou de modo longitudinal todo o encontro. O que se pode identificar de modo geral é uma certa resignação, no sentido de esperar para ver o que irá acontecer.

THD: [...] *Eles alegaram isso que eu tinha duas situações. Só que cooperativa não é situação nenhuma. Você não tem vínculo nenhum, não tem direito nenhum. [...] Mandou aguardar e fazer inscrição. Estou aguardando.*

THD: *Na mesma situação. [...] Estou trabalhando no PSF de X. O restante é a mesma situação. Aguardando. Está todo mundo esperando.*

THD: [...] *eu trabalho, estava trabalhando em X, e aconteceu a mesma coisa que com ela: fui transferida para X [...] Isso é triste porque a gente vê tanta gente precisando, e o material que estava lá em X fica todo se perdendo. O governo não disponibilizando verba [...] Tem medicamento. Tem material. Tem uma sala disponível montada. [...] Agora estamos aguardando a situação ficar resolvida. Vamos trabalhar, mas não sabemos se estamos empregadas.*

Apenas uma fala expressa indignação, que apesar de compartilhada por todos, somente foi externada por uma pessoa:

THD: *Hoje estou atuando no X, também aguardando, sem saber o que vai acontecer com a gente. Estou indignada! Falo isso porque a gente vê pessoas que nem têm CRO e já foram selecionadas! Nós que estamos desde o início, nosso nome ainda não saiu! Estou indignada sinceramente com essa situação! Estou aguardando. É o que eu falei... Estou aguardando para ver o que vai acontecer. O que eu passei para eles é o seguinte: eu não vou perder quatro ou cinco anos de PSF. Vou correr para ver os meus direitos se meu nome não sair na lista. Só isso que eu falo.*

Isto me levou a uma reflexão de Botazzo, que afirma que

[...] a sociedade atual cria dispositivos de “convencimento” e implementa políticas de pacificação que visam obter conformismo [...], porque escondem-se dos homens a verdade da sua existência e as verdadeiras causas do seu mal-estar (BOTAZZO, 2008, p. 5).

A transição aparece interferindo no processo de trabalho e limitando a prática do cuidado:

THD: *[...] Você dá acesso a essa comunidade a dentista, ter direito a dentista. Depois de um ano, você faz o tratamento dessas pessoas. Você leva a informação, faz uma promoção de saúde. Aí vem essa informação nova lá da secretaria de saúde que vai ter só uma equipe. E as outras equipes? O usuário tem direito a elas, ao acesso à saúde bucal, a dentistas, e tiram! E aí? O que é que a gente vai fazer? Quando veio essa informação, meu Deus! O que a gente vai fazer com essa comunidade? Eu pensei logo no paciente que precisa muito, dona Y, o filho... Eu passei uma informação. Meu trabalho é de dar palestra, falar sobre saúde bucal. Quando você chega perto da criança ela te fala: Poxa tia! Eu estou fazendo tudo que você me ensinou. A mãe também vem falar: eu estou fazendo. Quer dizer, eu estou tentando mudar os hábitos da criança, aí de repente vem essa informação! Desestimula!*

Mas seriam os “dispositivos de convencimento” tão influentes que, apesar de compreenderem a ilegitimidade da situação, as pessoas não conseguem se mobilizar em torno de uma causa comum como a organização dos trabalhadores contra a precarização do trabalho?

5.2.2 Política

A política está presente em todo o conteúdo das falas dos THDs de maneira muito forte, apresentando diferentes nuances. Cargos estratégicos da administração pública podem estar ocupados por pessoas que se utilizam de mecanismos que limitam extremamente os processos de trabalho:

THD: *[...] Não sei nem se eu deveria falar isso. Eu vou falar aqui pelo município de Nova Iguaçu. [...] A gente infelizmente aqui não faz um serviço por causa da política. A política impera [...] Estavam treinando a menina que diziam que era para me tirar. A menina não tem o CRO, não faz o curso, e estão preparando ela para botar lá porque ela é parente de político. E aí? [...] Então, enquanto a política imperar aqui não vai se fazer um bom serviço. Não vai se fazer um bom trabalho nunca! A mesma coisa a quantidade de pacientes que quer botar porque vem parente do fulano. Porque o fulaninho é parente, não pode desagradar [...] Infelizmente não é só na Odonto não, é a saúde em geral. Eu quero terminar assim [...] eu estava engasgada com isso!*

O uso político que estado ou municípios podem fazer dos programas de formação promovidos pelo Ministério da Saúde têm como repercussão a criação de expectativas de colocação nos serviços de saúde:

THD: [...] A gente tinha toda a impressão que a gente era o pessoal modelo para estar trabalhando na rede. A impressão que era dada era essa, que a gente estava sendo os pupilos desse projeto. Essa idéia, embora não tenha sido passado nada que seria certo a gente trabalhar ali, criou muita expectativa em todo mundo.

THD: [...] Quando passou uma circular na unidade, seria isso: uma qualificação de profissionais de saúde, entendeu? Então você cria aquela expectativa de um desvio, sei lá, melhorar a sua renda [...] eu pelo menos criei essa expectativa também. Ter um salário melhor, ter uma outra profissão melhor. [...] E nadamos, nadamos, e morremos na praia!

Pode também haver pessoas na administração que promovam agilização da gestão do trabalho. Entretanto, os progressos obtidos parecem estar invariavelmente relacionados a iniciativas individuais e não são resultado de uma política institucionalizada.

THD: Eu quero fazer um comentário que parece até “puxasaquismo”, que é uma coisa que eu não suporto, mas de tudo que a gente falou que a gente conseguiu com esse curso, tem muita coisa que a gente esperou que ia ser melhor e não aconteceu. Mas algo de bom aconteceu e a gente não colocou aqui hoje. Eu me lembro muito bem como era a saúde bucal antes da Y entrar na administração. Eu me lembro muito bem do que foi feito pela saúde bucal em Nova Iguaçu. [...] Hoje, com toda precariedade, toda deficiência que nós temos, o que nós conseguimos em Nova Iguaçu foi por ela.

O que nós, brasileiros em geral, entendemos como política hoje está “contaminado” pelo mau uso que se faz dela, de modo que nos afastamos e assim fragilizamos nossa consciência política. Basta verificar o quanto estão hoje esvaziados os movimentos sociais, lembrando que foi por esta via que se chegou, no final da década de 1980, ao Sistema Único de Saúde.

Na fala dos entrevistados pode-se perceber que eles conseguem identificar as diversas faces da política, embora não consigam ainda se mobilizar para buscar mudanças.

5.2.3 Trabalho

Para analisar esta unidade temática, reporto-me às reflexões sobre a essência do ser humano, apresentadas por Frigotto (2009, p.169) acerca da polissemia do termo trabalho sob as óticas do senso comum, do pensamento liberal e do marxismo. Este autor considera que o sentido do trabalho “só pode ser efetivamente real no campo contraditório da práxis e num determinado tempo e contexto histórico”. Ele fala do trabalho em sua dimensão ontocriativa,

em que sendo um processo de criação e recriação da própria existência humana, não pode ser reduzido à atividade laborativa ou emprego.

Sob esse ponto de vista, é importante pensar sobre as condições reais de trabalho no universo pesquisado. Num aspecto mais geral relativo ao trabalho em saúde, na fala dos entrevistados a precarização do trabalho salta aos olhos e pode-se constatar o pensamento de que sem união, nenhuma categoria profissional alcança seus direitos como trabalhador, como cidadão. As formas diferenciadas de vínculos trabalhistas, a formação técnica como forma de valorização do trabalho estão evidenciadas e refletem conflitos entre diferentes categorias profissionais:

THD: [...] o nosso salário é horroroso. THD e ACD são a mesma coisa. Não tem diferença nenhuma.

THD: O agente de saúde ganha mais do que nós que somos técnicos. [...] não tem formação nenhuma [...] e outra coisa: tem todos os direitos. [...] e o salário deles ainda vai aumentar... tem insalubridade. Tem ajuda de custo para fazer visita [...].

THD: Mas a situação deles é diferente. Eles são estatutários. [...] A questão é a seguinte: eu acho que se a gente for olhar por esse aspecto a gente vai discutir. A situação deles é uma e a nossa é outra. [...] E tem uma outra coisa também, eu vou aproveitar que aqui tem pessoas de várias unidades. O pessoal não tem união como eles tinham. Tinha e têm [...] Se eles quiserem parar o sistema eles param. A gente não para nada!

THD: [...] Quando estava para o agente comunitário se efetivar, e até hoje, se tem reunião pelo sindicato eles vão lá na unidade avisar. Teve reunião do sindicato para os cooperativados, que somos nós. Eu não fiquei nem sabendo! [...] A primeira reunião eu fiquei sabendo assim: ia ser duas horas da tarde e me falaram ao meio dia. Eu estava na unidade trabalhando. Da segunda reunião não fiquei nem sabendo.

Sabendo que o corporativismo está presente nas relações profissionais (o que é visível no caso dos ACSs e também na Medicina e Enfermagem), fica a percepção de que é necessário olhar esta questão sob outro ponto de vista em busca de soluções para estes contrastes, de forma a ultrapassar a fragmentação na luta por condições de trabalho, ocasionada pelo corporativismo profissional, em que cada categoria busca sozinha sua regulamentação e valorização. O que talvez possam ser metas viáveis de serem alcançadas, sejam a busca da implementação real do caráter substitutivo da estratégia de Saúde da Família que, como já discutido, vem na verdade reproduzindo o modelo tradicional de assistência, e a efetivação da desprecarização do trabalho para todas as categorias profissionais proposta pelo Ministério da Saúde.

Ainda sob um aspecto geral, a saúde do trabalhador parece ser identificada como um fator decisivo para o cuidado com o usuário, e as condições de trabalho são vistas como essenciais para a prática profissional consciente:

***THD:** A gente fica falando só da saúde dos pacientes mas tem também a saúde dos técnicos e dos auxiliares, não é? É um caos [...] e para os profissionais falta tudo. [...] A gente não tem insalubridade, luvas, material de limpeza, máscara... [...] nós temos que estar bem para atender bem, trabalhar bem. Nós profissionais, Técnicos de Saúde Bucal, Dentistas, a gente tem que estar bem para atender bem.*

Assim, pensando no trabalho e em todas as mediações que se estabelecem para sua realização, identifiquei ao realizar a análise das falas dos entrevistados, diferentes nuances que, numa visão macro sugerem dizer respeito à gestão do trabalho, e que ao serem melhor examinadas refletem questões inerentes ao processo de trabalho, com conseqüências para a saúde do trabalhador do setor saúde; à relação entre membros da equipe de saúde decorrentes deste mesmo processo de trabalho; às atribuições do THD conferidas por lei e as realizadas de fato; às relações trabalhistas que se dão de maneira diferenciada entre categorias profissionais. Tudo isso com reflexos na prestação de cuidados aos usuários.

Procurando compreender a realidade dos profissionais pesquisados sob seus diferentes aspectos, suas contradições, seus movimentos e tendências, subdividi esta unidade temática maior em subunidades, as quais denominei *Processo de trabalho, Trabalho do THD, e Relacionamento entre membros da equipe.*

O processo de trabalho

Se o trabalho em saúde resgata o sentido ontológico do trabalho ao se voltar “para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital” (RAMOS, 2007, p. 54), paradoxalmente a administração dos serviços não favorece o processo de trabalho em saúde, sobretudo no que diz respeito à produção do cuidado integral, impondo na verdade sérias limitações à sua realização, distanciando-se do que deveria ser o objetivo central do serviço, que é satisfazer as necessidades de saúde do ser humano:

***THD:** Trabalhando entre aspas, porque o consultório não foi montado. A gente chega lá, fica sentada debaixo da mangueira vendo o tempo passar para cumprir o horário.*

***THD:** A gente só pode sair com o agente comunitário da área. A gente não pode ir sozinho. Depende do funcionário para ir.*

THD: [...] Lá na minha unidade tudo é guardado a sete chaves. Queria uma caixa de luvas... Quantos pacientes tem? Dão a quantidade certa. A luva não rasga, não cai no chão, nada disso! Tem que ser aquela quantidade.

THD: [...] Nosso sistema era assim: marcava sexta feira para a minha equipe, aí depois na quarta-feira a outra doutora com a ACD marcava uma palestra também. Logo depois marcava as consultas. Só que como está havendo essa transição, muitas vezes a primeira consulta não era feita. [...] Por mais que a gente falasse que houve empecilhos devido a problemas que estamos atravessando, logo de primeira a gente perde a credibilidade. As pessoas saíam de lá revoltadas. Batiam a porta, queriam falar com o coordenador. Acham que a culpa é nossa. Por mais que a gente chegasse a consolar ela, consolar com que? [...] A gente não tinha luva de procedimento. Então pensamos em trabalhar a partir de doações. Chegamos a aceitar alguns casos em que a pessoa doava a própria luva. [...] Depois foi dito que não pode ser feito assim. Estava tendo um tipo de discriminação. Quem podia doar luva era atendido, quem não podia não era atendido. [...] Aí foi que começou a ajuda também do próprio Y que buscou os contatos dele e foi conseguindo. [...] Uma necessidade que a gente tinha de quinze unidades, ele arrumava três, entende? Então, a gente começava a fazer um atendimento hoje, amanhã já não tinha mais.

THD: Material para fazer raios-X só tem revelador, não tem fixador. É sempre assim, sempre falta alguma coisa. Lá eu não tenho resina, não tenho foto⁴⁹. Não tenho agulha. Como é que vem uma coisa e não vem a outra? [...] Se ionômero⁵⁰ a gente pede um kit, porque que só vem o líquido? Não vem, e às vezes vem fora da validade. Um na validade, outro fora da validade. A gente tem que estar trabalhando aos poucos.

