

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Marisa Martins da Silva Prado

**FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL:
UM ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DE EGRESSOS**

Belo Horizonte

2013

Marisa Martins da Silva Prado

**FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL:
UM ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DE EGRESSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Antônia Vitória Soares Aranha

Belo Horizonte
Faculdade de Educação da UFMG
2013

P896f T	<p>Prado, Marisa Martins da Silva, 1958- Formação e prática profissional do técnico em saúde bucal : um estudo sobre a percepção de egressos / Marisa Martins da Silva Prado. - Belo Horizonte, 2013. 212 f., enc., il.</p> <p>Tese - (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação. Orientadora: Antônia Vitória Soares Aranha. Bibliografia: f. 181-195. Apêndices: f. 196-208. Anexos: f. 209-212.</p> <p>1. Educação -- Teses. 2. Ensino profissional -- Teses. 3. Saúde bucal -- Teses. 4. Pessoal da saúde pública -- Formação profissional -- Teses. 5. Pessoal da área odontológica -- Formação profissional -- Teses. 6. Recursos humanos na saúde -- Aspectos sociais -- Teses. 7. Recursos humanos na saúde -- Mercado de trabalho -- Teses. 8. Recursos humanos na saúde pública -- Teses. 9. Escolas para profissionais de saúde -- Teses. 10. Política de educação médica -- Teses. 11. Técnico em higiene dental-- Formação profissional -- Teses.</p> <p>I. Título. II. Aranha, Antônia Vitória Soares. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.</p>
	CDD- 373.246

Catálogo da Fonte: Biblioteca da FaE/UFMG

Marisa Martins da Silva Prado

**FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL:
UM ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DE EGRESSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Educação

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Antônia Vitória Soares Aranha

Belo Horizonte, 12 de junho de 2013.

Prof^ª Dr^ª Antônia Vitória Soares Aranha (orientadora)
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^ª Dr^ª Deise de Souza Dias
Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof^º Dr^º José Eustáquio de Brito
Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof^ª Dr^ª Simone Lucas Dultra
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^ª Dr^ª Daisy Moreira Cunha
Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico este trabalho:

Ao meu irmão Carlos, o maior incentivador desta jornada, por sua sabedoria e generosidade e, sobretudo, pelo profundo amor que nos une.

Ao Ricardo, meu amor, por me fazer sentir amada e protegida, por apoiar e incentivar cada passo desse caminho, apaziguando meus medos e angústias.

Aos meus filhos queridos, Marília e Eduardo, por compreenderem a importância deste trabalho em minha vida, fortalecendo-me com palavras de amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua presença constante em minha vida.

À Prof^ª. Antônia Vitória Soares Aranha, orientadora desta pesquisa, pelo acolhimento carinhoso, confiança no meu trabalho, estímulo e orientação competente.

Às professoras Simone Dutra Lucas e Daisy Moreira Cunha, pelas importantes contribuições durante o exame de qualificação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFMG, pela competência e por despertar em mim o desejo de compreender um novo e rico mundo de conhecimentos.

À equipe da Secretaria da Pós-Graduação da FAE pela atenção dada sempre que necessário.

Nas pessoas dos amigos Fabiana Dias e Vítor Guimarães, agradeço a solidariedade e companheirismo dos colegas do doutorado.

À Escola Técnica de Saúde (ESTES) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), pela oportunidade de realização do doutorado.

Aos professores do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU, em especial, à Maria Helena, Inês, Samara e Ludimila, por acreditarem na importância deste estudo e possibilitarem o meu afastamento para a realização do mesmo. Obrigada pela amizade, carinho e confiança.

Aos técnicos administrativos da ESTES, que sempre me atenderam de forma carinhosa, disponibilizando informações e materiais indispensáveis para a realização desta pesquisa.

À Prof^ª. Eneida de Mattos Faleiros, pela partilha de conhecimentos na construção da história do Curso.

Aos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU, que prontamente se dispuseram a participar desta investigação, pelo carinho e atenção com que fui recebida.

À Prefeitura Municipal de Uberlândia, Secretaria Municipal de Saúde, Seção Saúde Bucal, por permitir o desenvolvimento desta pesquisa nessa instituição; a seus cirurgiões-dentistas e Técnico em Saúde Bucal, que tão prontamente disponibilizaram parte de seu tempo para a realização das entrevistas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Programa Mineiro de Capacitação Docente (PMCD), pelo financiamento da pesquisa.

À minha família, pela compreensão nos momentos de ausência, isolamento e dedicação a estudo e pelo encorajamento nas horas de desânimo.

À minha irmã Maria Luiza, pela presença constante e amiga em todos os momentos da minha vida.

À minha amiga Maria Helena, por sua amizade, cumplicidade e disponibilidade, valores inestimáveis e decisivos no desenrolar deste trabalho.

Ao Fábio, por seu carinho e amizade e pelo tempo dedicado à formatação detalhada deste trabalho.

À minha sogra Vilma, pelas orações.

À Denise, por todo cuidado e carinho dispensado nas minhas estadias em Belo Horizonte.

Aos amigos, irmãos, cunhados e sobrinhos que torceram por mim e a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A presente pesquisa avaliou a formação e a prática profissional do Técnico em Saúde Bucal (TSB) através da análise das narrativas dos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU). Foi realizado um estudo *quali quanti* por meio de um questionário aplicado em 195 dos 306 egressos diplomados entre 1989 e 2009, de análise de documentos e de entrevistas semiestruturadas, realizadas com profissionais das equipes de saúde bucal da rede municipal de saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, egressos do Curso TSB/ESTES/UFU. Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos egressos é do sexo feminino (97,9%), procedente do ensino médio público (77,9%) e ingressou no Curso com idade média de 24,8 anos. Quase metade dos egressos (44,6%) continuou seus estudos em um curso superior, a maioria em instituições particulares. Cerca de dois terços dos egressos pesquisados (70,2%) exerceram a profissão para a qual foram formados, a maioria por mais de cinco anos e apenas 13,8% declararam exercer a função de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). A renda mensal da maioria dos entrevistados foi de um a dois salários mínimos. No momento da pesquisa, 40,5% informaram que estavam exercendo a profissão de TSB, 7,7%, de ASB, e 41,0% atuavam em outras profissões. A baixa remuneração oferecida à categoria, a carência de vagas de emprego para o TSB, a desvalorização da profissão pelos cirurgiões-dentistas e as falhas de fiscalização quanto à legalidade do exercício profissional desses auxiliares odontológicos, foram os principais fatores apontados pelos egressos para o não-exercício da profissão de TSB. Identificou-se uma subutilização dos egressos na prática profissional, pois a maioria desenvolveu, durante o desempenho da função de TSB, tarefas que poderiam ser delegadas a um auxiliar. Após a homologação da Lei 11.889/2008, que regulamentou a profissão de TSB e ASB, os egressos deixaram de realizar a raspagem de cálculos e restaurações em cavidades preparadas pelos cirurgiões-dentistas e atuaram, sobretudo, em procedimentos coletivos de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. Para 64,1% dos egressos que, no momento da pesquisa, atuavam como TSB, a aprovação da Lei 11.889/2008 foi considerada um retrocesso no processo histórico da consolidação da profissão no mundo do trabalho. Considerou-se que, devido ao impacto dessa legislação na prática profissional do TSB, o Curso TSB/ESTES/UFU deve promover ajustes curriculares e desenvolver ações que contribuam para a legitimação dessa profissão pela sociedade. Os egressos declararam-se satisfeitos com a formação recebida e consideraram que os conteúdos desenvolvidos durante o Curso foram adequados às necessidades do mercado de trabalho. O Curso TSB/ESTES/UFU representou, para muitos, a oportunidade de retomada dos estudos formais, a inserção no mercado de trabalho com consequentes ganhos financeiros e crescimento pessoal e profissional e a possibilidade de prosseguimento dos estudos em um curso de graduação.

Palavras-chave: Educação Profissionalizante. Saúde Bucal. Pessoal Técnico de Saúde. Formação de recursos humanos.

ABSTRACT

This research evaluated the training and professional practice of the Oral Health Technician (TSB – Técnico em Saúde Bucal) through an analysis of the narratives of graduates from the Technical Course in Oral Health at the Health Technical School (ESTES – Escola Técnica de Saúde) of the Federal University of Uberlândia (UFU – Universidade Federal de Uberlândia). A questionnaire was applied to 195 of 306 graduates between 1989 and 2009, in both qualitative and quantitative aspects. This study analyzed documents and made semi-structured interviews with TSB/ESTES/UFU graduates, health professionals. The results show that the majority of graduates are female (97.9%), coming from public high schools (77.9%), and that these people started the course with an average age of 24.8 years. Almost half of the graduates (44.6%) continued their studies at a higher education, mostly in private institutions. About two-thirds of the graduates surveyed (70.2%) exercised the profession for which they were trained for over five years, and only 13.8% reported exercising the function of Assistant Dental Health (ASB – Auxiliar de Saúde Bucal). The monthly income of the majority of respondents was between one and two minimum wages. At the time of the survey, 40.5% reported that they were exercising the profession of TSB, 7.7% BSA, and 41.0% worked in other professions. The low remuneration offered to the category, the lack of jobs for the TSB, the devaluation of the profession by dental surgeons and failures of supervision as to the legality of the professional practice of dental assistants were the main factors as to why the graduates do not exercise the TSB profession. An underutilization of graduates in professional practice was identified, as most developed during the performance of the function of TSB, tasks that could be delegated to an assistant. After the approval of Law 11.889/2008, which regulates the profession of TSB and ASB, the graduates failed to perform the scraping of calculations and restorations in cavities prepared by dental surgeons, and worked mainly in collective procedures for health promotion and prevention of oral diseases. For 64.1% of the graduates that at the moment of the survey acted as TSB, the approval of Law 11.889/2008 was considered a setback in the historical process of the consolidation of the profession in the market. People considered that, due to the impact of this legislation in the practice of TSB, the TSB/ESTES/UFU course should promote curricular adjustments, and develop actions that contribute to the legitimacy of the profession by society. The graduates expressed satisfaction with the training received and found that the content developed during the course was appropriate to the needs of the labor market. The TSB/ESTES/UFU course represented, for many of them, the opportunity of resumption of formal studies, the inclusion in the labor market with resulting financial gains and personal and professional growth, along with the opportunity to continue their studies in a graduation course.

Key words: Education, Professional. Dental Health. Health Technical Personnel. Training human resources.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

FIGURA 1	Categorias de análise obtidas das declarações dos egressos no questionário de pesquisa	32
FIGURA 2	Subcategorias referentes à categoria “importância do Curso na vida pessoal e/ou profissional dos egressos”	32
FIGURA 3	Distribuição da frequência de aplicação dos conteúdos desenvolvidos durante o Curso TSB/ESTES/UFU no exercício profissional dos egressos que atuaram como TSB e/ou ASB	161
FIGURA 4	Distribuição da frequência de conteúdos NÃO aprendidos durante o Curso TSB/ESTES/UFU e aprendidos durante exercício profissional dos egressos que atuaram como TSB e/ou ASB	162

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Relação entre o número de egressos que responderam o questionário de pesquisa (Egressos respondentes) e o número total de alunos diplomados pelo Curso TSB/ESTES/UFU (Egressos) entre 1989 e 2009.	31
TABELA 2	Relação candidato/vaga/ano dos Cursos Técnicos oferecidos pela ESTES/UFU	100
TABELA 3	Características sociodemográficas dos participantes do estudo	101
TABELA 4	Grau de escolaridade dos pais dos participantes do estudo	103
TABELA 5	Distribuição dos egressos participantes do estudo segundo o período de conclusão do Curso TSB/ESTES/UFU e as redes de ensino médio (Público e Privado)	103
TABELA 6	Distribuição das faixas etárias dos egressos participantes do estudo no momento de ingresso no Curso TSB/ESTES/UFU	104
TABELA 7	Profissão exercida pelos egressos durante a realização do Curso TSB/ESTES/UFU	105
TABELA 8	Motivos que levaram os egressos a optarem pelo Curso TSB/ESTES/UFU	105
TABELA 9	Proporção de egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que fizeram outro curso, técnico ou superior, segundo o tipo de instituição (Pública ou Privada)	106
TABELA 10	Cursos Técnicos realizados pelos egressos do Curso Técnico em saúde Bucal da ESTES/UFU	107
TABELA 11	Motivos relatados pelos egressos do Curso Técnico em saúde Bucal da ESTES/UFU para o não prosseguimento dos seus estudos no ensino superior	107
TABELA 12	Cursos superiores realizados pelos egressos do Curso Técnico em saúde Bucal da ESTES/UFU	108
TABELA 13	Profissões exercidas pelos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU após conclusão de outro curso técnico ou superior	109

TABELA 14	Profissões declaradas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que não exerceram função de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e/ou de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) após conclusão de outro curso técnico ou superior	109
TABELA 15	Atuação profissional dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU	114
TABELA 16	Tempo de exercício da profissão de TSB e/ou ASB dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU	114
TABELA 17	Tempo decorrido entre a conclusão do Curso e a inserção no mercado de trabalho dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU	115
TABELA 18	Local de trabalho dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que exerceram as funções de TSB e/ou ASB após a conclusão do Curso	116
TABELA 19	Renda mensal em número de salários mínimos dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que exerceram as funções de TSB e/ou ASB de acordo com o período de conclusão do Curso	116
TABELA 20	Profissões declaradas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU no momento da realização da presente pesquisa	117
TABELA 21	Profissões declaradas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que não exerceram a função de TSB e/ou ASB	118
TABELA 22	Renda mensal (salários mínimos) dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU de acordo com o exercício profissional e o período de conclusão do Curso	119
TABELA 23	Características dos locais de trabalho (Público/Privado) dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU no momento da realização da pesquisa, de acordo com o exercício profissional (TSB/ASB) e o período de conclusão do Curso	119
TABELA 24	Carga horária diária de trabalho dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU no momento da realização da pesquisa, de acordo com o exercício profissional	120
TABELA 25	Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU com registro em regime de Consolidação de Leis do Trabalho (CLT) ou regime estatutário conforme a categoria profissional	120
TABELA 26	Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU com registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), conforme o exercício profissional	121
TABELA 27	Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, atuantes como TSB com registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), conforme período de conclusão do Curso	121