THD: [...] Lá teve uma remessa só de escova, eu ainda tenho um pouquinho. Só que eu pedi ao Y. Ele falou que por enquanto ainda não tem. Por quê? [...] Esse mês agora faz seis meses que eu fui na escola e dei a escova. Então tem que retornar lá para distribuir escova de novo. Aí já não tem. E como fica? Como a gente vai dar sequência ao trabalho?

A falta de acesso ao tratamento odontológico imposta pelos problemas de infraestrutura, com conseqüente limitação à produção do cuidado, gera por parte dos usuários dos serviços a busca de alternativas que lhes proporcione o atendimento. Como observado por Abrahão e Cassal (2009): o produto das ações de saúde se dá na relação entre profissionais e usuários que, se não conseguem obter a satisfação de sua necessidade pela via legítima da legislação, encontram formas alternativas para contornar a burocracia e a falta de acesso aos serviços de saúde.

THD: Porque o “fulaninho” foi atendido e eu não fui? Aí até você explicar que o caso dele é emergência, ele diz: ah! O meu também é...

THD: Mas aí eles começam a mentir. Todo mundo diz que é emergência, então [...]

⁴⁹ Referência ao fotopolimerizador, que é um aparelho utilizado para polimerizar (endurecer) materiais odontológicos à base de resina.

⁵⁰ Ionômero de vidro é um material odontológico cuja apresentação comercial é um frasco de pó e um frasco de líquido.

THD: *O paciente faz fichinha e diz: estou com dor. Quando chega na cadeira do dentista ... Aí não tem como levantar...*

Nas atribuições do Técnico em Higiene Dental constam algumas atividades administrativas, contudo é possível identificar na fala dos THDs a extrapolação dessas atribuições no afã de fazer com que o atendimento ao usuário aconteça:

THD: *A gente não trabalha bem porque quando você procura: eu preciso disso, cadê isso? Eu preciso daquilo... Se eu tenho que levar isso para fazer o atendimento na casa, para fazer VD⁵¹: cadê a ficha? Tem que tirar xerox. Você tem dinheiro? Você tem que meter a mão no bolso, seu salário não é lá essas coisas!*

THD: *Muitas vezes me pedem para buscar o próprio material. Muitas vezes eu fui! [...] Mas não é permitido e eu vou com um medo terrível porque no trajeto até lá pode me acontecer alguma coisa. [...] Muitas vezes você tem coisas caríssimas ali, entendeu? [...] e me sentiria muito mal em ser acusada de fazer uma coisa que eu...*

THD: *Então você que tem que se virar para pegar o material para poder trabalhar. Aí você fala com a chefia: está faltando. Ah! Não posso, tenho uma reunião, tenho que ir não sei aonde. Ou você vai lá e pede alguém para ir contigo pegar o material ou você não trabalha.*

O nível de priorização da saúde bucal para os gestores está assim explicitado na fala da supervisora:

CD: *no topo da pirâmide, lá na gestão, a saúde bucal, a boca é vista como separada do corpo, está fora. Então, se tem concurso não vamos chamar a coordenação de saúde bucal para participar? Precisa de vaga? Quantas vagas? Quais são os profissionais? Para você ver como é essa parte cultural, quando ela chega aqui em baixo é uma bomba! É como se fosse chuva. Enquanto ela está lá em cima é uma coisa. Quando chega aqui a velocidade e o peso dela já é outro. Por exemplo: dentista com carga horária de 20 horas no PSF, que não foi contemplado, normalmente com especialidades que eram necessárias no CEO... Não passou pela coordenação. A coordenação não soube quantas vagas, não soube de nada! Porque não foi notificada! Houve outros problemas, com relação ao Ministério Público [...] muitas decisões são tomadas que não passam pela coordenação. Às vezes até contratação de profissional dentista. Tem dentista com determinada especialidade dentro do CEO, que não tem aquela especialidade, ou que não tem especialidade naquilo que precisa. Aham que o dentista é igual ao médico. Ele é cardiologista, mas pode botar ele aqui como clínico geral. Para o médico é uma coisa, mas para o dentista é diferente.*

Percebe-se assim que a Odontologia ainda não está organicamente inserida no processo de construção do sistema de saúde brasileiro. Na gestão municipal, ao menos no município em questão, a área da saúde bucal sequer participa das decisões relativas ao seu próprio campo de trabalho.

⁵¹ VD: Visita Domiciliar.

O trabalho do THD

Os relatos sobre qual é o trabalho do THD apontam a realização de ações de promoção e prevenção em saúde, individuais e coletivas como: fazer o acolhimento do paciente, educação em saúde, escovação supervisionada, aplicação de selante e flúor, orientação sobre dieta e higiene pessoal, que aparecem mais fortemente em seu discurso, além de procedimentos clínicos de tratamento odontológico como raspagem e polimento supra-gengival para remoção de cálculo⁵².

Fica clara a subutilização do profissional THD nos serviços, como observado por Pezzato (2001). Embora tenham consciência de que sua ação, tal como prevista nas atribuições definidas pelo CFO, pode contribuir para melhorar o processo de trabalho, apontam a educação em saúde como sua atividade central.

Mesmo sendo a educação em saúde trabalhada de forma diversificada no guia curricular do curso para formação de THD, as atividades são denominadas de modo geral como “palestra”, seja qual for o meio de comunicação utilizado.

A centralidade na educação em saúde parece ser consequência de um processo de trabalho prejudicado por deficiência administrativa nos vários níveis, porém não se identifica, por parte dos THDs, uma postura mais ativa que indique uma tentativa de buscar mecanismos que possam favorecer mudanças nessa forma de organização das atividades.

A utilização geral do termo “palestra” para indicar atividades de educação em saúde pode revelar uma persistência do modelo tradicional de educação, modelo a que a ETIS se contrapõe.

THD: [...] *Meu trabalho é de dar palestra, falar sobre saúde bucal.*

THD: *Faz uma palestra variada. [...] Vai desde o bebezinho de colo até o vovô do bebezinho. [...] A doutora tem o bocão⁵³, nós temos o escovão. Eu entrei em contato com uma empresa de produtos odontológicos que deu um “standezinho” com algumas escovas, para ver a variedade de escovas, fio dental. [...] Então a gente vai desde o bebezinho, a gestante, ensinando já a fazer higienização com fralda ou gaze após a mamada, limpar o seio, até o idoso que usa prótese para ter o cuidado com aquela prótese. Quando o paciente idoso que usa prótese está na cadeira, vemos que muitas vezes ele já está com a prótese deteriorada. A gente orienta para que ele não fique naquela situação.*

Quando pergunto de que forma são organizadas as “palestras”, de modo geral as respostas apontam uma frequência de realização em torno de duas vezes por semana, para um

⁵² Cálculo é o que se conhece popularmente como tártato. Raspagem e polimento supra-gengival refere-se a procedimento que visa remover o cálculo aderido ao dente no nível acima da borda livre da gengiva.

⁵³ Referência aos macro modelos utilizados na educação em saúde bucal, que constam de arcadas dentárias superior e inferior e escova dental em tamanho maior que o natural.

público de 15 pessoas em média. A motivação do usuário é uma preocupação presente no planejamento das atividades, sendo a dramatização um recurso bastante utilizado para este fim.

THD: *A ACD fica comigo, para pegar alguma coisa porque se a gente para, se não tem uma dinâmica, eles se estressam. É muita gente! Criança, idoso. A gente marca para várias pessoas. No mínimo 15 pessoas.*

THD: *Teatro, tem que ter teatro. Para prender a comunidade, tem que ter teatro.*

A saúde bucal só começa a ser priorizada pelas pessoas a partir do momento em que suas necessidades mais básicas de saúde são atendidas. Diante disto, o processo saúde-doença bucal ainda não é bem entendido e valorizado pelo usuário do sistema de saúde de maneira geral. Desta forma, retomo o questionamento: é possível “aprender” formas de abordagem que pretendam sensibilizar o usuário que manifesta descrédito em relação às recomendações sobre as práticas de cuidado, considerando-se a educação em saúde uma forma de cuidar? O que se verifica na análise das falas é que a educação em saúde muitas vezes “necessita” ser realizada como moeda de troca para o atendimento curativo:

THD: *Teve um dia que agendamos palestra para os pacientes marcados tanto com o médico quanto com o dentista. Eles não queriam assistir à palestra. Só que a gente falou: só vai ser atendido quem assistir à palestra.*

THD: *[...] E muitas vezes a palestra faz parte do atendimento. Se não passar pela palestra não pode fazer a consulta. A gente tem que atender um por família, e muitas vezes tem família numerosa. A mesma mãe tem que ir duas, três vezes para assistir basicamente a mesma palestra. De repente até por esse motivo ela acha que já sabe. [...] Mas o intuito é que leve a criança.*

No mesmo sentido da educação em saúde como imposição, aprender a fazer a higienização da boca nem sempre aparece como necessidade percebida para o usuário, que não vê esta atividade como prazerosa, sendo na verdade também uma imposição:

THD: *Um casal mais novo fala que obriga a criança a escovar o dente. Então é uma penalidade. [...] Não é um lazer, um momento de carinho. [...] Minha filha tem três anos. Ela tem a escovinha dela, ela quer escovar sozinha, eu deixo. Aí depois... deixa só eu dar uma olhada para ver. Eu acho que não ficou direito. Com muito custo ela deixa. Às vezes eu tenho que convencer que ela tem que cuidar de mim. Você dá uma olhada no meu? Ela escova meu dente. Aí a gente faz daquele momento ali um momento de brincadeira, lazer, mas no final a gente está se educando. Muitas vezes vem como forma de penalidade. E quando a gente detecta isso, eu dou uma bronca logo nos pais. Teve um caso que toda vez que eles saíam, compravam uma quantidade imensa de doce.*

O relacionamento entre membros da equipe

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam que o processo de trabalho das equipes de saúde bucal não deve restringir-se ao trabalho técnico odontológico, devendo haver interação entre seus membros e os demais componentes da equipe de saúde, para que seja possível atender ao indivíduo em todas as dimensões humanas, realizando as ações previstas, da promoção da saúde até a reabilitação, nos níveis individual e coletivo. As atividades educativas e preventivas, a nível coletivo devem ser realizadas pelo THD e pelo ACD, o que reverte em otimização do trabalho do cirurgião-dentista, que fica com maior disponibilidade para executar procedimentos mais complexos a nível individual no paciente. O trabalho do THD no nível individual, ao realizar procedimentos de menor complexidade técnica, favorece ainda mais a execução de outras ações pelo cirurgião-dentista.

Os problemas identificados na gestão do trabalho envolvendo a subutilização do THD, a não observação de pressupostos da estratégia de Saúde da Família, como a utilização do segundo consultório na modalidade II para atuação do THD, para o qual existe verba para aquisição, e que resultaria em maior produtividade, se refletem no número de atendimentos que ficam aquém do necessário devido à grande demanda reprimida existente, o que foi possível constatar a partir do curso, como se vê na seguinte observação:

THD: *Então depois que eu conheci o curso eu vi essa integração, e vi o resultado do que pode ser feito associado, inclusive até com o sistema de módulo. Você tem condição de fazer um atendimento maior, maior quantidade. Eu acho que a idéia do sistema único devia ser assim, como já tem várias clínicas particulares até trabalhando com três, quatro cadeiras. Ia agilizar muito. Eu acho que seria a solução do problema em relação a isso.*

Para que a atenção ao usuário aconteça conforme as orientações da nova política de saúde bucal, o relacionamento entre os membros da equipe de saúde deve ser o mais harmônico possível. Neste sentido o que se aprende como preconizado pode gerar conflitos entre teoria e prática:

THD: *Se a equipe não está bem, afeta o relacionamento entre eles. Se o dentista não se relacionar bem com o auxiliar ou com o THD... Eu acho que tem que existir um momento de conversação entre eles, um diálogo, uma preparação para depois atender a comunidade [...] Eu aprendi no curso que deveria existir desde o momento que se entra na unidade até o momento que sai. Só que quando a gente chega lá nem todo mundo fez o curso. Já me falaram mesmo: a teoria é uma coisa, a prática é outra. Bom, mas eu não aprendi assim. Problema seu! Eu não aprendi assim. Aqui é cada um por si. Não é um trabalho de equipe.*

O preparo do cirurgião-dentista para o trabalho no PSF, que tem como um de seus pilares o trabalho em equipe, aparece com diferentes características podendo contribuir, ou não...

THD: *A dentista que eu trabalhei sempre falava que ali quem mandava era ela. A autoridade máxima era ela. Nesse posto é diferente. Eu trabalho com três dentistas. Eu tenho um relacionamento excelente com elas. São pessoas humildes, são pessoas simples, que ouvem a opinião do THD, do ACD. Se é bom para todo mundo vamos fazer assim, entendeu? Elas não impõem.*

THD: *O meu relacionamento com a dentista é tranquilo. [...] Visita ela não gosta de fazer. A palestra ela foi fazer, e até quer ir de novo, mas não é o forte dela. Ela quer chegar, atender e ir embora! O negócio dela é esse! Mas até que flui. Se eu vou fazer uma visita e vejo que o paciente está necessitando, eu digo: dona Y, a senhora pode ir lá que a doutora está lá hoje e vai atender a senhora. Só que a dona Y chega lá, se ela estiver num dia bom ela até atende, do jeito dela, mas atende. Mas se ela não estiver a fim, ela não atende.*

Os procedimentos que poderiam ser realizados no usuário pelo THD ficam comprometidos pelo não cumprimento da norma de trabalho na modalidade II do PSF, trazendo alguns desconfortos no relacionamento profissional:

THD: *Não é que ela não me dê oportunidade. É que ela prefere fazer! Ela trabalha muito rápido. Então só tem uma cadeira. Para ela levantar para eu fazer alguma coisa, ela prefere fazer tudo!*

Do ponto de vista da supervisora, na unidade em que ela trabalha, existe interação entre os membros da equipe de saúde bucal, com o pessoal auxiliar participando ativamente das reuniões, porém aparentemente há uma cisão. Embora haja uma relação de respeito e alguma integração entre os membros da equipe de saúde como um todo, permanece a fragmentação, existindo a *equipe de saúde* e a *equipe de saúde bucal*, a despeito do movimento de valorização da saúde bucal percebido no Ministério da Saúde. Para que a estratégia Saúde da Família caminhe na direção preconizada este é um obstáculo a ser vencido. A necessidade de incorporação de outros profissionais à equipe de saúde é apontada como fator facilitador do processo de trabalho.