TABELA 28	Motivações referidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU para não exercer a profissão	121
TABELA 29	Opiniões dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU sobre o grau de importância do seu trabalho para os Cirurgiões Dentistas (CD)	122
TABELA 30	Ações administrativas e educativas atribuídas ao TSB e ASB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional	135
TABELA 31	Ações clínicas atribuídas ao TSB e ASB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional	135
TABELA 32	Ações administrativas e educativas restritas ao TSB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional	136
TABELA 33	Ações clínicas restritas ao TSB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional	136
TABELA 34	Frequência da declaração de mudança na prática profissional dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU após a aprovação da Lei 11.889/2008, conforme período de conclusão do Curso	141
TABELA 35	Frequência da declaração sobre o tipo de mudança na prática profissional dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU (n=30) após a aprovação da lei 11.889/2008	142
TABELA 36	Opinião dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU sobre o impacto da Lei 11.889/2008 na profissão de TSB	147
TABELA 37	Grau de satisfação com a profissão de Técnico em Saúde Bucal dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU (n=75)	154
TABELA 38	Opinião dos Técnicos em Saúde Bucal, egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, sobre o grau de importância do trabalho deles para os pacientes e familiares	154-
TABELA 39	Grau de satisfação dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU com a formação recebida no Curso	158
TABELA 40	Declaração dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que atuaram como TSB e/ou ASB sobre a adequação dos conteúdos desenvolvidos no Curso ao mercado de trabalho	159
TABELA 41	Conteúdos sugeridos pelos egressos para serem incluídos no Curso TSB/ESTES/UFU	163

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCD	Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Atendente de Consultório Dentário
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD	Cirurgião-Dentista
CEAI	Centro Educacional de Assistência Integrada
CEB	Câmara de Educação Básica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFRHS	Centro Formador de Recursos Humanos
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRO-MG	Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIRPS	Diretoria de Processos Seletivos
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DP	Desvio Padrão
ENEM	Exame Nacional de Ensino Médio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESMG	Escola de Saúde de Minas Gerais
ESTES	Escola Técnica de Saúde
ETUS	Escola Técnica de Saúde do SUS
EUA	Estados Unidos da América

FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
FNO	Federação Nacional dos Odontologistas
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GERUS	Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde
INEP	Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PISE	Programa Integrado de Saúde Escolar
PL	Projeto de Lei
PLE	Projeto Larga Escala
PMCD	Programa Mineiro de Capacitação Docente
PMU	Prefeitura Municipal de Uberlândia
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENET	Secretaria Nacional de Educação Tecnológica
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UAI	Unidade Atenção Integral
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UAPSF	Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
Unimontes	Universidade de Montes Claros
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPITULO I – METODOLOGIA.....	25
1.1 Abordagem Metodológica	25
1.2 O Contexto do Estudo.....	26
1.3 Ferramentas e Procedimentos Metodológicos.....	28
1.4 Análises dos Dados.....	35
1.5 Questões Éticas.....	36
CAPITULO II - REFERENCIAL TEÓRICO.....	37
2.1 A relação Educação e Trabalho.....	37
2.1.1 A relação trabalho e educação nas diferentes etapas de desenvolvimento das forças produtivas.....	39
2.2 A educação Profissional no Brasil.....	42
2.3 O Processo de Trabalho em Saúde.....	48
2.3.1 Educação Profissional de Nível Técnico no campo da Saúde - A formação do TSB voltada para o SUS.....	54
CAPITULO III - DE THD A TSB: A REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO.....	62
3.1 As Profissões e o Controle Ocupacional do Mercado de Trabalho.....	62
3.2 A Regulamentação da Profissão de Técnico em Saúde Bucal.....	66
3.3 A Inserção e Atuação do Técnico em Saúde Bucal nos Serviços de Saúde Pública.....	79
3.4 O Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU)	87
3.4.1 A implantação do Curso.....	87
3.4.2 A organização curricular do Curso.....	92
3.4.3 A dinâmica do Curso.....	97
3.4.4 O acesso ao Curso.....	98
CAPITULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	101
4.1 O perfil dos Egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU).....	101
4.1.1 Características sociodemográficas.....	101

4.1.2	Características de ingresso.....	103
4.1.3	Percurso escolar após a conclusão do Curso.....	106
4.2	A Prática Profissional dos Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU.....	113
4.2.1	A inserção no mercado de trabalho.....	113
4.2.1.1	Possibilidades de trabalho dos egressos em sua área de formação.....	114
4.2.1.2	Atuação profissional dos egressos no momento da realização da presente pesquisa.....	117
4.2.1.3	Razões pelas quais alguns egressos não exerceram a profissão para a qual foram formados.....	121
4.2.1.4	A prática profissional (as tarefas desenvolvidas durante o exercício da profissão).....	134
4.2.2	Grau de satisfação com a profissão de TSB.....	153
4.3	Avaliação dos Egressos sobre a Formação recebida no Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU).....	158
4.3.1	Grau de satisfação dos egressos com a formação oferecida pelo Curso e a avaliação sobre a adequação dos conteúdos desenvolvidos com o mercado de trabalho.....	158
4.3.2	Sugestões para a melhoria do Curso.....	163
4.3.3	A importância do Curso para os egressos.....	168
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
	REFERÊNCIAS.....	181
	APÊNDICE.....	196
	APÊNDICE A - Questionário de Pesquisa.....	196
	APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semi-estruturada.....	203
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	205
	ANEXO.....	209
	ANEXO A - Prefeitura Municipal de Uberlândia – Autorização de início da pesquisa.....	209
	ANEXO B - Parecer do Conselho de Ética e Pesquisa - UFMG.....	210
	ANEXO C - Matriz Curricular do Curso TSB/ESTES/UFU. 1995.....	211
	ANEXO D - Matriz Curricular do Curso TSB/ESTES/UFU. 2001 -2002.....	212

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa pretende contribuir para a reflexão sobre a educação profissional em saúde no Brasil, a partir da análise da avaliação que os egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU) fazem sobre sua formação e prática profissional. Tem como foco os egressos que concluíram o referido Curso no período estipulado para essa investigação, os primeiros 20 anos do Curso, ou seja, de 1989, ano de conclusão da sua primeira turma, até 2009.

Em dezembro de 2008, as denominações das profissões de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e de Técnico em Higiene Dental (THD) foram alteradas pela Lei nº 11889/2008 (BRASIL, 2008) para Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB), respectivamente. No desenvolvimento desta Tese, essas denominações foram consideradas sinônimas e, quando a compreensão da contextualização dos textos não foi comprometida, optou-se pela utilização das denominações atualizadas.

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) é um profissional habilitado que, sob a orientação e supervisão do cirurgião-dentista, executa tarefas auxiliares no atendimento odontológico, atuando na promoção, prevenção e controle das doenças bucais. É vedado ao TSB o exercício da profissão de forma autônoma e suas atividades são subordinadas à supervisão direta ou indireta do cirurgião-dentista (BRASIL, 2004). Esse profissional, juntamente com o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e o cirurgião-dentista, compõe a equipe de Saúde Bucal.

O interesse pelo tema desta pesquisa, que é a formação e prática profissional do TSB, foi despertado pelo meu envolvimento com esse trabalhador desde 1985, quando ingressei como cirurgiã-dentista, no quadro de servidores da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Com as primeiras equipes de Saúde Bucal do Programa de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde, tive a oportunidade de trabalhar com os primeiros TSB contratados pelo município e participar do treinamento, em serviço, desses auxiliares. Mais tarde, em 1987, participei, junto com outros professores, da elaboração do primeiro projeto pedagógico do Curso TSB na Universidade Federal de Uberlândia, onde atuo como professora desde a sua criação até os dias atuais.

Durante esses anos de exercício profissional, vivenciei, ao lado dos alunos e egressos do Curso TSB da ESTES/UFU, os conflitos que atingem a sua formação e atuação profissional e tive acesso, de maneira informal, por meio de encontros sociais, semanas de atualização e outros eventos, as informações sobre os caminhos traçados por parte desses egressos. Essas percepções me motivaram a buscar compreender em que medida o processo ensino-aprendizagem do Curso TSB, oferecido pela referida escola, foi realmente um fator modificador na vida desses ex-alunos.

O acompanhamento de egressos tem como objetivo investigar os resultados das ações de educação profissional, buscando analisar os seus impactos objetivos, referentes às mudanças efetivas nas condições sociais prévias de trabalho e de vida dos egressos e subjetivos, como as mudanças nas percepções dos egressos sobre sua qualidade de vida, expectativas e necessidades (DELUÍZ, 2003). Assim considerado, entendemos que a análise do egresso no mundo do trabalho passa pela história da profissão, sua valorização, legitimidade e o momento político, social e econômico, bem como, é claro, pela qualidade do ensino oferecido. Engloba, por exemplo, investigar os aspectos envolvidos na escolha do Curso; a percepção dos egressos sobre sua profissão e sobre a formação recebida e a influência dessa formação na sua trajetória profissional e educacional; o percurso profissional e educacional dos técnicos formados pela instituição pesquisada; a sua relação com o mercado de trabalho e a obtenção ou não de melhorias pessoais e profissionais após a conclusão do Curso.

No Brasil, a incorporação do TSB (na época denominado “Auxiliar de Higiene Dentária”) nos serviços públicos iniciou-se na década de 1950 do século passado, na Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). No entanto, foi somente a partir do final da década de 1970 que ocorreu maior incorporação desses trabalhadores nesse setor quando, em resposta aos anseios da população organizada em Movimentos Sociais, que reivindicava um maior acesso à assistência odontológica, foi proposta a simplificação da tecnologia odontológica e a incorporação, nos serviços públicos de saúde, de medidas preventivas e educativas, além das curativas já existentes, o que resultou em um novo modelo de atenção odontológica, sendo o trabalho de pessoal auxiliar indispensável para seu completo funcionamento (PEZZATO, 2001).

Nesse modelo, o pessoal auxiliar passou a colaborar com o cirurgião-dentista na difusão dos conhecimentos sobre prevenção das doenças bucais e ainda, no caso específico do TSB, a atuar diretamente na cavidade bucal do paciente, executando, por exemplo,

profilaxias, aplicação tópica de flúor e a inserção de materiais restauradores em cavidades dentais previamente preparadas pelo cirurgião-dentista. Desse modo, houve uma perda, mesmo que parcial, do monopólio do conhecimento odontológico dos cirurgiões dentistas, o que deu início a uma luta corporativa por competências por parte desses profissionais que perdurou por mais de vinte anos (NARVAI, 2003; KOVALESKI *et al.*, 2005).

A criação de cursos técnicos no território nacional, a partir de 1971, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº. 5692/71 (BRASIL, 1971), em que a ênfase na "educação para o trabalho" era o eixo norteador, foi fortemente estimulada. Esse fato, somado ao aumento do número de auxiliares atuando nos serviços públicos no Brasil devido à ampliação da assistência odontológica, promovida pelo governo, propiciou o primeiro movimento no sentido de regulamentar a formação do TSB e do ASB oficializado, em 1975, com o Parecer n.º460/75, do Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1975).

Nove anos depois, em 1984, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) disciplinou o exercício dessas profissões no país por meio da Decisão 26/84 (CFO, 2000).

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada o marco referencial da Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que é a partir dela que temos uma mudança de paradigmas da saúde, quando se propõe uma nova forma de pensar o processo saúde-adoecimento-cuidado, no qual a saúde não depende somente da atenção médica, mas é compreendida como um processo de vida dos homens ao longo da história (BRASIL, 1987). Como desdobramento desse fato, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) na qual foi apontada a urgente necessidade de formação e incorporação de pessoal de nível elementar e médio (ASB e TSB) nos serviços de assistência odontológica como forma de viabilizar a extensão da cobertura e aumento da produtividade requeridos naquele momento (BRASIL, 1986).

Em 1988, com a atribuição conferida ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição da República de “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde”, a implantação dos programas de formação de pessoal auxiliar odontológico pelas próprias secretarias de saúde foram estimulados (TOMAZEVIC, 2005). Cursos particulares de ASB e de TSB também foram criados em vários Estados. É nesse contexto que, em 1988, a Universidade Federal de Uberlândia (UFU) implantou o Curso TSB na sua Escola Técnica de Saúde (ESTES). Esse Curso foi o primeiro e, até o momento da realização desta pesquisa, o único oferecido por uma instituição pública, na cidade e região, o que conferiu à ESTES um

importante papel na consolidação dessa ocupação no município. Até 2009, foram diplomados 360 TSB.

Convém ressaltar que, apesar da formação do TSB estar regulamentada desde 1975 pelo Ministério da Educação (BRASI, 1975) e do exercício dessa ocupação ter sido disciplinando nove anos depois, em 1984, pela Decisão 26/84 do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2000), só muito recentemente, em dezembro de 2008, a profissão foi regulamentada pelo Governo Federal por meio da Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008). Antes da aprovação dessa Lei, os egressos do Curso TSB da ESTES/UFU eram diplomados para exercer não uma profissão regulamentada, mas uma ocupação legitimada pelo Ministério da Educação. A falta de regulamentação da profissão de ASB e TSB que persistiu até o final de 2008, fez com que esses auxiliares não constituíssem uma categoria ocupacional consolidada, estando mais vulneráveis às oscilações do mercado de trabalho e das políticas sociais (LIÑAN e BRUNO, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o principal empregador do TSB, do ASB e também do cirurgião-dentista. Desde o início da proposta do SUS de trabalhar com prevenção e educação, utilizando o pessoal auxiliar, a Odontologia foi gradativamente ganhando espaço nos serviços públicos. No final do ano 2000, houve a inclusão da equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a formação de duas modalidades de equipes, uma necessariamente composta por um TSB (TOMAZEVIC, 2005). A partir do governo Lula, a implantação das equipes de saúde bucal na ESF foi ampliada em todo território nacional, com a criação de mais de 2000 novas equipes, demonstrando uma tendência à maior inserção do TSB no setor público, por meio dessas equipes.