CD: *Ah! Sempre opinando, sempre! Porque o nosso diálogo sempre foi muito aberto. Inclusive entre as três equipes. Nós víamos as dificuldades e tentávamos adaptar, porque às vezes até de uma unidade para outra, de um bairro para outro existem coisas que você não pode trazer. Como eu vim de outra unidade para cá, e aqui era uma unidade que estava começando, eles contavam com a experiência que eu tinha. [...] O curso introdutório do PSF, toda equipe para ser inserida naquela unidade tem que ter o curso introdutório. Nenhum teve. Então tudo era novidade e eles aproveitaram a experiência que eu tinha de outra unidade para começar o trabalho aqui, todo o trabalho. Olha a responsabilidade! E tinham coisas que funcionavam lá que não funcionavam aqui! Então a gente tinha que sentar...olha isso aqui não tá dando certo. Aqui são três equipes, e o atendimento da livre demanda é de outra maneira. O médico trabalha assim, assim, assim. A gente tem que ver, ou a gente*

vai trabalhar conforme o médico trabalha ou não. Aí não, não pode trabalhar assim, então o que a gente vai fazer? Nós sentávamos, todos nós [...] era muito nosso, porque nós é que estávamos recentes ali. [...] Tem outros profissionais que precisavam também estar inseridos para que nós pudéssemos ter mais tempo e trabalhar melhor.

A detecção de deformações no trabalho em saúde fez parte do processo educativo, como sugere Pereira (2000), todavia isso não implicou necessariamente em capacidade de mobilização para promover mudanças.

5.2.4 Programa Saúde da Família

Como abordado anteriormente, as propostas de reorganização do modelo de atenção à saúde concentram-se em torno da Atenção Básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, que vem produzindo experiências distintas, por vezes ainda reproduzindo o modelo tradicional de assistência, embora sob a denominação de Saúde da Família. Apesar de constatarem os desafios a serem vencidos os THDs egressos identificam nesta proposta uma chance de exercitar a prática do cuidado ultrapassando os procedimentos técnicos apenas.

A falta de preparo dos profissionais para o trabalho no PSF fica patente na fala coletiva assim expressada:

THD: *A maioria dos dentistas que trabalha no PSF não sabe nada de PSF. Muito menos o perfil não tem. Minha dentista chega duas horas, duas e meia da tarde, até três horas. Então até ela chegar eu já fiz tudo que tinha que fazer com a comunidade.*

A gestão do trabalho na determinação de profissionais que irão exercer atividade em unidades de Saúde da Família apresenta reflexos:

CD: *[...] Eu conheço buco-maxilos, vários, não é um, que falam assim: eu não faço restauração desde a época da faculdade. A minha última restauração foi na faculdade. E esses profissionais, por causa desse concurso que teve, porque eles tiveram que chamar uma quantidade maior, foram jogados no PSF! Totalmente fora da realidade. Não conhecem. Mas é assim, uma coisa cultural no Brasil. [...] Porque existem outros problemas muito maiores que vão interferir e fazer com que ele não atue da maneira que ele deveria estar atuando. E isso influencia em toda a equipe.*

O contentamento de trabalhar numa unidade de Saúde da Família está visível, independente de todos os problemas detectados no trabalho:

THD: *Uma coisa que você não falou: é a paixão pelo PSF, porque não tem como, cara! Você entra ali, sabe que o salário é ruim, que não tem material, que a comunidade é complicada. Às vezes o problema todo de saúde não é nem carência. [...] E essa questão de falar eu também estou com dor. Ele não tem com quem conversar, às vezes não tem o que comer, a casa é problema em cima de problema, então ele vai para o posto de saúde. [...] Onde tem o tratamento de saúde que ele precisa, onde as pessoas acolhem ele. [...] Ele quer ficar ali o maior tempo que ele puder.*

Enfim, identifica-se nos egressos a compreensão de que o modelo de atenção proposto pela estratégia de Saúde da Família é uma maneira plausível de fazer acontecer o cuidado em saúde na perspectiva apontada por Mattos (2008, p. 38), em que

[...] as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. [...] um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito que sofre ou poderá vir a sofrer.

THD: *Posso falar uma experiência que eu tive no PSF, que foi marcante? Eu trabalhava lá no X. Isso foi uma experiência com a primeira dentista que eu trabalhei. Primeiro o ACS chegou até ela e falou: a paciente não pode se locomover até a unidade. Ela está com um problema com um dente que está incomodando. Já era uma senhora idosa. Aí nós fomos à casa dessa paciente. Dentista, THD e eu. Ela avaliou a situação. [...] O dente estava com mobilidade [...] A dentista disse que podia fazer essa extração domiciliar, na casa da paciente. Eu perguntei: e dá para fazer uma extração domiciliar? Aí preparei todo o material numa visita na semana seguinte, né? Preparei todo o material de extração. A dentista teve um pouco de dificuldade com a senhora porque ela tinha um problema de saúde. E até a iluminação! Foi num quatinho escuro, assim bem pequenininho, sem espaço. Mas ela conseguiu fazer a extração. E teve um momento em que eu parei e falei assim: Gente! Que trabalho bonito é o trabalho do PSF! Você chegar na casa do cadastrado, você fazer uma extração. [...] Foi naquele momento, foi naquele exato momento que eu me apaixonei pelo PSF. Eu me encontrei ali! É isso que eu quero continuar a fazer!*

5.2.5 Cuidado

Nas discussões apresentadas sobre cuidado e seus significados, sobre o cuidado com o outro, sobre as mudanças dos saberes refletirem-se na prática, sobre a relação entre formação e a conduta profissional, e ainda sobre a capacidade da formação em responder às necessidades de produção do cuidado, muitas questões foram levantadas.

Na perspectiva do Sistema Único de Saúde, o cuidado apresenta-se como algo a ser conquistado como materialização da integralidade para superar o sentido de cuidar como ato puramente técnico visando a cura. Como no ponto de vista de Boff (1999), que entende que o resgate do *modo-de-ser-cuidado* se fará numa forma diferente de realizar o trabalho.

Concluimos que cuidado e integralidade são faces da mesma moeda, sendo impossível pensar na integralidade em saúde sem que haja relação com o cuidado. Em face disso, o cuidado entendido como ação integral irá se refletir em atitudes que vão do tratamento digno, respeitoso e de qualidade à formação de vínculo com o usuário, começando pelo seu acolhimento.

Para que o entendimento de cuidado exposto acima seja efetivo, é preciso perceber o processo saúde-doença também como um processo social. Na Odontologia, sob a ótica da integralidade, a boca deve ser vista como parte de um só organismo, de um só indivíduo que pensa, sente e interage com outros, não esquecendo que o texto das diretrizes da Política

Nacional de Saúde Bucal aponta o acolhimento como base da humanização das relações, sendo um dos princípios norteadores das ações de saúde bucal. Todo esse entendimento depende de mudanças nos saberes que irão se refletir nas práticas.

O guia curricular do curso para formação de THD tem ao longo de seu conteúdo, propostas para trabalhar junto aos educandos a mudança de modelo de atenção, priorizando o acolhimento enquanto escuta e a humanização da relação entre profissionais e usuários, numa contraposição à educação bancária, servindo-se de uma concepção de educação que pretende servir à emancipação humana.

No material obtido nas entrevistas em relação ao tema cuidado, inicialmente é possível identificar o cuidado para além da boca, que embora ainda sob uma perspectiva biológica, vê-se um olhar mais amplo para as condições de vida do usuário:

***THD:** Até casos de câncer de boca que a gente identifica por lesão causada por prótese frouxa ou quebrada. Me lembro do agente de saúde que levou o pai lá e foi identificado um câncer, que está sendo até tratado graças a gente poder avaliar isso. Foi na hora que a gente estava na cadeira fazendo avaliação, porque a gente olha tudo. A gente olha lábio, olha fundo de vestibulo. Não fica só na parte de limpeza. Eu pelo menos quando sento na cadeira procuro olhar isso. Então a gente procura abranger toda essa parte, porque na parte que a gente faz a visitação, a gente analisa também a casa do paciente. Muitas vezes a gente quer que ele tenha uma boa escovação, mas não tem nem pia [...] Eu não sei se alguma de vocês na época em que a gente estava fazendo isso, a gente foi numa casa em que estavam reciclando fralda descartável...*

Sentir-se responsável pelo usuário passa pelo cumprimento de suas atribuições, pela atenção com o usuário e pela cooperação entre os membros da equipe de saúde:

***THD:** Lá no posto eles me chamam de chata, porque eu gosto de fazer as coisas, direitinho! À medida que eu posso! Porque tem muitas coisas que... dentro das condições... Responsável para mim: é chegar no horário, sair no horário, cumprir tudo direitinho! Se eu tenho que ir fazer visita, eu vou fazer visita! Se eu tenho que ficar no posto, eu fico no posto! Eu não me oponho a fazer o serviço. Se eu tenho que fazer faxina no posto, eu faço faxina no posto. É assim que a gente faz. Um ajuda o outro lá. Então ser responsável para mim é: tem que tratar bem todo paciente. Se o paciente está marcado, mas a dentista não vem, aconteceu alguma coisa, eu vou avisar esse paciente. Porque senão ele vai à toa! Eu não gosto que o paciente chegue lá e a dentista não esteja! E assim é com os ACSs e todo mundo. Pega a bicicleta e vai para a rua avisar os pacientes. Se tem o telefone liga. [...] Não gosto dos materiais sujos! Eu pego até da parte da enfermagem, porque lá só tem um expurgo, que é da Odonto. Pego, lavo, boto para esterilizar. Porque se chega um paciente e o material não está esterilizado, o que se vai fazer? Vai mandar o paciente voltar? Nesse ponto eu sou muito chata mesmo!*

E, além disso, compreender a situação de vida do usuário, atuando sempre que possível para atenuar suas dores. Para isto a cooperação entre os membros da equipe é valorizada. Contudo, a atuação mais humanizada do Médico, por exemplo, ainda causa admiração.

THD: *Em termos de cuidar deles? É, a gente a cada dia vai aprendendo alguma coisa com eles. Sexta-feira a gente foi na casa de um paciente com 200 quilos. Ele estava na cama. Tinha enfartado! É diabético! Fomos lá dar uma faxina na casa dele. Até o médico foi! Até o médico foi! Fechou o posto! Fechou o posto para ir na casa dele. Tinha que segurar ele, porque se ele deitasse a barriga dele ia pressionar o pulmão. Ele estava morrendo sufocado! Nós conseguimos uma ambulância [...] Mora com o filho, que não quer nem... Não conseguimos ambulância em Nova Iguaçu. Conseguimos no Rio. A SAMU foi e a maca não dava ele. A ambulância foi, levou ele... A notícia que nós tivemos é que infelizmente ele faleceu no hospital. Mas nem o filho dele sabe. E eu acho isso uma relação de respeito que a gente tem pelos pacientes. O Dr. Y fez uma faxina na casa dele. Botou a mão mesmo na massa! Já estava pedindo roupa de cama, colchão, tudo para ajudar! Estava fazendo uma campanha! Graças a Deus, a equipe que nós temos lá se preocupa com os pacientes, quer sempre o bem do paciente. Nem sempre a gente tem um retorno bom! Mas a gente entende que lidar com o ser humano é assim mesmo!*

Esta fala parece indicar a compreensão de que o sentimento de responsabilidade em relação ao usuário passa pelo entendimento do seu contexto de vida e das múltiplas dimensões do ser humano, facultando a possibilidade da prática do cuidado integral.

Fica demonstrada uma preocupação com o número de casos de “depressão”⁵⁴ identificados nos usuários dos serviços de saúde como consequência de pouca escolarização, falta de lazer, desemprego etc., sendo refletida nas condições de saúde bucal:

THD: *[...] Às vezes o problema todo de saúde não é nem carência, saúde não. O problema da comunidade não é só a carência, é depressão. A doença que mais tem na minha comunidade é depressão. E essa questão de falar eu também estou com dor... Mas não é... Ele quer... Ele não tem com quem conversar... Às vezes não tem o que comer... A casa é problema em cima de problema. Então ele vai para o posto de saúde. Onde está concentrado, onde tem o tratamento de saúde que ele precisa, onde as pessoas acolhem ele. Ele quer ficar ali o maior tempo que ele puder...*

THD: *Falta de cultura na própria comunidade, e falta de lazer. Eles não têm o que fazer.*

A concepção de cuidado em saúde bucal identificada parece indicar que a boca é entendida como parte responsável pela socialização, lembrando Botazzo (2008) e o conceito de bucalidade, que diz respeito à capacidade da boca realizar suas funções sendo, a um só tempo, realização biológica, social e psíquica.

THD: *Lá na minha comunidade aconteceu um caso assim. Não é em depressão mas não sorri porque não tem um dente na frente. [...] Aconteceu um caso com uma criança que quebrou o dente. E a criança não sorria, não abria a boca porque ficava com vergonha. Aí a mãe levou lá, lógico, foi uma coisa que a dentista fez. Ela falou que aquilo talvez caísse porque aquele material não era de boa qualidade. Mas pelo menos, depois daquilo ele passou ir lá, queria conversar com a gente. Às vezes*

⁵⁴ Faço aqui uma observação em relação ao “diagnóstico” de depressão, que pode ser polêmico. Algumas unidades de Saúde da Família têm o profissional psicólogo compondo a equipe, o que pode, ou deve trazer maior confiabilidade a este diagnóstico.

os pacientes têm aquelas cáries horríveis na frente. Então pega o sorriso, fica amuado, não sai de casa, não se arruma.