Por outro lado, no setor privado, a aceitação do TSB por parte dos cirurgiões-dentistas foi lenta e cautelosa. Na maioria das vezes, o TSB tem sido admitido nesse setor como auxiliar (ASB) e não como técnico. Além disso, parece haver resistência da categoria odontológica em empregar pessoal auxiliar, egressos de Curso formais, que seguramente exigiriam um salário maior do que aqueles treinados em serviço (LEITE e PINTO, 1983; PARANHOS L. R. *et al*, 2008).

Tal cenário parece ser resultado, em parte, da falta de regulamentação da profissão de TSB e ASB pelo Governo Federal que persistiu até 2008 e da omissão histórica dos Conselhos Federais e Regionais de Odontologia, no sentido de fiscalizar o cumprimento de suas Decisões e Resoluções quanto ao registro e atribuições desses profissionais.

A ESTES/UFU é uma instituição de Educação Profissional, formadora de recursos humanos no Eixo Tecnológico Ambiente, Saúde e Segurança, vinculada à Universidade Federal de Uberlândia e integrante da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (SETEC/MEC). Seu Curso Técnico em Saúde Bucal possui, atualmente, uma carga horária total anual de 1740 horas distribuídas em dois anos, com 1570 horas de aulas teóricas e práticas ministradas, em sua maioria, no período noturno e 170 horas de estágio supervisionado. A escola está localizada no Campus Umuarama da UFU, possui laboratórios próprios e utiliza, para as aulas teóricas, as salas de aula da Universidade. A maioria dos estágios curriculares é desenvolvida junto aos setores da Faculdade de Odontologia da mesma. Seus docentes são professores da carreira de Magistério do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico da UFU; com regime de dedicação exclusiva, sendo quatro deles da área odontológica e cinco, do núcleo comum da Escola.

O ingresso nos cursos oferecidos pelas ESTES/UFU se dá por meio de aprovação e classificação em processo seletivo público, sendo pré-requisito para inscrição, a conclusão do ensino médio.

Poucos estudos tratam da formação do TSB. A maioria dos trabalhos que trata desse tema o faz pesquisando a qualificação desse trabalhador a partir do projeto Larga Escala¹, cuja proposta pedagógica é a de qualificar os trabalhadores de nível elementar e médio, que não possuem qualificação específica, inseridos nos serviços de saúde (OLIVEIRA SÁ, 2000; PEZZATO, 2001; TOMAZEVIC, 2005; MACHADO, 2009; SARTORI, 2009). Essa proposta possui, portanto, objetivos, projeto pedagógico e público alvo distintos de um curso técnico de nível médio de modalidade sequencial como o aqui pesquisado. Os candidatos que buscam a formação profissional nessa modalidade de curso técnico são, portanto, diferentes daqueles que o fazem no próprio local de trabalho, por meio do Projeto Larga Escala, apresentando, também, diferentes desafios tanto na realização do curso como na sua inserção no mundo do trabalho, o que torna relevante o aprofundamento de pesquisas nesse tipo de formação profissional oferecida pelo governo.

Quanto à prática profissional, os trabalhos mais recentes, realizados após a aprovação da Lei 11.889/2008 (BRASIL, 2008), descrevem a atuação desses profissionais nas equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (AGUIAR, 2010; OLIVEIRA, 2011). Como o município de Uberlândia, até o momento da realização desta pesquisa, possuía

¹ Processo educativo nos serviços de saúde - Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº1 OPS/OMS 1991- Brasília.

apenas uma equipe de Saúde Bucal inserida na ESF, a grande maioria dos TSB, egressos do Curso, exerciam sua função nas Unidades de Saúde e no Programa de Saúde Escolar da rede municipal, onde a população assistida e a rotina de trabalho são diferentes daquela encontrada na ESF. Nesse sentido, torna-se importante conhecer a atuação dos egressos nos serviços de saúde pública do município, verificando como se distribuem suas ações e tarefas durante a jornada de trabalho bem como sua participação em atividades educativas e preventivas de grupos sociais e no apoio de atividades curativas realizadas em ambientes da clínica odontológica, buscando apreender os impactos produzidos pela atuação desses egressos na atenção à saúde bucal da população.

Esse é um momento propício para reflexão acerca da formação e preparação do pessoal auxiliar odontológico para futuras perspectivas de trabalho. A Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008) não apenas regulamenta o exercício das profissões de TSB e ASB, como também modifica o perfil de atuação desses profissionais ao vetar e/ou modificar atribuições que lhes eram conferidas anteriormente. É, portanto, necessário o estudo sobre os impactos da aplicação da nova regulamentação no trabalho desenvolvido por esses profissionais com o objetivo de fornecer subsídios para futuras discussões sobre a adequação dessa legislação ao pleno exercício dessa profissão, como também para a possível revisão do projeto pedagógico do Curso aqui pesquisado.

Esta pesquisa tem o objetivo geral analisar a percepção dos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU), diplomados entre 1989 e 2009, sobre sua formação e prática profissional. Para tanto, os seguintes objetivos específicos foram propostos:

- a) Contextualizar a formação e a prática profissional do TSB no Brasil.
- b) Caracterizar os egressos do Curso TSB/ESTES/UFU.
- c) Investigar a inserção dos egressos no mundo do trabalho.
- d) Verificar a percepção dos egressos sobre sua formação e prática profissional.
- e) Analisar o percurso educacional dos egressos.
- f) Pesquisar a atuação dos egressos no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Uberlândia.

Esta tese de doutorado se desenvolve em quatro capítulos.

O primeiro capítulo “Metodologia” descreve a metodologia do estudo: os instrumentos e procedimentos de coleta de dados, o contexto da pesquisa, a organização e análise dos dados e os aspectos éticos.

O segundo capítulo “Referencial Teórico” está subdividido em três itens. No primeiro, são abordados alguns aspectos da relação educação e trabalho e desta com as diferentes etapas de desenvolvimento das forças produtivas. O segundo são descritas as mudanças ocorridas na educação profissional do país. O terceiro trata das concepções sobre os processos de trabalho em Saúde.

O terceiro capítulo está estruturado em quatro itens: no primeiro, são abordados alguns aspectos sobre a legitimação das profissões e o controle ocupacional do mercado de trabalho; o segundo traz um breve histórico sobre a regulamentação da profissão de TSB no Brasil; o terceiro refere-se às mudanças ocorridas nos modelos de assistência odontológica no país, considerando a inserção do TSB nesse contexto e o quarto, descreve o Curso TSB da ESTES/UFU, sobretudo os motivos que levaram à sua criação, estruturação e as principais alterações ocorridas em seu projeto pedagógico nos últimos vinte anos.

No quarto capítulo, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa à luz das contribuições advindas dos textos apresentados no terceiro capítulo e no referencial teórico.

Nas “Considerações Finais” é elaborada uma síntese dos resultados em que se identificam os significados atribuídos pelos egressos do Curso à sua formação e prática profissional.

I CAPÍTULO – METODOLOGIA

1.1 Abordagem Metodológica

A investigação teve como foco os egressos que concluíram o Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde de Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU) no período estipulado para esta pesquisa, os primeiros 20 anos do Curso, ou seja, de 1989, ano de conclusão da sua primeira turma, até 2009.

Como estratégia metodológica, utilizei o estudo *quali quanti* em que a abordagem qualitativa foi desenvolvida por meio de análise de documentos e entrevista semiestruturada e a quantitativa, através de um questionário.

Como na abordagem quantitativa, o tratamento dos dados é realizado, por exemplo, por meio de indicadores e testes de inferência que oferecem indícios sobre as questões tratadas e fazem aflorar semelhanças, proximidades ou plausibilidades, não certezas (GATTI, 2004), consideramos que, para a construção do conhecimento proposto, tornou-se necessária a complementação dada pela abordagem qualitativa que se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994). Desse modo, os dados obtidos no questionário foram complementados com os obtidos nas entrevistas e na análise documental, levando a uma compreensão mais abrangente do contexto e do objeto da pesquisa.

Quando da elaboração do meu projeto de pesquisa, não deixei de considerar que, se por um lado, o fato de pertencer ao quadro de docentes do Curso pesquisado facilitaria meu acesso ao registro dos alunos e aos documentos referentes à criação do Curso e ao desenvolvimento dos seus planos de curso/projetos pedagógicos, de outro, poderia trazer limitações ao desenvolvimento da pesquisa, interferindo tanto na liberdade dos entrevistados para expressar seus pensamentos, como na minha capacidade de controle da subjetividade durante a coleta e interpretação dos dados. No sentido de minimizar ao máximo essas limitações, vários cuidados foram tomados durante o desenvolvimento da pesquisa, a começar pela escolha do estudo *quali quanti*, pois além das vantagens descritas acima, acredito que os

indicadores mais objetivos colhidos no questionário e em documentos pertinentes servem como balizadores dos dados subjetivos obtidos por meio de entrevistas.

1.2 O Contexto do Estudo

A cidade de Uberlândia, a segunda maior do Estado de Minas Gerais, com uma população de 604.013 mil habitantes (IBGE, 2010), está localizada na mesorregião geográfica do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, região sudeste do Brasil. É considerada a terceira maior do estado em arrecadação de Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS) e a oitava do país na arrecadação de tributos federais. Como maior centro atacadista-distribuidor da América Latina e o 30º maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, destaca-se também no agronegócio, além de ser considerada polo regional em educação e saúde.

Conforme informação obtida no sistema de cadastro do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2012), emitido em 03/04/2012, o município de Uberlândia conta atualmente com 1.416 cirurgiões-dentistas, 105 TSB e 121 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. Esses dados indicam que existe na cidade, uma enorme discrepância entre o número de cirurgiões-dentistas (que, em sua grande maioria, de acordo com dados fornecidos pelos Conselhos de Odontologia, optam por especialidades eminentemente curativas) e o número de pessoal auxiliar odontológico.

O Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), no momento da presente pesquisa, era desenvolvido em dezesseis Unidades Básicas de Saúde (UBS), oito Unidades de Atenção Integral (UAI), dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde Família da Zona Rural, na Associação dos Paraplégicos de Uberlândia, Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sindicato dos Feirantes (PARU/DST/Sindicato dos Feirantes), dois Centros Educacionais de Assistência Integrada (CEAI) e ainda em dezessete escolas e cinco creches da rede municipal de ensino. Ações de saúde bucal são também desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF) e nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e nas equipes de Atendimento à criança e Adolescente, totalizando 48 postos de atendimento. A rede conta com 151 cirurgiões-dentistas, 56 ASB e 72 TSB. Tem ainda 12 cirurgiões-dentistas e dois TSB nos atendimentos

em parceria com o Hospital Odontológico/UFU. A Coordenação do Programa possui quatro coordenadores de Saúde Bucal e dois TSB.

A assistência odontológica, prestada pelo Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde da PMU, está centrada em dois eixos fundamentais: a promoção em saúde e as ações clínicas restauradoras. Nas Unidades de Saúde (UAI e UBS) são realizados os procedimentos básicos em odontologia: restaurações, extrações, procedimentos preventivos (profilaxia, fluoroterapia, selantes), atendimentos emergenciais e outros. Ações coletivas e individuais de prevenção e promoção em saúde bucal são também desenvolvidas pelas Equipes Curativas do Programa de Saúde Bucal (atendimento ao escolar) nas escolas e creches da rede municipal. Nos dois Centros de Especialidades Odontológicas, são realizados procedimentos na área de periodontia, endodontia e cirurgia oral menor, de pacientes referenciados das unidades básicas de saúde do município. Nas demais Unidades de Saúde, a atenção é voltada para populações específicas como nos Centros Educacionais de Assistência Integrada onde as atividades clínico-restauradoras e de promoção e prevenção são dirigidas a pessoas com idade acima de 60 anos.

O TSB foi inserido no Programa de Odontologia da Secretaria de Saúde de Uberlândia, em 1985, quando da implantação de seu Programa de Saúde Escolar. Em nossa pesquisa, encontramos a primeira referência ao cargo de Técnico em Higiene Dental (THD), antiga denominação do TSB, na PMU, no Decreto nº 3845 de 1988 que concedeu reajuste salarial aos servidores celetistas da referida prefeitura, estando, entre eles, o THD (UBERLÂNDIA, 1988). Somente em 1995, por meio da Lei Complementar nº 101/1995, alterada pela Lei Complementar 131/1995 (UBERLÂNDIA, 1995) que dispôs sobre a estruturação do plano de cargos e carreiras da administração direta do município de Uberlândia e estabeleceu normas de enquadramento dos seus servidores, é que encontramos o cargo de THD e de Atendente de Consultório Dentário (ACD) entre os cargos de provimento efetivo. Na referida Lei, como requisito para provimento dos 78 cargos de THD é exigido dos postulantes o Curso Técnico em Higiene Dental e a habilitação legal para o exercício da profissão (registro no Conselho Regional de Odontologia). Para os 30 cargos de ACD, o primeiro grau completo, acrescido de registro no respectivo conselho de regulamentação profissional.

A mais recente Lei Municipal, que se refere ao TSB, é a Lei nº 10.994, de 8 de dezembro de 2011, onde a denominação THD e ACD foi substituída por TSB e ASB, respectivamente e suas atribuições ajustadas à Lei 11.889/2008. Para suprimimento dos cargos,

por meio de concurso público, é exigido para o ASB o ensino fundamental completo e o Certificado expedido por curso e/ou habilitação legal para o exercício da profissão. Para o TSB, é exigido o Certificado de conclusão do Curso Técnico de Nível Médio em Saúde Bucal e habilitação legal para o exercício da profissão. Com carga horária semanal de 30 horas, o salário inicial, em reais, do ASB é de 619,33 e do TSB de 1.005,70. De acordo com essa legislação, a quantidade de cargos efetivos de TSB continua 78 e do ASB é de 60 (UBERLÂNDIA, 2011).