Numa visão mais abrangente de cuidado, os THDs compreendem uma relação de causa e efeito entre a capacidade do usuário cuidar de si mesmo e de outros sob sua responsabilidade, e a situação sócio-econômica, demonstrando que a promoção de saúde vai muito além da prevenção:

THD: *Uns têm até vergonha de serem tratados. [...] Muitas vezes a gente vê lá mães solteiras, muitas vezes com vários filhos, de vários pais, sem nenhuma assistência. Você vê que é uma pessoa nova, de 20 e poucos anos. Você olha para ela e vê que é uma pessoa cansada, estressada, sem a menor capacidade de cuidar daquela criança. Por mais que a gente tente fazer como profissional de saúde, dando uma assistência, aquilo vai ficar sempre numa eterna dependência. Isso também vai da situação de desemprego, da situação em consequência do desemprego, você não tem uma boa condição para se divertir, para ter um lazer. Entendeu? Então a gente fica dentro de várias situações que causam uma doença, um mal estar, causam também uma depressão. Às vezes não é nenhuma depressão ao ponto da pessoa tentar se suicidar. Até porque a responsabilidade é tamanha daquela pessoa, que não dá tempo nem para isso. Mas a pessoa vive em estado de morte, pré-morte, entende? Às vezes não se vê motivada a fazer nem a própria higiene pessoal!*

Quando da pergunta sobre qual seria o entendimento do que é cuidado em saúde, vê-se o cuidado entendido como sinônimo de saúde em expressões como *saúde é prevenção, acesso à saúde, segurança, acolhimento, alimentação*. Neste sentido, pode-se identificar a valorização da saúde da boca como expressão de autoestima:

THD: *Eu pensava que saúde era só uma coisa, mas é um todo. [...] Eu acho que é como esse garoto que eu falei. Ele vivia com a auto-estima baixa, não sorria. Então depois que a gente fez aqueles procedimentos nele, ele se tornou uma criança melhor. Valorizou, começou a escovar bem. Então eu acho que isso é que é saúde. Ele melhorou a auto-estima dele. [...] Porque os coleguinhas faziam chacota dele porque ele estava com o dente quebrado. Então isso melhorou. Eu acho que saúde é isso. É você valorizar alguma coisa para aquela pessoa viver bem, não é só a saúde bucal, mas aquilo melhorou a vida dele, porque ele já estava amuado, a mãe dele contava para a gente. Já não sorria na escola, não queria ir para a escola porque os colegas faziam chacota. É isso, quando você faz um procedimento que melhora a estética, aquilo melhora a saúde da pessoa, né? Então eu acho que saúde é isso.*

Os exemplos de cuidado em saúde no cotidiano do trabalho envolvem a preocupação com a prevenção dos problemas de saúde bucal e a satisfação em verificar resultados na resposta do usuário com a mudança de hábitos verificada especialmente por meio da visita domiciliar:

THD: *Eu reparava mais no cuidado quando a gente fazia visita. Ia o THD, ia a Dentista e a gente identificava o foco do problema. Por exemplo, o saneamento básico. A gente tem que estar procurando alguma coisa para melhorar isso. Tipo: não deixa essa água desse jeito, vamos procurar*

cortar uma garrafa pet para botar as escovinhas, entende? E depois quando a gente voltava lá via o resultado. [...] Então você vê a mobilização, e que você está alterando o ambiente de forma produtiva em relação a isso.

As condições de trabalho trazem inquietações por provocar situações de “não cuidado”, porém aparentemente não existe uma postura ativa no sentido de se articular para propor mudanças na organização do trabalho:

THD: *Na minha unidade é autoclave. Só que essa autoclave é usada para a unidade toda. [...] Tudo bem que autoclave é feita para isso, esterilizar todo o material, mas espêculo para esterilizar na Odonto? [...] Então eu acho assim uma coisa meio desconfortável para os pacientes presenciar aquelas coisas, entendeu? Ah, mas esteriliza aí? Até você explicar ao paciente... [...] A autoclave é da Odonto, mas tudo bem acho que poderia ser por setor, mas esterilizar separado e não na frente do paciente. [...] Para mim isso é um problema [...] uma falta de respeito! A gente não pode falar nada porque está dentro da unidade, tudo bem! Está dentro da unidade é para todo mundo, mas eu acho assim, tinha que ser uma coisa assim mais... [...] gente, deixa para esterilizar isso depois, quando o paciente não estiver aqui!*

Constata-se que o trabalho do THD encontra-se limitado, como já visto anteriormente, seja por condições próprias do processo de trabalho que ainda não mudou o modelo de atenção, seja por questão individual do profissional Cirurgião-dentista com o qual o THD trabalha, seja pela persistência de um sentimento de hierarquia que “não pode” ser contestado. Esta limitação se reflete na produção do cuidado:

THD: *O meu problema hoje é a dentista que eu trabalho. Ela não me dá oportunidade de trabalho. Eu trabalhei com duas dentistas maravilhosas. Uma é a Y que tem um cuidado incrível com o paciente. Ela dá chance para a gente também cuidar dos pacientes, conversar... Se eu vou sair para fazer visita a um paciente que está necessitando. Eu quero cuidar daquele paciente e digo: o senhor pode ir lá no consultório que a dentista vai atender. Ele vai chegar lá e, se a dentista estiver de bom humor, ela pode até atender. Se não estiver, ela pega o caderno na recepção e diz: só vou atender quem está aqui no caderno. Se não estiver eu não vou atender. Tem como eu cuidar desses pacientes? Ter uma preocupação? Não!*

As concepções de cuidado verificadas entre os THDs egressos da ETIS parecem atender ao seu sentido de procedimento técnico, mas também aos sentidos social e psíquico da integralidade da produção do cuidado em Odontologia abordado por Botazzo (2008), assim como nas discussões organizadas por Pinheiro e Mattos (2007) sobre saberes e práticas fundamentados no princípio da integralidade possibilitarem escolhas sobre formas de os sujeitos cuidarem e serem cuidados. Os exemplos de cuidado aqui destacados demonstram que de modo geral, para eles o cuidado está além do elemento dentário.

É preciso agora pensar qual a influência da formação recebida na construção dessas concepções de cuidado, pois não se pode perder de vista a subjetividade de cada indivíduo com suas experiências de vida, o que certamente irá repercutir em sua conduta profissional.

5.2.6 Formação

A concepção de educação adotada por uma instituição de educação em muito irá influenciar em qual será a visão de mundo de seus educandos. Se esta concepção entender a escola como instrumento de luta por transformações sociais, seus educandos poderão perceber-se como parte do mundo, e por isso mesmo sentir-se capaz de, conhecendo o passado, construir melhor o futuro. Vimos que alguns autores (FRANCO, 2007; MERHY, 2004; CECCIM, 2008) acreditam que práticas pedagógicas possam proporcionar a formação de sujeitos implicados com a produção do cuidado integral. Como já discutido, para que o SUS seja capaz de oferecer a atenção à saúde a que se propõe é necessário reorganizar o modelo de atenção à saúde, e as estratégias utilizadas para isto se apóiam na integralidade como eixo orientador dessa reorganização e do processo educativo em saúde. As instituições formadoras, portanto, precisam se adequar para que sejam capazes de promover uma educação profissional que supere a lógica do paradigma científico, proporcionando uma formação onde educação e saúde se articulem, de modo a atender as necessidades específicas do setor saúde, sem desconsiderar a importância de uma formação integral.

Merhy (2004) indaga como imaginar a formação de um profissional para produzir os procedimentos concernentes ao seu campo de ação e, ao mesmo tempo, se constituir como um cuidador comprometido com a cura, a promoção e a proteção da saúde no plano individual e coletivo. Indaga ainda como os docentes das escolas deveriam atuar. Seria possível ser docente desse projeto sendo só um excelente produtor de procedimentos, dominador de um território específico? É preciso, portanto, que a formação seja pensada para o serviço. Se a formação que se pretende tem a integralidade como eixo orientador, é preciso aliar técnica e humanização, tecnologia e cuidado.

Entendendo a forma como se organiza o processo ensino-aprendizagem em saúde como tendo importante papel na determinação de uma conduta profissional que valorize, além dos procedimentos técnicos, a prática do cuidado integral, apresento a formação oferecida pela ETIS sob o ponto de vista dos entrevistados.

Sob a perspectiva da supervisora as instituições formadoras contribuem na produção de uma relação entre formação e trabalho em saúde principalmente no que diz respeito aos docentes:

CD: Eu acredito que primeiro trabalhando em cima do profissional que vai capacitar esses alunos. Eu acredito que o profissional passa a experiência dele para o aluno. Então o que acontece? O profissional que não tem essa visão, que só tem aquela visão ambulatorial, aquela visão assistencial, ele pode até ler nos livros e tentar passar para o aluno, mas é uma experiência que ele não tem, para ele também é novidade. Então ele vai passar aquilo que ele sabe, vai passar aquilo que ele vive. Se ele não vive aquilo, é muito difícil! Então a primeira coisa que eu vejo é a capacitação do profissional que vai estar capacitando esses alunos. Eu acho que a parte mais importante é essa. A seleção também desses profissionais, também o perfil. Porque nem todos têm o perfil! Alguns até tentam preencher todos os requisitos, mas existem muitas falhas. Com a pressão que a gente tem do próprio sistema: falta isso, falta aquilo, falta tudo! Não consegue desempenhar um trabalho. Porque não é só a parte externa. A gente tem os problemas internos também. Então, se ele não é capacitado, não tem o perfil para trabalhar naquilo... São lacunas que ficam que, na hora de passar a experiência, a teoria e a experiência, vai passar com defeito. É uma informação como se fosse um DNA defeituoso. Você vai estar gerando pessoas com a mesma deficiência.

De acordo com o exposto acima, a maior contribuição das instituições formadoras está na seleção e preparação dos instrutores que, em sua maioria receberam uma formação técnica, tradicional. Nesta perspectiva, não se pode perder de vista que a formação profissional não pode ser pensada de forma compartimentada, visto que sob o princípio da integralidade, o trabalho de um profissional está intimamente ligado ao trabalho de outros. O que parece ir ao encontro das discussões sobre formação para o trabalho em saúde, em que a formação profissional em todos os níveis de escolaridade deve ser pensada para o serviço, adotando um modelo que integre ensino, serviços de saúde e trabalho em saúde como forma de obter a efetivação da política nacional de saúde.

Novamente retomando a dupla função da integralidade, pensando na produção do cuidado integral, para reorganizar os serviços de saúde o percurso passa também pela reorganização do processo educativo em saúde. Contudo, é preciso ter em mente a imprevisibilidade dos efeitos da formação nas práticas de trabalho, a subjetividade de cada um, e em cima disso, pensar ainda se o cuidado pode ser aprendido. Um processo formativo, mesmo que humanizador, inserido num contexto político, social e econômico em que se implementa políticas que visam obter conformismo enfrenta sérios obstáculos. Todavia, sem uma formação que aponte um caminho para a mudança esta se tornará uma tarefa cada vez mais longínqua. No caso da ETIS, pela forma descentralizada de atuação, o fato de que os docentes não constituem quadro permanente da Escola pode ocasionar discrepâncias entre o que está proposto no currículo e o que é efetivamente realizado⁵⁵.

A percepção da supervisora sobre o cuidado com o outro, aponta para a identificação de um processo formativo no curso da ETIS voltado para a humanização no cuidado:

⁵⁵ Na verdade isto pode acontecer com qualquer proposta de desenvolvimento curricular, pois não se pode desconsiderar a autonomia do professor.

CD: Eu notei isso com todos os alunos que eu acompanhei⁵⁶ [...]. A gente percebeu que o aprendizado era muito direcionado com o trabalho que era feito no PSF, porque era muito o acolhimento, humanização. [...] Isso foi muito trabalhado e acho que ficou meio que impregnado nela sim. Ela realmente tem essa preocupação.

A supervisora identifica diferença de conduta profissional no que diz respeito ao desempenho técnico aliado à humanização e acolhimento entre os egressos da ETIS e de outros técnicos ou auxiliares vindos de outras instituições:

CD: São diferentes! [...] São profissionais diferentes. Eu também trabalhava em consultório e tinha acesso a outros tipos de auxiliares e técnicos. As nossas auxiliares aqui, a cabeça é totalmente diferente. [...] tem diferença, tem diferença! Apesar de que eles sabiam dos obstáculos, porque muitos já eram funcionários do município. A gente tem que adaptar, e a importância do profissional e do instrutor é isso. É saber adaptar o que é ensinado à realidade, sem perder a maneira que deve ser feito todo o trabalho, sem perder a essência do trabalho.

A realização das ações nos serviços de saúde está sujeita como já verificamos, às condições de trabalho, nem sempre sequer próximas do ideal. Contudo, na fala anterior pode-se apreender que, para a supervisora, conhecendo as dificuldades, embora ciente de que as condições reais de trabalho nem sempre favorecem a atividade profissional, é possível que o educando, com a ajuda do instrutor, realize o trabalho sem que a finalidade deste seja perdida. Talvez esteja aí uma aproximação à metodologia da ETIS, porque conhecendo a realidade dos serviços, a população atendida e o que seria um atendimento ideal, o educando possa encontrar uma forma de ajudar a promover o cuidado, com os recursos disponíveis, visando mais do que o procedimento apenas.

Algumas contribuições do curso

O curso parece ter trazido algumas contribuições no sentido de ajudar os educandos a perceber que o aprender deve se dar pela reflexão crítica sobre todo o processo, e assim ter a satisfação de utilizar na prática o conhecimento adquirido. O crescimento pessoal também faz parte deste processo e isto pode ser percebido quando em suas falas aparecem referências a mudanças de comportamento, e mesmo de vida.

A formação parece contribuir para o entendimento de que a falta de condições ideais de trabalho não pode ser fator impeditivo para a prática do cuidado. Do mesmo modo, aparentemente o curso ajudou a desenvolver a capacidade de se colocar no lugar do usuário, sendo a própria entrevistada usuária do SUS:

⁵⁶ Lembrando que a pessoa entrevistada exerce atividade profissional em uma unidade de saúde em que educandos do curso realizaram o estágio supervisionado.

THD: *na prática não ocorre tão correto como na teoria que se aprende. Eu procuro trabalhar de acordo com o que eu aprendi. [...] Só que também tem as condições de trabalho, que não se tem. Então às vezes tem que improvisar. [...] Mas eu procuro fazer o correto, procuro fazer o melhor. Todo o conhecimento que eu adquiri durante o curso, de tudo que eu aprendi, eu vejo que nós profissionais esbarramos com várias complexidades: a política, a falta de condições de trabalho. Você quer fazer o melhor, mas às vezes não dá para fazer o melhor por essa falta de condições de trabalho que se tem. Mas eu gosto dessa parte de humanização, entende? Eu procuro fazer meu trabalho correto, tratar as pessoas bem. Aprendi com esse curso que a gente tem contato com profissionais, com pessoas diferentes. Aprendi que a gente tem que ter paciência, tem que ter tolerância para trabalhar bem, para atender bem, e não passar para o usuário os seus problemas. [...] Antes eu não conseguia separar as coisas, mas hoje eu procuro atender o melhor possível. Eu sei que amanhã eu posso precisar. Eu sou uma usuária do SUS, entende? Eu dependo do SUS. [...] A experiência que eu tenho de tratar o usuário... Eu sei que eu vou ser tratada também. Então eu procuro fazer o melhor para ele!*

A formação oferecida pela ETIS foi lembrada como tendo sido importante no tocante aos procedimentos técnicos, mas também em outros pontos. Entender a importância do controle da contaminação no ambiente de trabalho de modo a exercer as atividades com riscos minimizados é um exemplo disto, embora a realidade dos serviços nem sempre contribua para que os protocolos sejam observados, levando inclusive à interrupção do atendimento, como no caso da falta de luvas de procedimento.

THD: *[...] Nesse curso que eu fiz, da Enf^a Izabel dos Santos, a gente aprendeu biossegurança. Então eu aprendi a trabalhar toda paramentada: o gorro, a máscara... As meninas, as minhas companheiras, colegas de trabalho diziam: eu não vou colocar o gorro. Fica horrível na minha cabeça. Vou ficar horrível. Nem a máscara elas usam. Nossa, a Y é muito fresca, tem umas frescuras. Olha só, frescura não, eu aprendi o que é certo! Eu aprendi isso no curso, eu estou cuidando da minha segurança. Agora, se vocês querem trabalhar assim... Eu já passei para vocês que o certo é trabalhar toda paramentada. Agora, se vocês não querem trabalhar assim...*

Nota-se a satisfação dos entrevistados ao identificarem como o conhecimento adquirido no curso pode ser vivenciado na prática profissional:

THD: *Para mim a parte da alimentação. Eu era praticamente ignorante. Não conhecia o que é bom e o que é ruim na parte de alimentação. Para mim foi muito bacana. Porque hoje eu estou vivendo o que eu achei na época muito interessante, hoje eu estou vivendo e vejo que funciona. [...] Eu digo pra vocês que incredivelmente na minha comunidade não tem muito problema de cárie [...] mas isso realmente é por causa da alimentação deles. É uma região que tem muita verdura, muita verdura. Eles sobrevivem daquilo. Tem paciente que chega que não tem cárie. Eu digo assim: gente como pode isso? Nunca foi ao dentista! Não digo assim de 20, 30 anos, mas paciente de 15 anos, 8 anos, 6 anos que não tem cárie. Tem placa bacteriana, precisa de uma técnica de escovação. Alguns deles estão com mancha branca⁵⁷. Não chegou a dar cárie, pelo acúmulo de placa tinha pouquíssima doença gengival, porque a placa estava dando aquela irritaçõzinha. Mas cárie mesmo, quando chega a ter é aquele pontinho, que às vezes a gente até tenta fazer aplicação de flúor para não ter que fazer cavidade no dente.*

⁵⁷ Mancha branca é o estágio inicial da cárie dentária, em que o esmalte dentário está desmineralizado, mas não existe cavidade.

Em consonância com as indicações de Freire na utilização de dramatizações que não contenham respostas, mas apenas o tema em si funcionando como situação problematizadora, percebe-se uma valorização dessas atividades, que são amplamente empregadas durante o curso e que, embora fossem consideradas repetitivas, resultaram na promoção de mudança de comportamento como, por exemplo, a desinibição, e na contribuição para a promoção de mudança de vida:

THD: [...] *Todo o material que usamos no curso: teatro, fantoche, vídeo. A gente ficava: ah teatro de novo?*

THD: [...] *Até hoje quando eu começo a falar eu começo a transpirar. Mas antigamente era muito mais. Eu não conseguia falar, eu não conseguia ler. Eu trocava a primeira fila de palavras com a outra de baixo. Ai hoje, com aquela “chatice”, se eu não tivesse me curado lá, eu hoje estava fora do PSF!*

THD: *Conhecimento, informação mesmo. Eu costumo dizer que a partir do momento em que eu fiz aquele curso, a minha vida teve uma modificação.*

THD: *Uma ressalva: a Y quando entrou no curso não abria a boca, agora ela está falando!*

O reconhecimento da profissão, denominado pelos entrevistados de autonomia, decorrente da abordagem no curso, contribuindo para a valorização pessoal, a autoconfiança profissional e até mesmo a preparação do usuário no sentido emocional para ser atendido pelo Cirurgião-dentista fica assim constatado:

THD: [...] *para mim foi a autonomia da profissão. Porque eu antes de conhecer a profissão de THD, já tinha ouvido falar. [...] O dentista sempre dado como vilão... Então a gente tinha um certo preconceito. Havia uma separação do profissional de prótese e do THD. Era “tipo” inimigos! Era como se o protético e o THD estivessem tomando espaço do dentista. [...] Então depois que eu conheci o curso vi essa integração e o resultado do que pode ser feito associado, inclusive até com o sistema de módulo, né? Você tem condição de fazer um atendimento maior, maior quantidade. Eu acho que a idéia do Sistema Único devia ser assim, como já tem várias clínicas particulares até trabalhando com três, quatro cadeiras. Ia agilizar muito. [...] O que foi dado no curso que eu achei que era importante é saber essa autonomia do profissional Técnico em Saúde Bucal. Desde o ACD, que eu fiz também, foi dada uma autonomia que a pessoa se sente confiante em estar passando aquele tipo de informação ao paciente, não independente do dentista, mas associado ao dentista. O paciente, se fosse dado todo o valor a essas profissões, o paciente praticamente chegaria pronto. Passando pelo ASB, TSB. Ele já não chega desesperado, com medo do dentista, porque geralmente o que o paciente mais encontra quando ele não tem essa preparação é isso: ele tem pavor do dentista!*

O que pode melhorar

Os egressos pesquisados apontaram algumas fragilidades que considero serem de ordem administrativa e também pedagógica. A quantidade insuficiente de estágio supervisionado, questões administrativas da secretaria escolar em relação à documentação

exigida, espaço de tempo entre os módulos I e II, e os seminários de avaliação foram pontos citados como passíveis de mudança.

THD: *Para mim foi falta de estágio. Eu acho que a gente deveria ter feito mais estágio. [...] Isso! Você praticar! [...] Acho que tem muita parte teórica. A gente aprendeu no tranco, lá dentro do consultório mesmo. Eu achei que foi muito pouco. Isso eu, né? Eu acho isso! Você atuar mesmo!*

THD: *[...] Para fazer esse curso [...] quando eu fui me apresentar tinha que apresentar tanto documento...*

THD: *Você tem que entregar o certificado com o Diário Oficial junto...*

THD: *[...] o período do curso. Eu acho que a gente teve o período de uma faculdade entre o primeiro módulo e a complementação.*

Essas fragilidades, que considero pertencer ao campo administrativo, decorrem de normatizações da educação e de processos inerentes ao serviço público e se constituem em desafios a serem superados, não só pela ETIS, mas pelas Escolas Técnicas do SUS.

No campo pedagógico apenas os seminários de avaliação foram listados como uma das fragilidades na formação. Deste modo, apesar de sua função ser proporcionar mais uma oportunidade de avaliação da apreensão de conhecimentos por parte do educando, aparentemente os seminários trazem à memória a lembrança de momentos de tensão, tal como nossas tão conhecidas provas, embora sejam hoje lembrados com bom humor:

THD: *A parte dos seminários, gente! [...] porque você apresentar um seminário assim, com todos os instrutores, com uma pessoa avaliando ali, os instrutores te avaliando, o supervisor, né?*

THD: *Vocês não tinham noção do estresse naquelas duas semanas. Era uma brigalhada...*

THD: *Fiquem tranqüilos e à vontade. Imagina você ser avaliada assim: era como uma corte marcial. Imagina um corredor assim...*

O desempenho técnico dos egressos

É evidente que não se pode atribuir à formação todas as glórias ou, ao contrário, todos os problemas identificados no aprendizado dos educandos. No que diz respeito ao desempenho técnico, o que foi observado de modo geral pela supervisora é que a habilidade e a destreza virão com a experiência, pois, como verificado existe uma insuficiência na parte prática no curso. As questões individuais estão presentes e influenciando no aprendizado:

CD: *A Y sempre foi muito aplicada. Não estou aqui para elogiar. Estou sendo sincera. Alguns alunos se destacaram muito. Eu supervisionei alguns, porque eu estava numa unidade onde foram feitas*

algumas atividades de estágio. Tem alunos que brincam muito e você não sabe. Brinca, mas até onde ele está prestando atenção? Então justamente na parte ambulatorial, no estágio a gente já via aqueles alunos que se destacavam.

Como em toda formação, é comum que os educandos cheguem ao final do curso com um sentimento de insegurança para “alçar vôo sozinho”. Na verdade, a segurança decorre da experiência. E isto somente se adquire com a prática no decorrer da vida profissional:

CD: *Você está falando da teoria e da prática, e realmente até a pessoa ganhar aquela confiança e aquela experiência, a gente tem que estar sempre próximo. O que eles realmente tiveram no curso foi muito pouco, mas isso é com todo profissional. É mais no dia a dia e o dentista que está acompanhando, para realmente estar ali do lado, passar algumas coisas que no dia a dia a gente mostra, né? Vou citar um exemplo. O cálculo supra-gengival⁵⁸. A coordenação aqui diz que estando até 4 mm sub, nós temos que fazer remoção do cálculo supra gengival, e esses 4 mm, que já entram um pouquinho na gengiva livre, para poder encaminhar para o CEO. Então a gente tem que acompanhar, ensinar a fazer a sondagem com mais rigor, sentar do lado, mostrar como é feito. Então isso realmente é só no dia a dia.*

Após analisar todo o material obtido com as entrevistas e destacar os mais significativos neste capítulo, pude perceber uma relação próxima entre formação e cuidado. Considerando as interrogações sobre a capacidade da formação “ensinar” ao profissional de saúde a habilidade de ser sensível ao sofrimento do outro, quando ele mesmo pode ter passado por privações em suas experiências de vida, me remeto a estudos que investigam a influência de fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento individual, verificando a complexidade da construção do conhecimento no ser humano, e como isto se reflete no comportamento. Sem desconsiderar a importância da individualidade de cada ser humano, neste sentido está a importância de se pensar uma concepção ampla de educação, como produção social e como escolarização. Desta forma, respondendo se o cuidado necessita (e pode) ser aprendido, acredito que sim, o cuidado poderia ser aprendido a partir do aprendizado ao longo da vida, não apenas por meio da educação formal, escolar, mas também por meio da aprendizagem promovida pela própria vida. O papel da educação neste processo estaria em fazer do conhecimento adquirido, tanto nos espaços formais escolares ou de educação popular organizada, quanto pelas experiências de vida, uma ferramenta que indique que o interesse coletivo da sociedade deve estar acima dos interesses individuais, e assim resgatar o *modo-de-ser-cuidado*.

⁵⁸ O THD somente pode realizar a remoção de cálculo supra gengival, ou seja, o cálculo que está para fora do limite da gengiva que contorna o dente. Quando o cálculo está localizado sob a gengiva, sua remoção está fora das atribuições do THD.

No que diz respeito à relação entre formação e cuidado, penso poder afirmar que a ETIS contribuiu para a prática do cuidado integral na formação dos egressos do *Curso para Formação de Técnicos em Higiene Dental* em Nova Iguaçu, na medida em que se observa que o centro da atenção não está mais no elemento dentário, mas no sujeito que está sendo cuidado. Isto pode ser verificado em diversos momentos nas falas destacadas, especialmente na observação feita pela profissional responsável pela supervisão dos THDs quando afirmou que os profissionais formados pela ETIS têm um diferencial, e que foi possível perceber que o processo ensino-aprendizagem era voltado para o acolhimento e a humanização do atendimento. A valorização das outras dimensões do ser humano, além da biológica, pode ser demonstrada nesta fala: “Nem sempre a gente tem um retorno bom! Mas a gente entende que lidar com o ser humano é assim mesmo”. Ou nesta: “Aprendi com esse curso que a gente tem contato com profissionais, com pessoas diferentes. Aprendi que a gente tem que ter paciência, tem que ter tolerância para trabalhar bem, para atender bem [...]”.