A partir de 1990, os egressos do Curso TSB/ESTES/UFU passaram a fazer parte das equipes de saúde bucal da PMU. Atualmente, dos 98 TSB que prestam seus serviços na PMU, 72 fazem parte do quadro de servidores efetivos e 23 são contratados pelo regime de trabalho de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por organizações filantrópicas que possuem parceria com a PMU. Dos funcionários efetivos, trinta (41,6%) são egressos do Curso TSB da ESTES/UFU e, entre os contratados, 90,0% são egressos do referido Curso. Entre as diversas unidades do programa de saúde bucal da PMU, a maior atuação dos TSB acontece nas equipes de saúde bucal do Programa de Saúde Escolar e nas Unidades de Saúde.

A Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (ESTES/UFU) é uma instituição de Educação Profissional, formadora de recursos humanos no Eixo Tecnológico Ambiente, Saúde e Segurança, vinculada à Universidade Federal de Uberlândia e integrante da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (SETEC/MEC). Atualmente a Escola oferece os seguintes cursos técnicos: Enfermagem, Análises Clínicas, Prótese Dentária, Saúde Bucal, Controle Ambiental e Meio Ambiente. A escola possui laboratórios próprios e utiliza, para as aulas teóricas, as salas de aula da Universidade. De 1989 a 2009, a escola diplomou 306 TSB, conforme demonstrado na Tabela 1.

1.3 Ferramentas e Procedimentos Metodológicos

Tendo como referência os estudos de (ANDRÉ; LUDKE, 1986) que consideram a análise documental uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema, procurei investigar, por meio da análise de arquivos pertinentes, os elementos que fundamentaram a formação e o exercício profissional dos Técnicos em Saúde Bucal. Nesse sentido, os seguintes documentos foram analisados:

- a) dispositivos legais do Ministério da Educação e Cultura (MEC) (Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica) referentes às mudanças na educação profissional.
- b) documentos existentes nos arquivos do setor de protocolo/registro da ESTES-UFU para consulta de dados referentes à relação de egressos, à criação do Curso Técnico em Saúde Bucal nessa instituição, sua estrutura pedagógica e as modificações ocorridas nos seus planos de curso/projetos pedagógicos no período estipulado para a realização da presente pesquisa, ou seja, de 1989 a 2009;
- c) dispositivos legais do Ministério da Saúde e documentos existentes em arquivos da Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberlândia para consulta de dados referentes às políticas de saúde bucal do país e do município, programas, índices e política de recursos humanos ligados à odontologia;
- d) documentos do Conselho Federal de Odontologia, resolução e decretos que versem sobre a atuação profissional do TSB e a relação de inscritos em seus Conselhos Regionais;
- e) jornais e revistas da área de educação e saúde que tratem da recente regulamentação da profissão de TSB (LEI 11.889/2008).

Com intuito de conhecer os seguintes aspectos em relação aos egressos: dados sócio-demográficos, trajetória educacional e profissional, avaliação da formação recebida, satisfação profissional e avaliação da Lei 11.889/2008, foi elaborado pela pesquisadora, com a colaboração dos demais docentes do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU, um questionário contendo 45 questões abertas e fechadas (Anexo 1). Güther (2003) considera que o levantamento de dados por amostragem ou *survey*, que tem como instrumento o questionário, possui como vantagens o fato de assegurar melhor representatividade e permitir a generalização para uma população mais ampla.

Para validação do questionário, primeiramente foi realizado um teste piloto com cinco egressos do curso, selecionados conforme disponibilidade e facilidade de contato. As sugestões recebidas no teste foram discutidas e acatadas, levando à reformulação do questionário. Para a validação do questionário reformulado, verificação do grau de clareza e compreensibilidade das perguntas e tempo médio de preenchimento foram realizados pré-testes com os 17 formandos do ano 2010 do Curso TSB da ESTES/UFU. Os resultados demonstraram que o tempo médio de preenchimento do questionário foi de 22 minutos e que as perguntas eram de fácil compreensão.

De um total de 306 alunos egressos do Curso Técnico em Higiene Dental da ESTES/UFU formados durante o período proposto para essa investigação (1989 a 2009), foi possível recrutar, mediante verificação de registros de matrículas e diários de classe da instituição (setor de arquivo ativo/inativo e protocolo/registro da Universidade Federal de Uberlândia), 214 egressos que, por meio de contato telefônico, foram convidados a participar do estudo. Desse total, 195 responderam ao questionário proposto.

De acordo com a disponibilidade de cada participante do estudo, foram agendados os encontros para entrega dos questionários e obtenção do consentimento informado e esclarecido (Anexo 4). Com o objetivo de diminuir possíveis constrangimentos que pudessem comprometer a legitimidade das respostas dos questionários, devido, principalmente, à minha participação como professora na formação acadêmica dos egressos, os questionários não foram identificados por nomes, como garantia do sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa. Foi solicitada, ainda, aos participantes a devolução dos questionários respondidos em envelopes fechados, em dia e local por eles determinados.

Os questionários foram agrupados de acordo com o ano de conclusão do Curso declarado pelos egressos e depois enumerados. Cabe aqui ressaltar que, devido às greves ocorridas, os alunos que ingressaram no Curso no ano 2000 se formaram em 2002 e, os que ingressaram em 2001 e 2002, em 2003 existindo, portanto, duas turmas de formandos neste ano, uma no início e outra no fim. Da mesma forma, não houve turma de formandos em 2005, o que foi compensado com duas turmas, que também estão lançadas juntas em 2007 (Tabela 1).

Por se tratar de um período longo de investigação e, entendendo que, tanto a formação como o campo de atuação profissional dos egressos sofreram modificações no decorrer desse período, na tentativa de compreensão desses fatos, os dados obtidos dos questionários foram separados em grupos de cinco em cinco anos. Após análise estatística dos resultados assim agrupados, foram identificadas as questões que apresentaram resultados diferentes, estatisticamente significantes, nos períodos de tempos analisados. Posteriormente, novas análises estatísticas foram realizadas nos dados agrupados em períodos de dez anos. Os resultados demonstraram que as diferenças encontradas, nos períodos de cinco anos, não eram alteradas com o novo agrupamento de 10 anos o que, por proporcionar uma melhor visualização dos dados, foi o utilizado na apresentação dos resultados.

Tabela 1 – Relação entre o número de egressos que responderam o questionário de pesquisa (Egressos respondentes) e o número total de alunos diplomados pelo Curso TSB/ESTES/UFU (Egressos) entre 1989 e 2009

Ano	Egressos (n)	Egressos respondentes (n)	%
1989	13	08	61,5
1990	08	06	75,0
1991	06	04	66,6
1992	15	07	46,6
1993	13	09	69,2
1994	15	11	73,3
1995	16	10	62,5
1996	18	10	55,5
1997	16	08	50,0
1998	18	10	55,5
1999	17	10	58,8
2000	16	12	75,0
2002	17	10	58,8
2003	27	20	74,0
2004	15	04	26,6
2006	19	11	57,8
2007	25	21	84,0
2008	15	08	53,3
2009	17	16	94,1
Total	306	195	63,7

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: ARQUIVOS ESTES/UFU.

Para organização dos dados obtidos na questão aberta de nº40 (Sua atuação no trabalho mudou depois da aprovação dessa lei? Em caso afirmativo, como?) e no espaço reservado no final do questionário para que os egressos escrevessem, livremente, acerca de suas percepções sobre a importância do Curso TSB e registrassem suas sugestões para a melhoria do mesmo, foi criado um código alfanumérico como o aqui exemplificado: (Q2006, 2) Q significa que o dado foi obtido dos questionários aplicados, 2006 o ano de conclusão do Curso declarado pelo egresso no questionário e 2 o número do questionário.

Para a análise das respostas obtidas nas questões abertas acima relacionadas, optamos pela análise de conteúdo descrita por Bardin (1987). Assim, após a organização e inúmeras leituras das respostas obtidas, procuramos detectar os temas mais frequentes que deram origem às seguintes categorias de análises: a Lei 11.889/2008; a importância do Curso; a desvalorização da profissão; sugestões para melhoria do Curso. Diante do grande número de

declarações (81) sobre a importância do Curso na vida profissional e/ou pessoal dos egressos, foi necessário estabelecer, para a categoria “importância do curso” as seguintes subcategorias: inserção no mercado de trabalho; acesso à graduação; divulgação dos conhecimentos adquiridos e desempenho profissional cuja frequência de aparição é descrita nas Figuras 1 e 2.

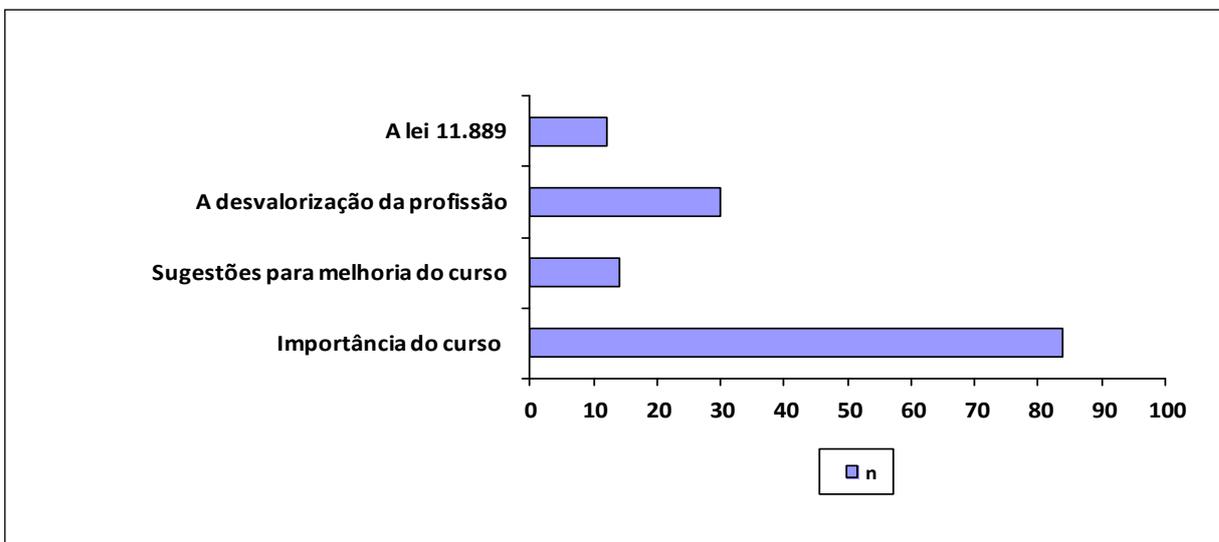


Figura 1 – Categorias de análises obtidas das declarações dos egressos no questionário de pesquisa

Fonte: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

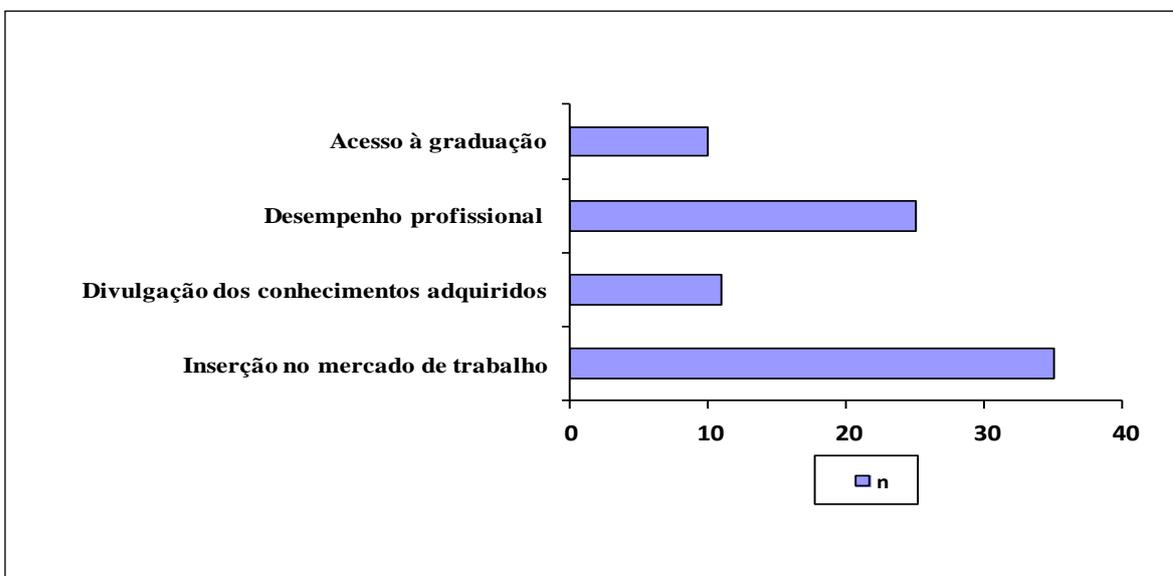


Figura 2 – Subcategorias referentes à categoria “importância do Curso na vida pessoal e/ou profissional dos egressos”

Fonte: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Considerando o fato do Programa de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) ser um importante campo de atuação para egressos do Curso TSB da ESTES/UFU, para apreender a avaliação que eles fazem da sua atuação profissional nesse Programa, utilizamos como método de investigação, a entrevista semiestruturada.

A escolha desse método foi fundamentada nas características dos estudos qualitativos descritas por Minayo (1994, p. 24):

Os autores que seguem tal corrente se preocupam em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a continuidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetiva.

Segundo Minayo (1994), a amostra ideal, na pesquisa qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer e é capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Quanto ao número de entrevistas, a autora considera suficiente o que permite a reincidência das informações. Para o desenvolvimento do método proposto, realizado pela própria pesquisadora, foram selecionados seis TSB do Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. A escolha desses profissionais foi baseada nos dados coletados nessa Secretaria, relativos ao local de atuação e tempo de serviço dos servidores, sendo selecionados aqueles que tinham cinco anos ou mais de atuação profissional em setores onde a atenção às necessidades de saúde bucal da população fosse realizada mediante o emprego de egressos do Curso TSB da ESTES/UFU. Diante do maior número de profissionais, com os requisitos acima, lotados no Programa de Saúde Escolar e nas Unidades de Atendimento Integrado da PMU e, considerando, também, a disponibilidade dos sujeitos para conceder as entrevistas, foram selecionados, de cada um desses setores, três TSB.

Com o objetivo específico de apreender o impacto da Lei 11.889/2008 na prática profissional dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que compõem as equipes de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde da PMU, foram também entrevistados quatro cirurgiões-dentistas dessas equipes, selecionados de acordo com os critérios listados acima.

Na entrevista semiestruturada, também chamada de focalizada, o entrevistador faz perguntas específicas, mas deixa o entrevistado à vontade para responder com suas próprias palavras (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 2002). André e Ludke (1986) argumentam a favor desse tipo de entrevista nas pesquisas educacionais, já que os informantes, nesse contexto, são mais convenientemente abordáveis por meio de um

instrumento mais flexível. Esse tipo de entrevista possui, como característica, um roteiro com questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa.

Assim, a primeira etapa de desenvolvimento do método constou da elaboração de um roteiro para entrevistar os Técnicos em Saúde Bucal (Apêndices D), com perguntas básicas, focalizando os seguintes temas: as atividades desenvolvidas no setor; a relação trabalho e formação profissional; a importância da atuação do TSB na atenção à saúde bucal da população; o nível de satisfação com o trabalho e as implicações da lei 11.889/2008 no trabalho da equipe. Para a realização das entrevistas com os cirurgiões-dentistas, foram elaboradas questões visando à elucidação do impacto da Lei 11.889/2008 no trabalho da equipe de saúde bucal e a importância da atuação do TSB nesse contexto. Os roteiros serviram para dar direcionamento à conversa, já que a entrevista semiestruturada permite ao entrevistador fazer as necessárias adaptações (ANDRÉ e LUDKE, 1986).

Os entrevistados foram contatados por telefone, quando foi explicado o objetivo do estudo e solicitada sua participação. As entrevistas foram agendadas em local, data e horários escolhidos pelos entrevistados sendo que, a maioria delas ocorreu no próprio local de trabalho dos entrevistados. Antes de iniciar as entrevistas, foi solicitada aos participantes a leitura e assinatura do consentimento livre e esclarecido sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e o compromisso de tratamento ético das informações colhidas.

As entrevistas, realizadas individualmente pela pesquisadora, duraram em média 30 minutos; foram gravadas e transcritas de forma integral. Para a organização do material obtido, preservando o anonimato dos entrevistados, foram criados os seguintes códigos alfanuméricos de identificação: o código TSB_e, 1 indica que o egresso atua no programa de saúde escolar e foi o primeiro a ser entrevistado; TSB_u, 2 indica que entrevistado atua em uma Unidade de Saúde e foi o segundo egresso entrevistado. CD1 indica o primeiro cirurgião-dentista a ser entrevistado. Por cautela, procurando preservar a identificação dos sujeitos, optamos por não distinguir o local de atuação dos cirurgiões-dentistas entrevistados.

A leitura exaustiva das entrevistas transcritas, buscando destacar os pontos comuns nas observações feitas pelos TSB e cirurgiões-dentistas, levou ao agrupamento das respostas de acordo com os temas identificados, dentro das seguintes categorias de análise: importância do trabalho do TSB na rede pública; o impacto da Lei 11.889/2008 no trabalho da equipe de Saúde Bucal; avaliação da formação recebida no Curso TSB da ESTES/UFU e o futuro da profissão TSB.

1.4 Análises dos Dados

Para a análise dos dados coletados, optou-se pela técnica de análise do conteúdo descrita por Bardin (1987). Primeiramente, foi feita uma leitura flutuante de todas as informações coletadas nas entrevistas, questionários e documentos para posterior seleção e organização das mesmas de acordo com os objetivos da pesquisa. Foram necessárias várias leituras do material coletado para identificar as ideias principais dos textos produzidos cuja presença ou frequência de aparição tinham significado para o objeto da pesquisa. Os dados foram então agrupados por temas representativos das ideias principais dos textos analisados. Posteriormente, temas com informações semelhantes foram condensados e organizados, dando origem às categorias de análise apresentadas nos seguintes itens:

- a) Perfil dos egressos: para a construção do perfil dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, as seguintes subcategorias foram analisadas:
 - características sociodemográficas;
 - características de ingresso no Curso;
 - percurso educacional dos egressos.
- b) Prática profissional: para a análise da percepção dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU sobre sua prática profissional, as seguintes subcategorias foram estudadas:
 - a inserção no mercado de trabalho;
 - a prática profissional (os procedimentos realizados durante o exercício da profissão);
 - satisfação profissional.
- c) Formação: para a análise da percepção dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU sobre sua formação, as seguintes subcategorias foram estudadas:
 - grau de satisfação dos egressos com a formação oferecida pelo Curso e a avaliação sobre a adequação dos conteúdos desenvolvidos com o mercado de trabalho;
 - sugestões para a melhoria do Curso;
 - a importância do Curso para os egressos.

1.5 Questões Éticas

Os princípios legais da pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram consideradas em todas as etapas desta investigação. Primeiramente, o projeto de pesquisa foi apreciado pela direção da ESTES/UFU e pelos coordenadores o Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, que consentiram, mediante assinatura do termo de Autorização da Instituição com a realização de pesquisas em documentos dos seus arquivos e com a realização de entrevistas com seus funcionários (Anexo A). O projeto de pesquisa foi, então, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e aprovado através do Parecer nº ETIC 0520.0.203.000-10 (Anexo C). A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto pelo referido comitê.

Todos os sujeitos da pesquisa assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apendice C), ficando com uma cópia deste documento e a pesquisadora com a outra, as quais estão devidamente arquivadas.

CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Relação Educação e Trabalho

Para Saviani (2007) a educação é uma atitude especificamente humana cuja origem coincide com a origem do próprio homem, pois diferentemente dos outros animais que nascem adaptados à natureza, trazendo em seu aparato biológico os instrumentos necessários à sua subsistência, o homem tem de adaptar a natureza a si para produzir a própria vida. Com efeito, o homem somente subsiste porque é capaz de agir sobre o meio em que vive transformando-o com o fim de satisfazer as próprias necessidades. A existência do homem, portanto, não é dada pela natureza, mas é produzida pelos próprios homens por meio do trabalho. Logo, o que o homem é, o é pelo trabalho, isso quer dizer que

[...] podemos distinguir o homem dos animais pela consciência, pela religião ou por qualquer coisa que se queira. Porém, o homem se diferencia propriamente dos animais a partir do momento em que começa a *produzir* seus meios de vida, passo este que se encontra condicionado por sua organização corporal. Ao produzir seus meios de vida, o homem produz indiretamente sua própria vida material (MARX & ENGELS, 1974, p.19, *apud* SAVIANI, 2007, p. 154).

Assim, o homem precisa aprender a produzir sua própria existência para tornar-se homem, já que “a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem, isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo” (SAVIANI, 2007, p.154).

Machado (1989) ressalta que o fundamento básico da concepção de educação de Marx parte da atividade material produtiva, do trabalho, ou seja, esta constitui a primeira e essencial instância educativa do homem. Pelo trabalho o homem aprende a dominar a natureza, apreendendo todo tipo de conhecimento que se faça necessário a esta tarefa. Ao conhecer e dominar a natureza, os homens acabam se conhecendo mais, pois precisam constatar o estágio de conhecimento já acumulado e disponível, necessitam identificar suas debilidades e criar recursos para dominar sua própria natureza, adequando-as às exigências produtivas. Através do trabalho, o homem constrói o mundo e se constrói, interagindo com a natureza e com os outros homens. O resultado desse processo é, fundamentalmente, educação.

Dependendo da forma como o homem organiza os modos de produzir sua existência, o trabalho adquire diversos significados. Conforme explica Aranha e Dias (2009), a categoria

trabalho, dependendo das condições reais de sua realização, é tomada em duas dimensões, a saber: uma primeira dimensão que é definida por Marx como trabalho concreto, a qual “é construtora, emancipadora, voltada para a construção de coisas e para satisfação de necessidades humanas, contribuindo para a realização do indivíduo enquanto criador e transformador de seu meio” (ARANHA e DIAS, 2009, p. 2); e uma segunda dimensão, que é a alienante, própria do modo de produção capitalista, onde o trabalhador não tem condições de interferir sobre os objetivos e produtos de seu trabalho e até mesmo de dominar o próprio processo de produção. “Nestas circunstâncias, o trabalho transforma-se em algo alheio, alienante e alienado, embrutecedor, desinteressante e fonte de sofrimento para o trabalhador” (ARANHA e DIAS, 2009, p. 2).

De acordo com Marx, a relação de produção dominante no capitalismo, alicerçada no trabalho alienado, impede o pleno desenvolvimento do homem, pois provoca sua degeneração física, espiritual e moral. A educação reflete essa realidade, pois o modo de apropriação dos bens culturais se subordina e está consoante com o modo de apropriação dos bens materiais. Como a propriedade privada é ao mesmo tempo consequência e objetivação de trabalho alienado, o ensino, dificilmente se emanciparia de sua influência, tornando ele próprio seu produto e meio de realização. Sendo assim, somente com a abolição positiva da propriedade privada e da subordinação do homem à divisão do trabalho, seria possível a verdadeira apropriação da natureza humana através do e para o homem (MACHADO, 1989). Porém, entendendo a importância da educação na formação da consciência da classe trabalhadora, Marx e Engels enfatizaram que, mesmo enfrentando condições adversas como as citadas acima, uma nova educação deveria começar já no capitalismo como uma forma de preparação de uma educação para o futuro.

Apesar de não terem escrito uma exposição sistemática sobre a educação e a escola, Marx e Engels produziram uma “teoria pedagógica” que se encontra diluída ao longo do desenvolvimento de suas obras. Seus posicionamentos sobre a educação tratam da união entre trabalho produtivo e formação intelectual e tal união aparece, por exemplo, na obra “*Manifesto Comunista*” como “unificação da instrução com a produção material” e em “*O Capital*”, enuncia-se como “instrução tecnológica, teórica e prática” (SAVIANE, 2007).

Na concepção de Marx, o ensino politécnico seria o fermento da transformação da sociedade, pois contribuiria para fortalecer o próprio trabalhador, desenvolvendo suas energias físicas e mentais, abrindo-lhe os horizontes da imaginação e habilitando-o a assumir o comando da transformação social (MACHADO, 1989).

[...] seria o único capaz de dar conta do movimento dialético de continuidade-ruptura, pois não somente estaria articulado com a tendência histórica de desenvolvimento da sociedade, como a fortaleceria. O ensino politécnico seria, por isso, fermento da transformação: contribuiria para aumentar a produção, fortalecer o desenvolvimento das forças produtivas, e intensificar a contradição principal do capitalismo (entre socialização crescente da produção e mecanismos privados da apropriação) (MACHADO, 1989, p.126).

A concepção de politécnica pressupõe a superação da dicotomia entre instrução profissional e instrução geral e tem o trabalho como princípio educativo universal (FRIGOTTO, 2005). É uma concepção radicalmente diferente da que propõe um ensino médio profissionalizante em que a profissionalização é entendida como um adestramento em uma determinada habilidade sem o conhecimento dos fundamentos dessa habilidade e, menos ainda, da articulação dessa habilidade com o conjunto do processo produtivo (SAVIANE, 2007).

A educação politécnica tem o trabalho como princípio educativo no sentido que de ele expressa a natureza criativa e produtiva do ser e “busca proporcionar ao trabalhador a compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos, sócio-históricos e culturais da produção da existência humana. É uma educação que visa à formação *omnilateral* do ser” (RAMOS, 2010).

2.1.1 A relação trabalho e educação nas diferentes etapas de desenvolvimento das forças produtivas

O primeiro aspecto a ser considerado nessa relação é que na sociedade capitalista, o saber é considerado força produtiva, ou seja, há uma conversão da ciência em potência material, em meio de produção que deve, conseqüentemente, ser propriedade privada da burguesia. No entanto, sem o saber, o trabalhador não pode produzir, porque para dominar a matéria ele precisa dominar algum tipo de saber. Sobre esta questão Saviani (1994) afirma que

[...] os teóricos da economia política, mais perspicazes, que captavam de forma mais objetiva o processo da sociedade burguesa, percebiam que a instrução escolar estava ligada a uma tendência modernizadora, a uma tendência de desenvolvimento próprio da sociedade mais avançada [...] é preciso um mínimo de instrução para os trabalhadores e este mínimo é positivo para a ordem capitalista, mas, ultrapassando esse mínimo, entra-se em contradição com essa ordem **social** (SAVIANI, 1994, p. 156).

Com a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século XVIII, a técnica artesanal foi substituída pela produção maquinizada levando, por consequência, à simplificação dos ofícios e à redução da qualificação específica. O modo de organização e gestão do trabalho nessa sociedade mecanizada é caracterizado por certa linearidade orientada pelos princípios tayloristas e fordistas de divisão da produção em partes, em que os tempos e movimentos são padronizados e controlados e as ações de planejamento e execução são separadas na produção. A partir da aplicação desses modelos produtivos, o trabalhador passa a dominar apenas uma parcela do trabalho que opera no processo de produção coletiva. Domina algum tipo de saber, mas não o saber do conjunto do processo, que é força produtiva, privativo dos grupos dirigentes. Desse modo, “[...] a maquinaria intensifica a alienação do trabalhador, seja porque fragmenta ainda mais sua atividade, seja porque aumenta o fosso entre o trabalhador e o fruto do seu trabalho” (ARANHA, 1994, p. 109).