A formação oferecida pela ETIS, materializada na prática pela “Metodologia da Problematização” parece ter contribuído para a assimilação de conteúdos que em algum grau ampliou a concepção de cuidado dos educandos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as reflexões realizadas ao longo deste trabalho, com base no referencial teórico apontado e na análise dos dados obtidos no trabalho de campo, retorno agora aos seus objetivos, que tinham como fim último investigar em que medida a Escola de Formação Técnica Enf^a Izabel dos Santos contribui para a prática do cuidado na formação de Técnicos em Higiene Dental, superando o significado de cuidado como procedimento técnico, buscando identificar se esses profissionais valorizam também as outras dimensões do atendimento em saúde, reafirmando o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Como vimos, para alguns autores, cuidado se confunde com integralidade, e pode ser visto como o “lugar” onde esta se torna visível. Integralidade relacionada com a noção de cuidado concebido como valor, leva-nos a pensá-la no sentido que extrapola a continuidade do atendimento nos diversos níveis de atenção. Leva-nos a pensar em relações interpessoais e no que significa para o ser humano estar doente. Leva-nos a considerar a importância do acolhimento, da escuta do outro (quando se fala em tratamento odontológico fica nítida a diferença que a maneira de cuidar pode fazer). Tudo isto sem perder de vista que as questões sócio-sanitárias devem também estar contempladas.

Vimos também que, partindo do pressuposto de que a educação *pode* ser transformadora, formar para o cuidado supõe mudança de projeto educativo e a adoção de práticas pedagógicas que direcionem a formação de sujeitos implicados com a produção do cuidado.

Reforço então o pensamento de que o potencial de uma concepção ampla de educação está em reconhecer todos os espaços sociais como espaços educativos. Penso que a educação profissional pode ser um espaço de concretização de uma *pedagogia da esperança*, porque tem como sujeitos de sua ação oprimidos⁵⁹, que têm latente dentro de si uma capacidade de construir um futuro mais justo e humanizador. É preciso não perder a confiança no ser humano, entendendo que não cabe à educação promover sozinha a emancipação humana, mas potencializar espaços para a realização de experiências que exercitem idéias emancipatórias, que possam contribuir para a construção de uma sociedade em que se alie o trabalho ao cuidado com o outro, sob os aspectos individual e coletivo.

⁵⁹ Como afirma Leonardo Boff no prefácio do livro *Pedagogia da Esperança*.

Vimos ainda que a forma como se organiza o processo ensino-aprendizagem é fator crucial na determinação do desempenho profissional, se voltado para o procedimento apenas ou para o cuidado.

A opção pedagógica da ETIS se fundamenta num referencial teórico que sugere olhar a realidade para transformá-la, em busca da emancipação humana, da integralidade, propondo-se a articular educação e saúde dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, procurando não compartimentar o saber, considerando que a organização curricular integrada contribui para valorizar a articulação entre ensino, serviço e comunidade, oportunizando de forma mais simples a formação de sujeitos críticos. Contudo, não se pode crer que uma proposta pedagógica seja redentora do trabalhador privado de sua cidadania. Não se pode atribuir à educação essa responsabilidade. No caso da educação profissional, mesmo que problematizadora, há limitações impostas pela força do sistema, conforme foi possível verificar nas falas dos entrevistados. Porém é fundamental que a formação em saúde discuta de forma crítica as bases materiais do trabalho e das políticas de saúde, sob o risco de apartar a educação dos contextos políticos, sociais e econômicos aos quais está indissociavelmente imbricada.

De acordo com o observado no trabalho de campo, no universo pesquisado houve receptividade da proposta pedagógica da Escola. Porém, lembro-me que alguns instrutores comentavam da dificuldade em realizar na prática as atividades propostas e afirmavam que, em vários momentos não observaram as sugestões de atividades e recorreram à pedagogia tradicional. É compreensível, pois a educação problematizadora não é fácil de ser praticada, pois dentre muitas coisas exige rigor metodológico, pesquisa, criticidade, respeito aos saberes dos educandos, bom senso, disponibilidade para o diálogo e consciência do inacabamento⁶⁰. Por ter consciência deste inacabamento a Escola hoje tem em mente que é preciso revisar seus fundamentos, seu material pedagógico, para que sua proposta de formação possa dar conta da complexidade que é fazer parte da formação humana. Este é mais um desafio a ser vencido, que depende basicamente do fortalecimento das ETSUS.

A maioria de nós, profissionais de saúde, teve ao longo da vida escolar uma educação tradicional. No sentido de formação profissional, o modelo vigente é tecnicista, em que o cuidado se resume a ações técnicas. Na Odontologia, área em que os avanços tecnológicos são muito rápidos e de alto custo, o foco é o órgão dentário e, quando muito, as estruturas

⁶⁰ Paulo Freire (2001, p. 55) em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, fala do inacabamento ou inconclusão do ser humano, dizendo que “onde há vida, há inacabamento” e que a História é feita de possibilidades e não de determinismos.

vizinhas. Muitas vezes a estética determina a utilização de materiais odontológicos sem que os profissionais da saúde bucal se sintam responsáveis por isso. E não obstante alguns esforços que vêm sendo realizados para modificar o modelo de formação profissional, a relação entre formação e cuidado de modo geral ainda se manifesta na forma de ações assistencialistas. A mudança de modelo almejada pela estratégia de Saúde da Família por vezes apenas reproduz o antigo modelo.

Após essas considerações, uma síntese do que pôde ser observado a partir desta pesquisa aponta algumas contribuições e também limitações.

Num aspecto mais amplo foi possível perceber que, no local pesquisado, a Odontologia ainda não se encontra consistentemente inserida no processo de construção do SUS, ficando à margem das decisões pertinentes ao seu próprio campo de trabalho e persistindo ainda, talvez pela própria condição de prática profissional limitada ao consultório, um isolamento em relação à equipe de atenção básica.

O curso para formação de THD realizado em Nova Iguaçu trouxe contribuições para os egressos no sentido de que a forma diferenciada de construir o conhecimento colaborou para uma valorização pessoal a partir da formação, para favorecer mudança de comportamento e mesmo de vida, conforme relato dos entrevistados. Além disso, contribuiu também para o entendimento de que o modelo atenção proposto pela estratégia de Saúde da Família é uma maneira possível de exercitar na prática o cuidado integral em saúde. A dimensão ampla do cuidado, como afirma a integralidade, aparece nas falas dos entrevistados como articulada aos processos e práticas sociais sobre trabalho e política governamental, havendo a detecção de deformações no trabalho em saúde, embora ainda sem que se percebam movimentos de mobilização para superá-las.

Segundo seus documentos oficiais atuais, na formação oferecida pela ETIS a relação entre formação e cuidado, é pensada no sentido da integralidade do cuidar (ETIS, 2008). Nessa perspectiva posso afirmar que sim, a Escola contribuiu para a prática do cuidado integral na formação dos egressos do Curso para Formação de Técnicos em Higiene Dental em Nova Iguaçu, na medida em que a concepção de cuidado identificada supera o simples procedimento. Porém nesta concepção de cuidado – embora vá além da visão restrita ao órgão dentário e considere as condições sociais, o ambiente sanitário, e a possibilidade de um problema dentário afetar as relações sociais – nota-se um olhar centrado de modo mais intenso na relação profissional-usuário, no indivíduo, deixando ainda incompleto o aspecto coletivo do cuidar, que contempla a integralidade em seus múltiplos sentidos. No imaginário dos profissionais da saúde bucal, o cuidado ainda está muito ligado ao tratamento dentário,

que pode ser mais, ou menos humanizado. A compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença ainda começa a acontecer. Em vista disso, parece ser pertinente trabalhar mais a polissemia da integralidade no interior do currículo do curso para formação de THD.

O subaproveitamento do trabalho do THD permanece e pode-se perceber a persistência de “vícios” da educação tradicional como pensar na educação em saúde apenas como palestra.

Foi possível verificar nas falas dos entrevistados o entendimento de que a falta de condições de trabalho não pode impedir a prática do cuidado, e que muitas vezes esta se encontra limitada por questões que, para eles, fogem ao domínio do profissional, como a fragilidade das condições de trabalho e a incerteza da permanência neste. Entretanto, é justamente nesse sentido que a formação deve atuar, de modo a expor o contexto de opressão que impede que os trabalhadores se organizem, proporcionando-lhes subsídios para analisar criticamente esse contexto não para constatar simplesmente, mas para intervir.

Conhecendo as dificuldades que seriam encontradas ao exercer sua atividade profissional por serem, vários deles já trabalhadores do SUS, os THDs apresentam a capacidade de se “adaptar” às condições de trabalho. Vê-se aí a força com que aparece a precariedade do trabalho em saúde, sendo necessário lidar com o imprevisto, com a adaptação, o que provavelmente não está restrito ao município de Nova Iguaçu. Vê-se também a dificuldade de mobilização no sentido de combater esta condição e não apenas aprender a lidar com ela. Com isto note-se a premência de que os docentes compreendam sua função social, e apropriem-se do conhecimento pedagógico necessário para promover uma formação cidadã e abrangente da totalidade do ser humano, como sugere Hansen (2008). Daí a importância de atentar para a questão da falta de corpo docente permanente nos CEPDs ligados à Escola. A experiência de vida escolar tanto de instrutores quanto de educandos se manifesta na dificuldade em realizar na prática a educação problematizadora, e com isso muitas vezes a pedagogia tradicional se faz presente, podendo levar a um distanciamento dos objetivos da formação. Não que uma aula expositiva não possa ser utilizada, desde que seja dialogal e aguace a curiosidade cognitiva (SANTOS, 2000).

A descentralização de turmas por um lado pode ser vantajosa, pois é possível desta forma oferecer educação profissional a um maior número de pessoas em todo o estado. Por outro lado, pode ser um fator complicador, pois há um diferencial na proposta pedagógica da Escola que, se não for adequadamente apropriado e implementado pode comprometer os resultados do processo formativo.

Em face disso volto a apontar a necessidade de fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS. A forma como vêm sendo destituídas de suas funções enfraquece cada vez mais sua ação no que diz respeito à formação para as adversidades do trabalho, da política e do modelo de atenção. Isto fica claramente demonstrado no discurso dos THDs. Ficou evidente que, naquele grupo, naquele contexto, a formação não conseguiu contribuir de modo conclusivo para que esses profissionais se coloquem perante as contradições entre o modelo de atenção proposto e o que se pratica, para o desenvolvimento da capacidade de se organizar para enfrentar a precarização do trabalho, para lutar contra a forma como se organiza o processo de trabalho por conta de questões políticas.

Tudo isso me provocou uma reflexão sobre qual seria o real alcance da educação técnica em garantir o desenvolvimento dessas capacidades, quando observamos em profissionais de nível superior, que supostamente tiveram acesso a uma educação diferenciada e portanto, “deveriam” ter um nível crítico mais elevado, uma dificuldade de se organizar, se submetendo a formas de trabalho tão precarizadas quanto os profissionais de nível técnico. A adoção de estratégias pedagógicas diferenciadas talvez possa dar conta de incentivar o pensamento crítico por parte dos docentes que estarão à frente do processo educativo, mas para isso é preciso tempo, muito estudo e debates para construir juntos essa nova consciência.

Na Constituição de 1988, Saúde e Educação são direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a igualdade de acesso aos serviços de saúde e à escola (Brasil, 1988). Em relação aos profissionais das duas áreas, na seção sobre saúde a Constituição fala em ordenação da formação de recursos humanos. Na seção sobre educação, fala em valorização dos profissionais da educação escolar. É preciso então que essas políticas sociais e econômicas cumpram o papel de garantir o acesso de qualidade à saúde e à escola, e valorizar o trabalho em saúde e o trabalho educativo. É necessário que os gestores de todos os níveis de governo estejam conscientes de que a falta de implementação dessas políticas compromete o que está previsto na Constituição.

A ETIS acredita que como agente transformador, sua função é possibilitar a inserção de seus educandos no mundo do trabalho, a partir de uma formação que lhes permita compreender o significado do seu trabalho, tendo uma visão política de seu papel como trabalhador e possuindo maior clareza de seus direitos e deveres enquanto cidadãos. Contudo não se pode garantir que a formação almejada seja obtida de forma plena, pois há que se considerar todos os fatores que permeiam as relações entre trabalho e educação.

Muitos desafios deverão ser superados para que se chegue a uma real mudança nos modelos de formação e de práticas de saúde, e assim obter o encontro desses domínios de

conhecimento. É preciso que haja empenho na busca pela realização de uma formação comprometida com os princípios de uma educação que se apóie em pedagogias criativas, não autoritárias, que incentivem a reflexão crítica não apenas sobre o processo de trabalho, mas das relações sociais existentes em nossa sociedade, e que sejam capazes de contribuir para promover a produção do cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. e CASSAL, L.C.B. Caminhos para a integralidade na educação profissional técnica de nível em saúde. In: **Trabalho, Educação e Saúde**. v.7, n.2. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: 2009. p. 249-264.

ALBUQUERQUE, V. S., GOMES, A.P., REZENDE, C.H.A., SAMPAIO, M.X., DIAS, O.V., LUGARINHO, R.M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (3), 2008. p.356-362.

AYRES, J. R.C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde soc. [online]. 2004, v. 13, n. 3, pp. 16-29. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>> Acesso em: 19 fev. 2009.

BAPTISTA, T.V.F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-41.

BASSINELLO, G.A.H. e BAGNATO, M.H.S. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. In: **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2009 jan./mar; 13 (1): p.194-200.

_____. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: 2009b jul./ago; 62(4): 620-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400022> Acesso em: 12 nov. 2009.

BITTAR, S.G.F. **A formação profissional do auxiliar de enfermagem: a experiência do Projeto Larga Escala no município de Natividade/RJ**. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências (Saúde Pública). Rio de Janeiro. RJ. 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. In: **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, out./mar., 2005. p. 28-35.

BORDENAVE, J.D. e PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 24 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOTTAZZO, C. Integralidade da Atenção e Produção do Cuidado: Perspectivas Teóricas e Práticas para a Clínica Odontológica à Luz do Conceito de Bucalidade. In: MACAU LOPES, M.G. (Org.) **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 3-15.