Com o impacto da Revolução Industrial, buscou-se a universalização da escola primária, promovendo a socialização dos indivíduos nas formas de conveniência da sociedade moderna, capacitando-os a integrar o processo produtivo. A princípio, para dar suporte e manutenção ao maquinário industrial, foram criados cursos profissionalizantes organizados no âmbito das empresas ou do sistema de ensino (SAVIANE, 2007).

De fundamental importância, para que esse novo modelo de organização do trabalho tivesse sucesso, foi a educação do trabalhador. Nesse sentido, Kuenzer (2001) afirma que a pedagogia nascida do taylorismo-fordismo, principalmente aquela referente aos ensinos médio e profissionalizante, teve por objetivo atender à divisão social e técnica do trabalho, daí a divisão entre o trabalho manual e o intelectual ser claramente demarcada. Nos cursos de formação profissional, os conteúdos foram selecionados a partir das tarefas típicas de cada ocupação, de modo que, o aprendizado privilegiou as formas de fazer para uma ocupação definida, visando atender as demandas de um processo produtivo parcelado, com tecnologia rígida e pouco dinâmica.

No início da década de 1970, em decorrência de um contexto político e econômico marcado pelas crises financeiras, de mercado e social que colocaram para as empresas novas necessidades em busca do aumento da capacidade de competir, houve a reestruturação do processo produtivo. Surge a sociedade tecnizada que é marcada pela substituição da produção maquinizada pela aparelhagem eletrônica ou, mais precisamente, pela microeletrônica (MACHADO, 1989).

De acordo com Antunes (2000), nessa sociedade, diferentemente da produção em massa e em série do taylorismo/fordismo, a produção é vinculada ao consumo, bastante heterogênea e com estoques mínimos. Rompe-se com o parcelamento das tarefas, exigindo dos trabalhadores o trabalho em equipe com multivariabilidade de funções e com capacidade de operar várias máquinas.

Com essas transformações, surgem também novas formas de organização e gestão do trabalho e colocam-se novas demandas em termos de qualificação da força de trabalho. Passa-se a exigir um trabalhador de novo tipo, que tenha mais conhecimentos, saiba comunicar-se adequadamente, trabalhe em equipe, adapte-se a situações novas, crie soluções originais e seja capaz de educar-se permanentemente (KUENZER, 2001).

Verifica-se, com isso, a substituição da demanda de formação profissional direcionada para o “aprender a fazer” por outra que permita “aprender a aprender”. Entretanto, de acordo com Machado (1994), não se trata apenas de desenvolver a capacidade de usar as informações para melhorar a produção, mas também de desenvolver a capacidade de inovar, de produzir novos conhecimentos e soluções tecnológicas adequadas às necessidades sociais, o que exige muito mais do sistema educacional. Assim, de acordo com a referida autora, pelas características politécnicas que assume a atualidade, a politécnica, que pressupõe sólida formação básica que contribui para superar a dualidade tradicionalmente existente entre formação técnica e geral, na perspectiva de uma qualificação ampla, integrada, flexível e crítica, vai ao encontro dos atuais desafios da educação.

Também para Saviani (1994, p. 160),

[...] a universalização de uma escola unitária que desenvolva ao máximo as potencialidades dos indivíduos (formação *omnilateral*) conduzindo-os ao desabrochar pleno de suas faculdades espirituais-intelectuais, estaria deixando o terreno da utopia e da mera aspiração ideológica, moral ou romântica para se converter numa exigência posta pelo próprio desenvolvimento do processo produtivo. [...] Índícios dessa tendência estão aparecendo cada vez mais fortemente, como se vê pela universalização do ensino médio, já real em vários países, e pela perspectiva da universalização do ensino superior, assim como pela convicção crescente, inclusive entre os empresários, de que o que importa, de fato, é uma formação geral sólida, a capacidade de manejar conceitos, o desenvolvimento do pensamento abstrato.

No entanto, Cunha (2002, p. 10) chama a atenção para o fato de que do mesmo modo que “o processo de aprendizagem típica do artesanato não foi automaticamente destruído em todos os países onde o capitalismo fazia sua estreia mundial”, o paradigma da empresa integrada e flexível, que se expande em escala mundial, não atinge de forma uniforme todos

os países e todos os setores da produção, pois ainda se convive com os modos de produção do paradigma taylorista-fordista.

2.2 A Educação Profissional no Brasil

A educação profissional no Brasil foi marcada por uma trajetória de contradições e lutas político-ideológicas em defesa de um projeto de nação e de educação nacional. Como bem sintetizou Kuenzer (2000), uma proposta de educação para jovens gerações expressa uma proposta de governo, que por sua vez, corresponde a uma concepção de sociedade e de homem que é fruto da opção política de um grupo que ocupa o poder em decorrência da correlação de forças historicamente dadas.

Motivo de crescentes discussões nos últimos anos, em decorrência, sobretudo, de sua expansão e das novas legislações a ela dirigidas, a análise de como o ensino profissional se originou e se desenvolveu no Brasil deixa claro, também, o seu caráter compensatório e a marca do preconceito atribuído ao trabalho manual numa sociedade historicamente dividida entre capital e trabalho (CUNHA, 2000).

De acordo com Oliveira (2009, p.1), a educação profissional, na atualidade, “vem ganhando uma importância cada vez maior na sociedade, colaborando para a construção da cidadania e para a inserção de jovens trabalhadores qualificados no mercado de trabalho”. Porém, apesar das inúmeras políticas afirmativas atuais para essa modalidade de ensino, permanece no imaginário social a ideia injusta e equivocada de que a educação profissional de nível médio é um meio de fazer ingressar no mercado de trabalho pessoas consideradas como possuidoras de capacidade intelectual, econômica e social insuficientes para prosseguirem nos estudos (WERMELINGER *et al.*, 2007). A história da educação profissional e suas reformas legais são importantes referenciais para que se possa entender os preconceitos atribuídos a esse nível de ensino.

Essa formação profissional ocorreu oficialmente no Brasil, em nível nacional, a partir de 1909, com a criação de 19 Escolas de Artes e ofícios em diferentes Estados da Federação. Essas escolas, no entanto, antes de atenderem às demandas de um suposto desenvolvimento industrial, na época incipiente, tinham, na verdade, uma finalidade moral de repressão, ou seja, de educar pelo trabalho os órfãos, os pobres e os desvalidos da sorte, retirando-os da rua. Assim, “na primeira vez que aparece a formação profissional como política pública, ela o faz na perspectiva mobilizadora da formação do caráter pelo trabalho” (KUENZER, 1999, p.122).

Com o avanço da industrialização no Brasil, ocorreu em 1942, uma reforma no ensino promovida por Gustavo Capanema, a qual reformulou o ensino primário e médio e estruturou o ensino técnico-profissional, cujas diretrizes foram denominadas de Leis Orgânicas do Ensino (Industrial, Comercial, Agrícola e Normal). O comprometimento com esse projeto educacional transformou as Escolas Federais de Aprendizizes Artífices, criadas em 1909, em Escolas Industriais, as quais passaram a oferecer cursos técnicos nesse ramo de ensino (KUENZER, 1999). É também dessa época o surgimento de instituições de formação profissional organizadas e administradas pelo empresariado para suprir as deficiências das escolas técnicas na formação de mão de obra qualificada. A rede de ensino profissional foi, então, complementada com o sistema privado de formação profissional, com a criação do SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), em 1942, e do SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), em 1946, que deram origem ao Sistema atual, administrado pelo empresariado (OLIVEIRA, 2007).

Paralelamente à reforma do ensino profissionalizante, foram criados os cursos médios de 2º ciclo, científico e clássico, destinados à preparação para o ensino superior. Essa reestruturação do ensino contribuiu para acentuar o caráter discriminatório atribuído ao ensino profissional, que continuava, em grande medida, dissociado do ensino superior e destinado a formar indivíduos para o trabalho manual, enquanto o secundário destinava-se às elites, aos que ocupariam as funções de dirigentes. Dessa forma, reafirmou-se a separação entre os que deviam pensar e os que deviam executar, reproduzindo, no âmbito educativo, a separação entre capital e trabalho, conforme o paradigma taylorismo-fordismo (KUENZER, 1997).

A promulgação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei 4.024/61) trouxe uma alteração importante no campo da educação profissional, pois pela primeira vez na história da educação brasileira, a legislação reconheceu a integração completa do ensino profissional ao sistema regular de ensino e promoveu a plena equivalência entre os cursos profissionalizantes e os propedêuticos, para fins de prosseguimento nos estudos (KUENZER, 2001).

Nos anos 1960, as reformas educacionais sofreram forte influência da Teoria do Capital Humano, elaborada por Theodor Schultz, na década de 1950, nos EUA. Nesse contexto,

[...] a educação formal e a qualificação profissional apareciam como formadores de capital humano. [...] Difundia-se a ideologia que o investimento no capital humano permitiria aos países desenvolverem-se e aos indivíduos a garantia de melhores empregos, maior produtividade e, por essa via, mobilidade e ascensão social (FRIGOTTO, 1993, p.161).

Essa teoria encontrou condições políticas e econômicas favoráveis no Brasil com a instauração do governo militar, aliás, ela constituiu-se num suporte ideológico do regime e serviu de base para a formulação das leis e reformas educacionais em todos os níveis de ensino, subordinando os interesses do processo de desenvolvimento do país ao capitalismo internacional. Nesse contexto, a educação seria tomada como instrumento capaz de promover o desenvolvimento econômico pela qualificação da força de trabalho (KUENZER, 1997). Dessa forma, houve a reforma universitária em 1968 e a do 1º e 2º Graus em 1971.

Com a LDB nº 5.692/71, a equivalência entre os ramos secundário e propedêutico foi substituída pela obrigatoriedade de habilitação profissional para todos os que cursassem o ensino de 2º Grau, denominação adotada para o antigo ensino secundário. A lei pretendeu romper com a dualidade, conjugando os antigos ramos propedêutico e profissionalizante num sistema único, pelo qual todos passariam, independente de sua origem de classe, tendo como finalidade a qualificação para o trabalho por meio de habilitação profissional conferida pela escola. A profissionalização do ensino médio teve como objetivo construir mecanismos para evitar a frustração dos concluintes dessa modalidade de ensino que não desejassem (ou não conseguissem) ingressar em um curso superior (WERMELINGER *et al.*, 2007).

Após dez anos de vigência legal, a obrigatoriedade da profissionalização no ensino secundário deixou de existir. Com a Lei no 7.044, de 18 de outubro de 1982, a profissionalização tornou-se facultativa ficando, praticamente, restrita às instituições especializadas, e as escolas de ensino médio voltaram a oferecer apenas o ensino propedêutico. A partir de então, ensino profissional de nível médio passou a ser oferecido de forma subsequente ou concomitante ao ensino de nível médio.

Apesar de o processo de reestruturação produtiva e avanço tecnológico demandarem um perfil de trabalhador com conhecimentos gerais, autonomia, iniciativa, capacidade de resolver problemas e tomar decisões e de várias pesquisas terem demonstrado a importância da ampliação da educação básica como fundamento necessário para uma sólida formação profissional, postura esta adotada pelos países desenvolvidos que investem fortemente em educação básica e educação científico-tecnológica, compreendidas como condições necessárias para a cidadania e para o desenvolvimento dos projetos nacionais, as reformas educacionais empreendidas pelo governo Fernando Henrique Cardoso, na década de 90, caminharam em sentido contrário a essas tendências.

A aprovação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9.394/96), após oito anos de debates no congresso, contrapôs-se à tendência defendida pelo

fórum de educadores, que apontava para uma nova perspectiva para o ensino médio, tendo por base a politécnica (FRIGOTTO, 2005). A acolhida do substitutivo Darcy Ribeiro, mais adequado aos interesses político-econômicos do momento, que atribuiu à educação profissional a tarefa de integrar as diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, forneceu os elementos legais para produzir a separação entre ensino médio e ensino técnico, presentes no Decreto 2208/97 (BRASIL, 1997).

A partir desse Decreto, a estrutura da educação profissional passou a ser constituída pelos seguintes níveis: nível básico, que se destinava à qualificação, requalificação e profissionalização de trabalhadores, independente da escolaridade prévia; nível técnico, destinado a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados ou egressos do ensino médio e nível tecnológico, correspondente aos cursos de nível superior na área tecnológica, destinados a egressos do nível médio e/ou técnico. Os cursos de nível técnico passam a ter organização curricular própria e independente do ensino médio, “etapa de consolidação da educação básica, de aprimoramento do educando como pessoa humana, de aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental para continuar aprendendo e de preparação básica para o trabalho e a cidadania” (BRASIL, 2000, p. 83).

A partir da publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº 9.394/96 e do Decreto n.º 2.208/97 que regulamentou os artigos da LDB no tocante ao cumprimento de medidas relacionadas à Educação Profissional, foi iniciada, nessa modalidade de ensino, uma ampla reforma. Como um dos desdobramentos das legislações acima citadas, em 1999, foram instituídas pelo Conselho Nacional de Educação (Brasil, 1999), as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional, definidas como “o conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências profissionais gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico” (BRASIL, 1999, p.1). Essas Diretrizes preveem a organização curricular da Educação Profissional amparada na premissa da competência, definida como “capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”, sempre de forma relacionada à autonomia do trabalhador contemporâneo diante da instabilidade do mundo do trabalho (BRASIL, 1999, p. 2).

A Educação Profissional de Nível Técnico passa a ser organizada em vinte áreas profissionais, com suas respectivas caracterizações, competências profissionais gerais e cargas

horárias mínimas de cada habilitação. Seus princípios norteadores, além daqueles enunciados no artigo 3º da LDB nº 9.394/96, são:

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

Como estabelecido nos princípios listados acima, a organização curricular, consubstanciada no plano de curso, passa a ser prerrogativa e responsabilidade de cada escola. Seus cursos passam a ser estruturados em etapas ou módulos com terminalidade correspondente a qualificações profissionais de nível técnico identificadas no mercado de trabalho ou sem terminalidade, objetivando estudos subsequentes. Destaca-se que a prática constitui e organiza a educação profissional de nível técnico e inclui, quando necessário, o estágio supervisionado, realizado em empresas e outras instituições.

Na construção do perfil profissional de conclusão, que define a identidade do curso, deverão ser consideradas as competências requeridas para a atuação do profissional, subsidiada por pesquisas, por sua interação com o mundo produtivo, bem como pelos Referenciais Curriculares Nacionais disponibilizados pelo Ministério da Educação.

A observância dessas diretrizes passou a ser obrigatória apenas a partir de 31 de dezembro 2001. Foi necessário um período de transição para que as escolas profissionais se adaptassem às mudanças propostas.

Os Referenciais Curriculares Nacionais (BRASIL, 2000) foram publicados no ano 2000, com o objetivo de subsidiar as escolas na elaboração dos perfis profissionais de conclusão e no planejamento dos cursos segundo as normas definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. São compostos por uma série de publicações correspondentes a cada uma das vinte áreas profissionais, apresentando ainda um catálogo de introdução, válido para todas as áreas, contendo a descrição e análise dos principais conceitos e critérios adotados pela nova legislação para a implementação da educação profissional de Nível Técnico.

Como descrito nesse Referencial, na matriz curricular dos cursos, são identificadas, para cada subfunção² as competências (saberes articulados e mobilizados através de esquemas

² O estudo do processo de produção em cada área profissional permitiu a identificação de grandes atribuições, etapas significativas ou **funções** abrangentes que o compõem, integram ou caracterizam. Cada uma dessas funções reúne, pela natureza fundamental das operações mentais ou das ações básicas nelas envolvidas, atividades mais específicas, as **subfunções**, geradoras de produtos ou resultados parciais definidos dentro desses processos produtivos (BRASIL, 2000a).

mentais), as habilidades que permitem que essas competências sejam colocadas em ação em realizações eficientes e eficazes e as bases tecnológicas ou conjuntos sistematizados de conceitos, princípios e processos (métodos, técnicas, termos, normas e padrões) resultantes, em geral, da aplicação de conhecimentos científicos a essa área produtiva.

A adoção de competências como base das matrizes curriculares dos cursos gerou inúmeras discussões no campo da educação e trabalho. A restrita dimensão instrumental das competências voltadas para a empregabilidade, o reconhecimento do saber prático/tácito, mediante avaliação; o estreitamento da relação escola-empresa; a dimensão social da qualificação em contraponto com a característica individual da competência profissional são alguns dos aspectos discutidos pelos educadores como Ramos (2002).

Ao analisarmos os documentos relativos à reforma do ensino profissional, citados acima, percebemos que, teoricamente, houve uma tentativa de adaptação às novas exigências de qualificação profissional imposta pelo paradigma da acumulação flexível, ancorada na ideia de que a formação integral dos educandos seria concretizada na articulação do ensino profissional com o ensino médio. Partiu-se do pressuposto que, no ensino médio, o aluno se aprimora como pessoa humana, desenvolve autonomia intelectual e pensamento crítico, bem como compreende os fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos, dando nova dimensão à educação profissional, como direito do cidadão ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida social e produtiva.

No entanto, como bem observou Kuenzer (1997), a partir da reforma temos, na grande maioria da prática educacional do Brasil, um ensino médio que não consegue incorporar os princípios elementares da ciência contemporânea e um ensino profissional que se caracteriza, quando muito, por ensinar os educandos a internalizarem a execução de algumas atividades sem o aprendizado dos princípios científicos e metodológicos que as constituem. Além disso, é questionável se, “[...] do ponto de vista pedagógico, o ensino médio propedêutico, da forma como o conhecemos no Brasil, marcadamente academicista, livresco e de baixo custo, será suficiente para um pós-médio de qualidade” (KUENZER, 1999, p. 376).

Segundo Cunha (2000a), a medida mais controversa dos oito anos de governo de FHC, em matéria de política educacional, foi o Decreto 2.208/97. Analisando uma das justificativas apresentadas pelo Governo Federal para a Reforma da Educação Profissional, que afirmava que o fato de o ensino das escolas técnicas ter um efeito de caráter mais propedêutico do que profissional não se justificava sua existência numa situação de escassez de recursos para educação, em especial para o ensino médio, Cunha conclui que, para o Governo Federal, os

cursos técnicos deveriam se tornar uma “compensação” para os concluintes do ensino médio que não conseguiram ingressar na universidade.

No governo Lula, foram adotadas medidas em relação à Educação Profissional que são consideradas satisfatórias por gestores e pesquisadores da educação. Isso porque o Decreto nº 5.154/2004, que substituiu o Decreto nº 2.208/97, tem possibilitado a articulação entre a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio, de forma integrada, com matrícula única e oferecida a quem já concluiu o ensino fundamental; concomitante, pressupondo duas matrículas e oferecida a quem já tenha concluído o ensino fundamental ou esteja cursando o ensino médio e subsequente, oferecida a quem já concluiu o ensino médio. Prevê também a instituição da educação profissional e tecnológica de graduação e pós-graduação e o desenvolvimento da educação profissional, por meio de programas e cursos de formação inicial e continuada de trabalhadores; o direcionamento de novos financiamentos para o ensino profissional e a expansão da Rede Federal de Educação Tecnológica (OLIVEIRA, 2009).

No entanto, apesar de reconhecer a forma integrada como um curso único, com matrícula e conclusão únicas, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio e para a Educação Profissional não foram mudadas, restabelecendo-se, assim, internamente no currículo, uma dicotomia entre as concepções educacionais de uma formação para a cidadania e outra para o mundo do trabalho, ou de um tipo de formação para o trabalho intelectual e de outro tipo para o trabalho técnico e profissional, acenando para uma continuidade da política curricular do governo anterior, marcada pela ênfase na formação por competências voltadas para a empregabilidade (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005).

2.3 O Processo de Trabalho em Saúde

De acordo com Marx, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de bens, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Temos, então, nesse processo, três elementos: o objeto de trabalho, ou seja, a realidade que se quer transformar, a atividade do homem direcionada para essa transformação (que é o trabalho propriamente dito) e os instrumentos de trabalho desenvolvidos ou adquiridos para esse fim (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009).

Uma importante contribuição de Marx para compreendermos o processo de trabalho é sua clássica comparação do trabalho do arquiteto com o da aranha, em que o primeiro tem a capacidade de dar ao produto de seu trabalho a forma idealizada previamente por ele, o que é impossível para a aranha. O homem antecipa em sua mente o resultado final (idealizado) do seu trabalho e os passos necessários para alcançá-lo. Assim, desde a determinação do objeto que será trabalhado, passando pela correta utilização dos instrumentos de trabalho, está presente uma ideação prévia do objeto transformado.

Podemos então identificar, em cada parte desse processo, a importância da educação, para que o homem possa compreender a realidade em que vive, destacando dela os objetos que devem ser transformados para suprir suas necessidades e na potencialização de sua criatividade para idealizar as soluções e buscar os meios para concretizá-las.

O conceito de processo de trabalho em saúde, elaborado por Mendes Gonçalves (1992 *apud* PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009), diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Como nesse processo de trabalho é reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, os mesmos elementos de análise do processo de trabalho descrito por Marx são também aqui observados. Assim, no processo de trabalho em saúde, o objeto de trabalho são as necessidades humanas de saúde. Como instrumentos de trabalho, temos os denominados instrumentos materiais, ou seja, os equipamentos, os materiais de consumo e permanente, medicamentos e outros, e os não-materiais constituídos pelos saberes que permitem à apreensão do objeto de trabalho e articulam os sujeitos e os instrumentos materiais para a transformação do objeto (MENDES GONÇALVES³, 1979,1992, *apud* PEDUZZI, 2009).

Para Merhy (2004), o processo de trabalho em saúde é um processo de produção do cuidado, considerado muito peculiar na medida em que é fundado numa intensa relação interpessoal, em que as relações dos profissionais com os usuários, assim como as que ocorrem entre os profissionais, têm um papel importante na construção dos resultados. Nesse contexto, com alguma semelhança com o trabalho em educação, o trabalho em saúde é, sobretudo, centrado no “trabalho vivo em ato” definido como “o trabalho humano no exato

³ MENDES GONÇALVES, R. B. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (cadernos Cefor, 1 – Série textos)

momento em que é executado”, que interage a todo o momento com diversos tipos de tecnologias formando, assim, o processo de trabalho em saúde.

As tecnologias utilizadas no processo de produção do cuidado são assim definidas por Merhy e Franco (2009): tecnologias duras que são as ferramentas de trabalho, como por exemplo, um estetoscópio ou um aparelho de Raio X; as tecnologias leves-duras que são o saber técnico estruturado relacionado com o saber fazer clínico e, as tecnologias leves, que dizem respeito à produção de relações entre trabalhador e usuário/paciente que se concretizam, por exemplo, durante uma visita domiciliar. Dependendo do arranjo dessas tecnologias no desenvolvimento do trabalho, teremos na produção do cuidado, a predominância da lógica instrumental, das tecnologias duras, centrado na produção de procedimentos ou centrado nas relações interpessoais quando as tecnologias duras tomam uma posição acessória às leves e leves-duras.

Para os referidos autores, um modo de produção do trabalho em saúde será realmente inovador, condizente com os interesses dos usuários dos serviços de saúde, quando o processo de trabalho for centrado nas tecnologias leves e o modo de produção no trabalho vivo, com trabalhadores e usuários conduzindo o processo de cuidado.

Faria e Werneck (2009, p. 21) define o processo de trabalho como o modo como é desenvolvido o conjunto de procedimentos realizados pelo homem, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto a fim de transformá-lo com o objetivo de obter um produto que tenha alguma utilidade. Para os autores, “as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico”.

Analisando o processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde no SUS, Faria e Werneck (2009) consideram agentes desse processo, além do usuário dos serviços de saúde, o agente institucional, representado pelos elementos institucionais da esfera federal, estadual ou municipal, responsáveis pelo estabelecimento dos objetivos a serem alcançados pelas equipes de saúde, esta, também, considerada um agente junto com seus membros que são os sujeitos imediatos dos processos de trabalho. A sociedade é também considerada um agente, visto que: “a atenção realizada pela equipe de SF (Saúde da Família) atende, de um modo ou de outro, também a objetivos da população brasileira em seu conjunto, na forma em que ela está organizada” e que “conhecimentos, técnicas, valores e padrões de comportamento que se desenvolvem na prática das equipes de SF são produzidos socialmente” (FARIA e WERNECK, 2009, p. 37).

Diferentemente do processo de trabalho na produção de bens (produtos), no processo de trabalho de prestação de serviços, como no caso da saúde e da educação, o objetivo é a “criação ou produção de certas condições ou estados para os indivíduos demandantes dos serviços”. Na prestação de serviço de saúde, as modificações objetivadas deverão ocorrer no usuário dos serviços. Para tanto, é necessário que ele seja ativamente envolvido no processo, fornecendo informações, seguindo instruções, etc. Ou seja, ele é ao mesmo tempo agente e objeto do processo de trabalho (FARIA e WERNECK, 2009 p. 31). Assim, para que o objetivo seja alcançado, é necessária uma relação interpessoal muito intensa entre os membros da equipe de saúde e o consumidor que é parte do processo.

Devido, principalmente, à intensa relação estabelecida entre o profissional de saúde e o usuário na prestação de serviços, também o primeiro é modificado pelo exercício de sua atividade e pelo resultado do seu trabalho. Desse modo, o profissional é, também, agente e objeto do processo trabalho.

Nesse caso, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na formação da subjetividade desse usuário e cliente. O profissional não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos centrais e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e se transforma durante esse processo. A atividade produtiva é aí, então, direta e intensamente, produção de sujeitos, envolvendo os dois lados da relação: o usuário e o profissional (FARIA e WERNECK, 2009, p.32).

Podemos aqui vislumbrar o trabalho como princípio educativo, o que nos leva novamente ao pensamento marxista sobre o trabalho que, conforme definido por Antunes (2000), não só transforma objetos, mas transforma o próprio trabalhador, num movimento dialético de exploração / alienação e de criação / emancipação. Mais uma vez, também, constatamos a importância da educação no processo de trabalho em saúde no sentido de contribuir para que cada profissional desenvolva seu trabalho de forma crítica e criativa, construindo sua emancipação como cidadãos.

Como pontuado anteriormente, todo processo de trabalho é realizado para se atingir alguma finalidade determinada previamente. Assim sendo, a finalidade ou objetivo rege todo o processo de trabalho e é em função desse objetivo que se estabelecem os critérios ou parâmetros de sua realização. A determinação do objetivo é, portanto, uma atividade de crucial importância. “É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho” (FARIA e WERNECK, 2009, p.32). Considerando a manutenção ou conquista da saúde o objetivo final

do processo de trabalho em saúde, importa conhecer o significado desse conceito em nossa sociedade para a compreensão da alocação e arranjo das tecnologias (duras, leves-duras e leves) no desenvolvimento do seu processo de trabalho.

Durante muito tempo, saúde foi entendida como ausência de doenças físicas e mentais. Depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a definir saúde como “completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Hoje, a saúde é vista de uma forma mais ampla, como “qualidade de vida”. Qualidade que depende não apenas de questões biológicas, mas também do estilo de vida que levamos e das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, trabalhamos, nos relacionamos e pensamos em nosso futuro. Para ter saúde, é preciso ter acesso às ações e aos serviços de cuidado, tratamento e recuperação (BRASIL, 2005, p.17).

O paradigma Flexneriano⁴ de saúde como ausência de doenças embasou e ainda sustenta grande parte das práticas de saúde em nosso país, influenciando diretamente a formação de seus profissionais. É o que podemos observar na prática odontológica nos serviços privados e ainda em alguns setores dos serviços públicos no Brasil. Essa prática se caracteriza por uma acentuada divisão técnica do trabalho e dos seus agentes; o trabalho é centrado no cirurgião-dentista; há o privilégio dos procedimentos curativos ou reabilitadores, o uso de tecnologia pesada, o enfoque individual e a ênfase nos aspectos biológicos (NARVAI, 1994). De alto custo e baixo impacto social, esse modelo se mostrou incapaz de dar respostas às necessidades da população brasileira que, a título de ilustração, possuía, em 2004, 30 milhões de desdentados (BRASIL, 2004).