BOUDON, R.; BESNARD, P.; CHERKAOUI, M.; LÉCUYER, B.P. **Dicionário de Sociologia**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990. Disponível em: <http://www.4shared.com/get/51418360/8834dd33/BOUDON_Dicionario_de_Sociologia.html> Acesso em: 04 nov. 2009.

BERBEL, N.A.N. (Org). **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Ed. UEL, 1999.

BRASIL. Lei n. 5.692 - de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 12/8/1971.

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

_____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20/09/1990.

_____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Educação. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, de 23/12/1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia Curricular para Formação de Técnico em Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia Curricular para Formação de Atendente de Consultório Dentário para Atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 2.430/03. Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 12 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário: Perfil de competências Profissionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação na Saúde/Profdae. **Referências conceituais para organização do SCC/PROFAE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Orientações gerais para elaboração de editais - processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 48 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Educação profissional técnica de nível médio integrada ao ensino médio**. Documento Base. Brasília: dez. 2007a.

_____. Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008. Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica.

_____. Lei nº 11.889, em 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões auxiliares em Odontologia.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do RJ. Escola de Formação Técnica em Saúde “En^{fa} Izabel dos Santos”. **Guia curricular do Curso Técnico em Higiene Dental**. Rio de Janeiro: ETIS, 2006.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. In: **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília, 2004 set/out, 57(5) p. 611-614.

CARVALHO, C.L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. In: BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia Curricular para Formação de Atendente de Consultório Dentário para Atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2007. 183 p.

CASTRO, J.L.; SANTANA, J.P. e NOGUEIRA, R.P. Izabel dos Santos. **A arte e a paixão de aprender fazendo**. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN, 2002. 128 p.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p.161-178, set.2004/fev.2005.

_____; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde de SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. e MATTOS, R.A. (Org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 69-92.

_____. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. In: **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v.1.n.1, p. 9-23, jan./jul. 2008.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <neliacaiafa@yahoo.com.br>. Acesso em: 8 dez. 2009.

DAL POZ, M. R.; ROMANO, R. A. T.; TORRES, M. B.; CORTEZ, M. V. Formação de Recursos Humanos de Nível Médio em Saúde no Rio de Janeiro: A Experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro (8) 1: 57-61, jan/mar. 1992.

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE ENF^a IZABEL DOS SANTOS (Org.) Secretaria de Saúde.Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos. **Regimento Escolar**. Rio de Janeiro: 1990. (Não publicado).

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE ENF^a IZABEL DOS SANTOS (Org.) **Projeto político pedagógico**. Rio de Janeiro: 2001. (Não publicado).

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE ENF^a IZABEL DOS SANTOS (Org.) **Projeto político pedagógico**. Rio de Janeiro: 2008. (Não publicado).

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE ENF^a IZABEL DOS SANTOS (Org.) Guia Curricular do Curso de Complementação de Auxiliar de Consultório Dentário para Técnico em Higiene Dental. Rio de Janeiro: 2006. (Não publicado).

ENGUITA, M. F. **A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 208 p.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: Histórico e perspectivas. In: MOROSINI M. V. G. C.; CORBO A. D. (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007, v. 4, p. 43-67.

FÁVERO, M. L. A. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar**. Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n28/a03n28.pdf>> Acesso em: 11 jul. 2009.

FONSECA, R.M. G. S. e EGRY, E. Y. ENTREVISTA: Izabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem brasileira. In: **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 41 n. Especial, p. 853-858, São Paulo. Dec. 2007. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 5 set. 2009.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

_____.; FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. Coleção O mundo, hoje v.21.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREITAG, B. **Escola, Estado e Sociedade**. 6. ed. rev. São Paulo: Moraes, 1986.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol.11, n. 23, Sept./Dec. 2007.

FRIGOTTO, G. A polissemia da categoria trabalho e a batalha das idéias nas sociedades de classe. Texto produzido como trabalho encomendado pelo GT Trabalho-Educação, discutido na 31ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Educação (ANPED). Caxambu, 19 a 22 de outubro de 2008. **Revista Brasileira de Educação** v. 14 n. 40 jan./abr. 2009. p. 168-194. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n40/v14n40a14.pdf>> Acesso em: 28 nov. 2009.

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1988.

_____. **História das Idéias Pedagógicas**. 8. ed. São Paulo: Ática, 2006. 319 p.

GARCIA, D.V. **A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde)- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GRYSCHKE, A.L.A.L.F.P.L.; ALMEIDA, A.H., ANTUNES, M.N., MIYASHIRO, S.Y. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000.

GUIMARÃES, C. Quando a saúde quis formar trabalhadores em Larga Escala. In: **Revista POLI: saúde, educação e trabalho**. N° 6, jul./ago. 2009.

HADDAD, A.S. Educação e formação de recursos humanos para o SUS. In: **Revista Odontologia e Sociedade**. p.31-33. Maio 2006. Disponível em: http://www.fo.usp.br/revistas/Odontologia_e_Sociedade.pdf. Acesso em: 27 out. 2008.

Haidt, R.C.C. **Curso de didática geral**. São Paulo: Ática, 2000.

HANSEN, L.M.M. **Atendentes de Consultório Dentário: interações entre formação, prática e condições de trabalho**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2002.

HANSEN, L.M.M. É Possível Inserir a Integralidade na Formação Técnica em Saúde? In: MACAU LOPES, M.G. (Org.) **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 71-85.

IYDA, M. Saúde Bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C. e FREITAS, S.F.T. (Org.) **Ciências Sociais e Saúde bucal: questões e perspectivas**. Bauru, SP: EDUSC; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998. p. 127-139.

KRIGER, L. MOYSÉS, S.J. MOYSÉS, S.T. Humanismo e Formação Profissional. **Cadernos da ABOPREV**. I – Maio, 2005.

LEITE, I.N. e PINTO, V.G. Odontologia: um mercado cativo? In: **Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto alegre: RS. n. 31 (1): p.41-46, jan/mar, 1983.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da Escola Pública. A pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1985.

_____. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, M. J. C. S. **O Canto Coral como Agente de Transformação Sociocultural nas Comunidades do Cantagalo e Pavão-Pavãozinho: educação para liberdade e autonomia**. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Programa EICOS de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social-Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.(Org.) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p. 9-20.

MANFREDINI, M. A. O SUS fez bem à saúde bucal dos brasileiros? In: **Jornal da Associação Brasileira de Odontologia**. Novembro, 2008. Disponível em: <http://www.abo.org.br/jornal/116/brasil2.php>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

MATTA, G.C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: _____ e PONTES, A.L.P. (Org.) **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-79.

MATTOS, D. A Integração Curricular na Odontologia e a Incorporação do Princípio da Integralidade em Saúde: Encontros ou Desencontros? In: MACAU LOPES, M.G. (Org.) **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 59-69.

MATTOS, R.A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.(org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 47-61.

_____. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional. In: MATTA, G.C. e LIMA, J.C.F. (Org.) **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**. Contradições e Desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, 2008. p. 313-352.

MENDES, E. V. As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-92.

MERHY, E.E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 4(6):109-126, fev.2000. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2009.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. Campinas: Boitempo, 2005.

MICHAELIS moderno dicionário da língua portuguesa. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOREIRA, A.F.B. e SILVA, T.T. (Orgs.). **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.

MOREL, C.M.T.M. **O processo ensino-aprendizagem na formação profissional de adultos e as teorias de Jean Piaget e Lev S.Vygotsky: uma primeira aproximação**. (Não publicado).

MOURA, D.H. Educação básica e educação profissional e tecnológica: dualidade histórica e perspectivas de integração. In: **Anais da 30ª Reunião Anual da ANPED**. Caxambu/MG: ANPED, 2007.

MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L. E MOYSÉS, S.J. (org.). **Saúde Bucal das Famílias**. Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002.

_____. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal: um Olhar no Início Século XXI. In: **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. Coord. Kriger, L. 3ª edição. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

NARVAI, P.C. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. In: **Revista de Saúde Pública**. 2006, 40 (N Esp): 141-7.

NOGUEIRA, R. P. Política de Recursos Humanos em Saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. In: **Formação / Ministério da Saúde**. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. v. 2, n. 5, p.5-16, 2002. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L.; MARINS, J.J.N. A Busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem. O Direcionamento do Curso de Medicina da UFF. In: **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Orgs.). Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004.

PEREIRA, I.B. **A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde**. 2002. 254 f. Tese (Doutorado em Educação, Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política e Sociedade) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, 2002.

_____. Tendências curriculares das escolas de formação técnica para o SUS. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2. n. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPSJV, 2004. p. 239-264.

_____; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEZZATO, L.M. **O Processo de Formação do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário no Brasil**: uma história silenciada. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, SP, 2001.

_____; MONTEIRO, M.I.; BAGNATO, M.H.S.B. Processos de formação do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário, no Brasil: algumas memórias. In: **Odontologia e Sociedade**. 2007; 9(1):39-49.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª edição. São Paulo: Santos Editora, 2000.

PIMENTA, T.S. Barbeiros, Sangradores e Curandeiros no Brasil. In: **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. Vol. 5, nº 2. Rio de Janeiro: jul/out. 1998.

PINHEIRO, R. e GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.(org.) **Cuidado. As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p. 21-36.

_____ e MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PREFEITURA DE NOVA IGUAÇU. Disponível em:

<<http://www.novaiguacu.rj.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=10>>. Acesso em: 24 nov. 2009.

PROJETO MEMÓRIA. Disponível em:

<http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/paulo_freire_hoje/04_pf_hoje_reinventando_pf.html>. Acesso em: 20 set. 2009.

PROTOSCOLOS clínicos. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/diaf/medexp/protocolos_clinicos.htm#oquesao>. Acesso em: 20 jul. 2009.

RAMOS, M.N. **A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Referências teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil. In: EPSJV (org.). **Políticas de Saúde.** Vol. II. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: FONSECA, A.F. e STAUFFER, A.B. (Org.) **O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-56.

_____. Concepções e práticas nas ETSUS: fundamentos e contradições. In: **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 153-173, 2009.

RIO DE JANEIRO (Estado). Conselho Estadual de Educação. Parecer N^o 150. Aprova Regimento Escolar e autoriza cursos da Escola Técnica em Saúde. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro,** 25 julho de 1990.

_____. Secretaria de Estado de Educação. Conselho Estadual de Educação. Câmara Conjunta de Educação Superior e Educação Profissional. **Deliberação CEE N^o 295 / 2005.** Estabelece normas para o credenciamento de Instituições e autorização de cursos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio para o Sistema Estadual de Ensino do Rio de Janeiro.

SÁ, E.M.O. **Quando o currículo faz a diferença...** O Currículo Integrado na formação em serviço do Técnico em Higiene Dental. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, PUCMG, 2000.

SANTOS, A.F.T. **Desigualdade social e dualidade escolar:** conhecimento e poder em Paulo Freire e Gramsci. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SANTOS, L. L. C. P. **Bernstein e o campo educacional:** relevância, influências e incompreensões. Cadernos de Pesquisa, n. 120, p. 15-49, novembro/ 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n120/a04n120.pdf>> . Acesso em: 17 ago. 2009.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**. v.12. n.34. jan./abr. 2007. p. 152-180.

SILVA, E. L. e MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ª ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, T.T. **Documentos de Identidade**. Uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. 156 p.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.(org.) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p. 141-157.

SIQUEIRA, R. e BERBEL, N.A.N. **A teoria e a prática da metodologia da problematização em outras realidades, a partir dos trabalhos produzidos na UEL: uma investigação através do site de pesquisa google**. Relatório do projeto de Iniciação Científica do ano de 2006. Disponível em:
<http://www2.uel.br/pessoal/berbel/metodologia_da_problematiza%C3%A7%C3%A3o/docs/17-08072k7.doc>. Acesso em: 26 set. 2009.

SÓRIO, R.E.R. Educação profissional em Saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. In: **Formação / Ministério da Saúde**. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. v. 2, n. 5, p. 45-58, 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, A.M.A.; GALVÃO, E.A.; SANTOS, I. e ROSCHKE, M.A. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília, OPS: 1991. Série desenvolvimento de recursos humano nº1.

SOUZA, E.C.F. **Formação e Trabalho em Odontologia**: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal. Exposição realizada na III Conferência Estadual de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte, no painel temático Formação e Trabalho em Saúde Bucal, em Natal/RN, no dia 28 de maio de 2004. Disponível em:
<<http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos>>. Acesso em: 12 ago. 2008.

VASCONCELLOS, M.M.M. Aspectos Pedagógicos e Filosóficos da Metodologia da Problematização. In: BERBEL, N.A.N. (Org). **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Ed. UEL, 1999.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma Semiótica da Integralidade: o Signo da Integralidade e o Papel da Comunicação. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.(org.) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p. 133-155.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, J. A.C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico.** Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf> >. Acesso em: 07 abr. 2010.

BUSSAB, V. S. R. Fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento: a adoção de uma perspectiva interacionista. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2000, vol.13, n.2 [cited 2009-12-19], p.233-243. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000200004&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 19 dez. 2009.

CECCIM, R.B. e FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, 14(1):41- 65, 2004.

FEITOZA, R. S. **Educação popular e emancipação humana: matrizes históricas e conceituais na busca pelo reino da liberdade.** Disponível em:

<<http://www.anped.org.br/reunioes/28/textos/gt06/gt06757int.rtf>>. Acesso em: 19 dez. 2009.

FERREIRA, M. A.; OLIVEIRA B. G. R. B.; PORTO, I. S.; ANHORN, C. G.; CASTRO J. B. A. O significado do PROFAE segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, Sept. 2007 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2010.

FERREIRA, S. G.; VELOSO, F. A. Mobilidade intergeracional de educação no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico.** v. 33 . n. 3 . dez 2003. Disponível em:

<<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/view/80>>. Acesso em: 19 dez 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro, Edições Graal: 1979. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/microfisica.pdf1979>>. Acesso em: 18 ago. 2009.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005.

MORO, M. L. F. A epistemologia genética e a interação social de crianças. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2000, vol.13, n.2 [cited 2009-12-19], pp. 295-310. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2009.

MOURA, D. H. Educação Básica e Educação Profissional e Tecnológica: Dualidade Histórica e Perspectivas de Integração. IN: **Conferência Nacional da Educação Profissional e Tecnológica.** Brasília 05 a 08 de novembro de 2006. Brasília/DF: 2006. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/conferencia_curriculo_dante.pdf> . Acesso em: 13 jun. 2008.

PAZZINATO, A.L.; SENISE. M.H.V. **História Moderna e Contemporânea.** 13. ed. São Paulo: Ática, 1999.

RAKITOV, A. **Fundamentos da Filosofia**. Coleção Acadêmica. [S.l.]: Edições Progresso, 1989.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Informe RH Saúde**. Ano 1. N° 3. Out/dez 1990.

ROMANELLI, O. O. **História da educação no Brasil (1930-1973)**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

SANTOS, J.A. A Trajetória da Educação Profissional no Brasil. In: LOPES, M.T.L., FARIA FILHO, L.M., VEIGA, C.G. (Orgs) **500 Anos de Educação no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SANTOS, B.S. **Um Discurso sobre as Ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 1988.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. In: **Trabalho, Educação e Saúde**. v.1. n. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPSJV, 2002. p. 131-152.

_____. **Escola e Democracia**. 36. ed. revista. Campinas, SP: 2003.

SCHMIDT, M. F. **Nova história crítica do Brasil: 500 anos de história mal contada**. São Paulo: Nova Geração, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para o grupo focal

Exercício de aquecimento:

O trabalho do TSB é...

Mas...

Portanto...

- Como vocês definem cuidado em saúde?
- Como vocês vêm o cuidado em saúde no dia a dia de sua atuação?
- Exemplifiquem situações em que vocês percebem o cuidado em saúde. E o oposto?
- Que elementos (conteúdos, aulas) foram positivamente marcantes na sua formação? E o oposto?
- Após essas discussões, vocês diriam que o cuidado em saúde no trabalho do TSB é

Mas...

Portanto...

* Atentar para a questão do trabalho realizado. Há uma postura crítica do egresso?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista (supervisores)

Questões:

- Há quanto tempo o THD está em sua unidade?
- Se já exercia a função, foram identificadas mudanças após a formação? Quais?
- Como é seu desempenho técnico?
- Ele valoriza as dimensões políticas, sociais, psicológicas e culturais do atendimento em saúde?
- Qual a relação entre formação técnica em saúde e o trabalho? De que forma as instituições formadoras podem contribuir para o trabalho em saúde?
- O THD participa de reuniões de equipe? De que maneira ele participa? Se não, por que não participa?
- Existe THD não formado pela ETIS? Se a resposta for sim, você percebe diferença na atuação entre os formados pela ETIS e os não formados pela ETIS? Explique.

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista (egressos)

Questões:

- Há quanto tempo você é THD? Por que você optou por essa profissão?
- Para você o que é cuidar? Cuidar da saúde/saúde bucal?
- Como é seu cotidiano de trabalho? Das atividades realizadas, quais são específicas do THD? Quais atividades qualquer profissional de odontologia pode desenvolver? Quais atividades são específicas do CD, do THD e do ACD?
- Como é sua relação com os usuários e com os membros da equipe de saúde?
- O que é ser responsável? E ser um profissional responsável? A partir destes conceitos, você se considera responsável pelos usuários aos quais você presta cuidados? Como você percebe a sua relação com o usuário?
- Se você já exercia a função antes da formação, como se deu sua relação com a equipe no decorrer do curso? E depois do curso, já como profissional?
- Em que sua formação em THD influenciou no seu trabalho? Como é sua atuação no trabalho depois do curso?
- Como você vê o seu atendimento aos usuários?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido para os egressos do curso

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Dimensões do cuidado. Uma análise da prática de educandos egressos do curso para formação de Técnico em Higiene Dental da Escola de Formação Técnica em Saúde ‘Enfª Izabel dos Santos (ETIS)’*”. Você foi selecionado por ter sido aluno do curso para formação de Técnico em Higiene Dental (Módulos I e II) no município de Nova Iguaçu. Sua participação não é obrigatória. Se você decidir participar, a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Essa pesquisa tem como objetivo investigar a relação entre a formação de Técnicos em Higiene Dental oferecida pela ETIS e o atendimento prestado no Sistema Único de Saúde. Sua participação nesse estudo consistirá na discussão em grupo com outros alunos sobre a sua percepção quanto à formação oferecida pela ETIS, da qual você foi aluno.

Os riscos relacionados com sua participação podem ser considerados mínimos, sendo ressaltados, todavia, os aspectos relacionados a algum grau de mobilização psicológica (por exemplo, motivado pelas lembranças de suas experiências como aluno).

Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se à possibilidade do aprofundamento do conhecimento com relação ao desenvolvimento dos cursos de educação profissional em saúde oferecidos pela ETIS, revertendo numa possível melhoria da formação proposta para o Sistema Único de Saúde.

As informações obtidas através desta pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Dessa forma, os dados aqui coletados poderão ser publicados/divulgados sem revelar a identidade de seus participantes.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer outro momento.

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

Endereço e telefone do Pesquisador Principal:

Escola de Formação Técnica Enfª Izabel dos Santos – Rua da Passagem, 179 – Botafogo, Rio de Janeiro – CEP 22290-030 – sala 106. Tel.: 2299-5843.
neliacaiafa@yahoo.com.br

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

Sujeito da pesquisa – Nº de Identificação (RG)

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido para os Cirurgiões-dentistas supervisores

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Dimensões do cuidado. Uma análise da prática de educandos egressos do curso para formação de Técnico em Higiene Dental da Escola de Formação Técnica em Saúde ‘Enfª Izabel dos Santos (ETIS)’*”. Você foi selecionado por ser Cirurgião-dentista de uma unidade de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo sob sua responsabilidade a supervisão da atividade profissional de Técnicos em Higiene Dental egressos da ETIS. Sua participação não é obrigatória. Se você decidir participar, a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Essa pesquisa tem como objetivo investigar a relação entre a formação de Técnicos em Higiene Dental oferecida pela ETIS e o atendimento prestado no Sistema Único de Saúde. Sua participação nesse estudo consistirá em participar de entrevista, que tem como objetivo considerar sua percepção quanto ao atendimento prestado pelos Técnicos em Higiene Dental formados pela ETIS.

Os riscos relacionados com sua participação podem ser considerados mínimos, sendo ressaltados, todavia, os aspectos relacionados a algum grau de mobilização psicológica.

Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se à possibilidade do aprofundamento do conhecimento com relação ao desenvolvimento dos cursos de educação profissional em saúde oferecidos pela ETIS, revertendo numa possível melhoria do atendimento em saúde bucal do Sistema Único de Saúde.

As informações obtidas através desta pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Dessa forma, os dados aqui coletados poderão ser publicados/divulgados sem revelar a identidade de seus participantes.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer outro momento.

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

Endereço e telefone do Pesquisador Principal:

Escola de Formação Técnica Enfª Izabel dos Santos – Rua da Passagem, 179 – Botafogo, Rio de Janeiro – CEP 22290-030 – sala 106. Tel.: 2299-5843.

neliacaiafa@yahoo.com.br

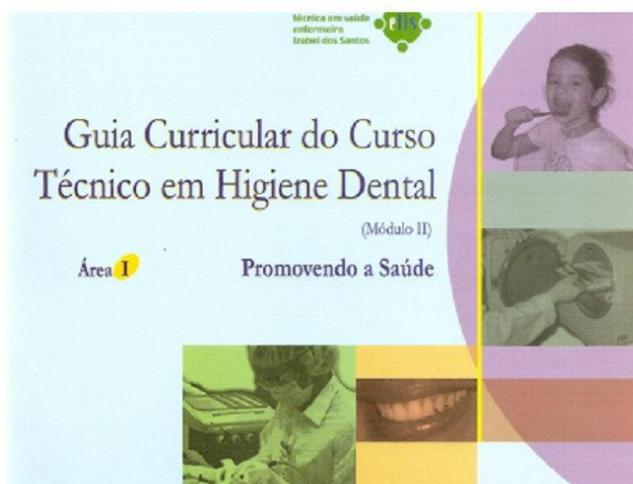
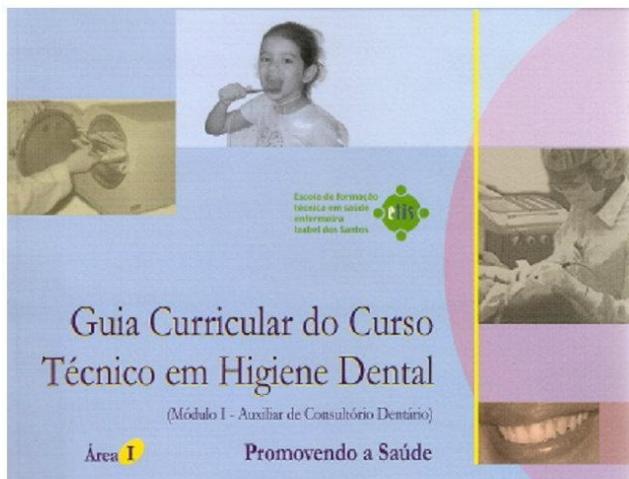
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa – Nº de Identificação (RG)

ANEXOS

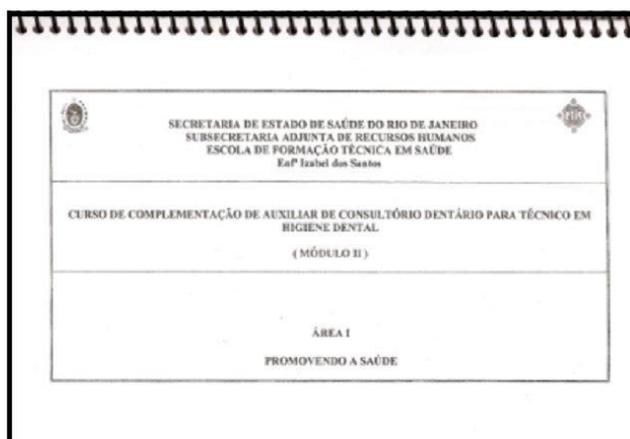
ANEXO A – Guias curriculares da ETIS

ETIS - Módulo I - Auxiliar de Consultório Dentário - 2006

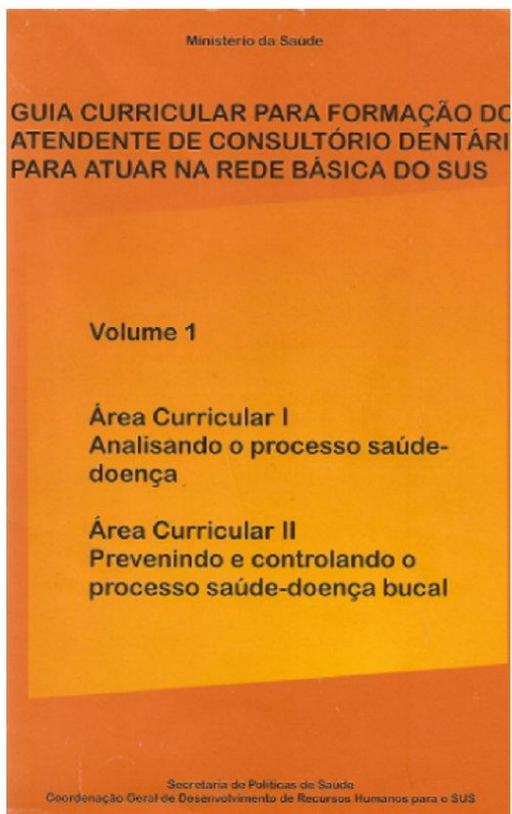


ETIS - Módulo II - Complementação para Técnico em Higiene Dental - 2006

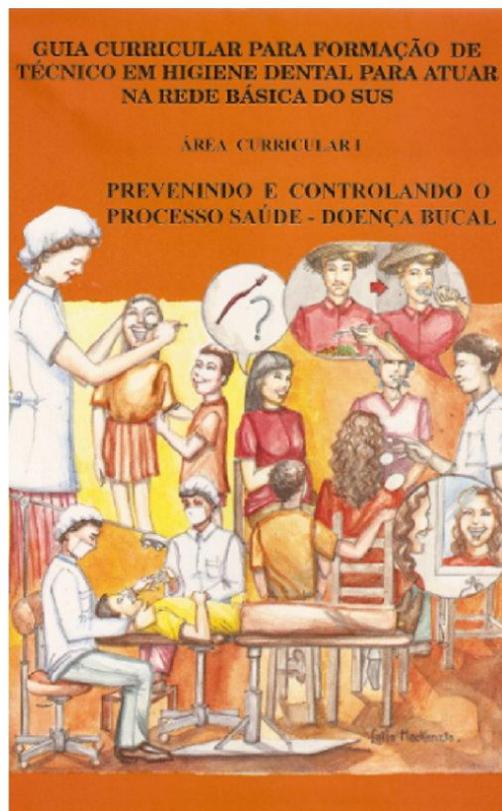
ETIS - Módulo II - Complementação de Auxiliar de Consultório Dentário para Técnico em Higiene Dental - 2006 (complementação do guia do Ministério da Saúde para Atendente de Consultório Dentário)



ANEXO B – Guias curriculares do Ministério da Saúde (Projeto Larga Escala)



Ministério da Saúde - Atendente de Consultório Dentário - 1998



Ministério da Saúde - Técnico em Higiene Dental - 1994