Em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada o marco referencial da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986). A maioria das propostas contidas no relatório final da Conferência foi incorporada pela Assembleia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna. Assim, no Artigo 196, capítulo II (da seguridade social) da Constituição Federal ficou estabelecido que “saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação”. Ficou estabelecido, também, que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Foi então criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

⁴ O paradigma Flexneriano, baseado no relatório Flexener, de 1910, orientou as escolas médicas dos EUA e influenciou o conjunto das profissões em saúde. É um modelo que fragmenta o ser humano, ao focalizar a atenção na parte afetada do corpo. Distancia médico do seu objeto de trabalho como seres humanos que são individualidades, biológica e subjetiva, mas também uma totalidade complexa (PIRES D. E. Divisão Técnica do Trabalho. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. <www.epsjv.fiocruz.br> início > verbetes>).

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu os princípios da universalidade, equidade e integralidade, a descentralização e hierarquização do sistema em níveis de complexidade e a sua regulação através de controle social. Dentre os princípios do SUS, o da integralidade estabelece que “o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990c, p.5). Esse princípio é orientador de uma nova prática de saúde bucal, condizente com a superação da lógica flexneriana, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença.

Nesse sentido, em resposta às exigências do SUS, foi proposta, por setores progressistas da Odontologia, a construção de um novo modelo de assistência, denominado “Saúde Coletiva”. Nesse modelo, o objeto de trabalho da prática odontológica, antes centrado na cavidade bucal (corpo biológico), passa a ser direcionado para o social, lugar de produção das doenças bucais. De acordo com Narvai (1994, p.106),

[...] a Saúde Coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em Odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias [...]

Como enfatizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 19), a integralidade da atenção à saúde envolve, dentre outras coisas:

1. a ideia da “clínica ampliada”, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adocece e para a realidade em que ela vive;
2. o trabalho em equipe multiprofissional (formada por profissionais de diferentes áreas) e transdisciplinar (com conhecimento em várias áreas do saber);
3. a ação intersetorial;
4. o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional.

A equipe de saúde passa, então, a ser o sujeito do novo processo de trabalho em saúde instituído pelo SUS. Porém, como enfatizado por Sartori (2009), o trabalho em equipes multiprofissionais por si só não garante uma ruptura com a dinâmica médico centrada. Para tanto, são necessárias mudanças na dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional visto que, como enfatizado por Franz (2006), se eles realizarem apenas as “tarefas rotineiras”, de acordo com a demanda, num simples fazer não refletivo, não haverá condições concretas de transformação da realidade dos serviços de saúde. Para que ocorram

mudanças efetivas nas práticas de saúde, faz-se necessária uma alteração do perfil dos seus recursos humanos e o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos. O desafio é formar trabalhadores com potencial crítico e criativo e não meros cumpridores de ordens.

2. 3. 1 Educação Profissional de Nível Técnico no campo da Saúde - A formação do TSB voltada para o SUS

Reconhecendo a importância dos recursos humanos nos processos de transformação das práticas de saúde, a formação e desenvolvimento de profissionais que atendam às necessidades do SUS tem sido uma preocupação constante para o Ministério da Saúde (MS). Nesse sentido, destacamos aqui a do Projeto de Formação em Larga Escala, voltado para a formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde, que viabilizou a criação das Escolas Técnicas de Saúde do SUS – ETSUS, entidades governamentais criadas em sua maioria na década de 80, como alternativa para o enfrentamento do problema do grande contingente de trabalhadores sem qualificação empregada nos serviços de saúde do país que, de acordo com PEZZATO (2001), representavam em torno de 50% dos trabalhadores do setor.

Na década de 1990, o Programa de Trabalho da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, em apoio aos Estados e Municípios para a profissionalização do trabalhador de sua rede básica, elaborou o material didático (currículos integrados) específico para viabilizar o processo de formação em diversas áreas da saúde, caracterizado pela concepção pedagógica de integração ensino-serviço, em que a realidade local se torna a "referência problematizadora" e as ações educativas são consistentes com a proposta da Reforma Sanitária, no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional. Nesse sentido, foram publicados pelo Ministério da Saúde vários documentos contemplando diversas áreas profissionais como, por exemplo, os guias curriculares para a formação do Auxiliar de Enfermagem, do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário para atuar na rede básica do SUS (BRASIL, 1994).

Os cursos oferecidos pelas ETSUS têm como função promover a profissionalização dos trabalhadores nos serviços de saúde, ou em vias de inserção. Sua principal característica é a formação em serviço por meio da adoção do Currículo Integrado que, de acordo com o MS,

aponta para uma concepção educacional que busca resgatar, para os trabalhadores de saúde, o conceito e a prática da cidadania e permite a reflexão, a crítica e o domínio do conhecimento, indispensáveis à reformulação de sua prática profissional (BRASIL, 1994). Seus cursos são organizados alternando períodos de Concentração e Dispersão. A Concentração, destinada ao desenvolvimento de conteúdos, quando todos os alunos encontram-se juntos (concentrados) no “Centro Formador” profissional, é caracterizada como momentos de reflexão/teorização da prática. A Dispersão é o momento do curso destinado ao desenvolvimento das habilidades práticas, quando os alunos estão distribuídos (dispersos) em diferentes unidades de atendimento do SUS (OLIVEIRA SÁ, 2000).

A partir da criação das ETSUS, teve início um amplo e importante processo de formação de profissionais técnicos na área da Saúde. Em Minas Gerais, o processo de formação em serviço por meio do Currículo Integrado, desenvolvido pela Escola de Saúde de Minas Gerais/Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde (ESMG/CFRHS) diplomou, no período de 1997 a 2000, 236 Técnicos em Saúde Bucal, distribuídos em doze municípios mineiros (OLIVEIRA SÁ, 2000).

Com o objetivo de atender a necessidade de um perfil de desempenho ampliado do Técnico em Higiene Dental (THD), atual Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), atual Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) exigido pelas bases legais, políticas e estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e ainda, de fornecer subsídios às instituições formadoras na construção de currículos estruturados no modelo de competências para a formação desses trabalhadores, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, o Perfil de Competências Profissionais do THD e do ACD (BRASIL, 2004). A elaboração desse perfil considerou três pressupostos fundamentais:

- a) a coerência com os princípios gerais contidos no arcabouço jurídico legal que rege o Sistema de Saúde no Brasil e que orientam a prática profissional de todos os trabalhadores da saúde: a integralidade da atenção, a humanização do cuidado, a ética e o trabalho em equipe;
- b) a necessidade de contemplar todos os aspectos relacionados à prática do Técnico em Higiene Dental (THD) e do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), considerando suas especificidades em relação aos locais de produção dos serviços; às formas de inserção, organização e regulação do trabalho; e ao atendimento das demandas dos indivíduos, famílias e coletividade;
- c) a observância às Leis, Decretos, Resoluções e Pareceres que regulam a formação e o trabalho do THD e do ACD.

Considerando o trabalho atual como “um conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, ao contrário do que propunham os modelos clássicos de organização e gestão do trabalho (taylorismo, fordismo, fayolismo)” o conceito de competência para a área da saúde, presente no Perfil de Competências Profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário do MS, foi definido como:

Capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho (imprevistas ou não), assumindo a responsabilidade do cuidado a partir da concepção da saúde como qualidade de vida, interagindo com a equipe e com os usuários, percebendo suas necessidades e escolhas e valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde (BRASIL, 2004, p.13).

Partiu-se do pressuposto de que o agir profissional competente incorpora três dimensões: o saber, o saber-ser e o saber-fazer, onde os conhecimentos correspondem ao saber, as habilidades ao saber-fazer e as atitudes e valores ao saber-ser, expressada em atitudes de humanidade, solidariedade, responsabilidade e ética, sendo considerada transversal a todas as competências propostas (BRASIL, 2004, p 15).

O referido Perfil incorpora a possibilidade de organização curricular modular com terminalidade parcial para o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). Assim sendo, das sete competências elaboradas, cada uma delas com sua respectiva relação de conhecimentos (saber) e de habilidades (saber fazer), as cinco primeiras são comuns ao TSB e ao ASB e, as duas últimas, específicas para a formação do TSB. São elas:

- a) Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários.
- b) Desenvolver, em equipe, ações de planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde.
- c) Organizar o ambiente de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal.
- d) Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças bucais, voltadas para indivíduos, famílias e coletividade.
- e) Realizar ações de apoio ao atendimento clínico em saúde bucal, interagindo com a equipe, usuários e seus familiares.
- f) Realizar ações de atendimento clínico odontológico voltadas para o restabelecimento da saúde, conforto, estética e função mastigatória do indivíduo.
- g) Atuar no desenvolvimento das atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.

Como pontuado por Paim & Teixeira (2002, p. 49), o sistema de Saúde está intimamente ligado à formação profissional. Essa ligação se dá em dois sentidos, pois se de

um lado as universidades influenciam a formação dos profissionais que irão interferir na organização dos serviços de saúde, facilitando ou dificultando as mudanças necessárias ao fortalecimento do SUS, por outro, a organização social dos serviços de saúde influencia a educação dos profissionais.

Sobre o primeiro aspecto dessa ligação, para o Ministério da Saúde, “a grande maioria dos cursos técnicos, universitários, de pós-graduação e as residências formam profissionais distantes das necessidades de saúde da população e de organização do sistema”, cabendo à sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mostrar caminhos para a formação de novos profissionais de saúde. Nesse sentido e também para suprir necessidade de formação em muitas regiões do país, onde os cursos são escassos ou inexistentes, foram criados programas com o objetivo de melhorar a formação em saúde que, embora isolados e desarticulados entre si, provocaram algumas alterações na formação e cuidado em saúde e, acima de tudo, fizeram pessoas e instituições perceberem que é preciso mudar, ao mesmo tempo, as práticas educativas e as ações e serviços do SUS. Dentre os programas desenvolvidos estão o de Capacitação e Formação em Saúde da Família, o de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina e a criação dos Programas de Mestrado Profissional (BRASIL, 2005).

Na formação de nível técnico para saúde bucal, considera-se o Perfil de Competências Profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário (BRASIL, 2004) um exemplo contumaz da concretização da influência das mudanças ocorridas na organização social dos serviços de saúde bucal na formação desse profissional. Considera-se também que, sendo o setor público o maior empregador do TSB, as atribuições conferidas aos técnicos que atuam nos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde fornecem importantes subsídios para análise dos projetos pedagógicos dos cursos profissionais.

A Política Nacional de Saúde fornece indicações importantes para a formação dos trabalhadores do setor. A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, descreve aspectos norteadores do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e estabelece as atribuições de todos os profissionais que nela atuam (BRASIL, 2006). De acordo com essa Portaria, são atribuições comuns a todos os seus profissionais:

- a) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive

- aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- b) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
 - c) realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
 - d) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
 - e) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
 - f) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
 - g) responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
 - h) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
 - i) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
 - j) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
 - k) garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
 - l) participar das atividades de educação permanente;
 - m) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Especificamente, aos Técnicos em Saúde Bucal que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são atribuídas as seguintes competências:

Competências do Técnico em Saúde Bucal:

- a) Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.
- b) Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.
- c) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- d) Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.
- e) Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Ao analisarmos as atribuições gerais e específicas descritas acima, verificamos que a inserção do TSB e ASB no SUS, mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem modificado o perfil de atuação desses profissionais, antes centrada em ações eminentemente clínicas, na divisão técnica de tarefas, similar ao modo de produção taylorista-

fordista, e em ações preventivas direcionadas a escolares. Para Oliveira (2011), as ações dos TSB inseridos nessas equipes vão muito além de sua atuação clínica, estando voltadas para a promoção da saúde bucal, para a humanização da atenção, tendo o cuidado e o vínculo como eixo de suas ações.

A formação para o novo perfil que ora se apresenta, deverá considerar as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil e as necessidades dos serviços de saúde que apontam para uma concepção de educação que possibilite o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores por meio do domínio do conhecimento técnico-científico que proporcione a compreensão global do processo produtivo.

A título de síntese

Podemos observar no desenvolvimento da história da educação profissional no Brasil uma constante adaptação aos interesses do capital que preconiza, para manutenção das elites, uma formação acadêmica, intelectualizada e outra, para os trabalhadores, com ênfase no aprendizado de formas de fazer desvinculada da criação e recriação teórica.

Observamos também que, de acordo com as formas que assume historicamente o modo de produção capitalista, em contextos e épocas diversas, as propostas pedagógicas para a formação dos trabalhadores se modificam deixando claros os vínculos ou desvínculos entre a prática educacional com o mundo da produção, do trabalho.

Como resposta à reestruturação do processo produtivo no mundo globalizado, está em curso uma ressignificação dos processos de formação dos trabalhadores. No entanto, como pontuado na análise das últimas reformas educacionais, além da ausência de clareza quanto a que tipo de formação as pessoas deveriam receber, para dar conta dos desafios postos pelo mundo do trabalho contemporâneo, as transformações em curso não se distanciam substancialmente das tradicionais orientações direcionadas ao modelo taylorista-fordista. Se por um lado a permanência desse tipo de educação que separa a teoria e a prática não é condizente com as necessidades impostas pelo paradigma da acumulação flexível, a manutenção dessa pedagogia, em detrimento de uma formação politécnica se explica, principalmente, de acordo com Machado (1989), pela necessidade política de controle da produção e da distribuição do saber como forma de manutenção da hegemonia burguesa. Portanto, a manutenção desse modelo é de interesse do capital.

Observa-se que, assim como o modelo de produção integrada e flexível não é universal, as novas determinações também não mudam o eixo da formação de todos os

trabalhadores. Porém, embora não estendida a todos, do ponto de vista da concepção da qualificação para o trabalho constata-se avanços, exigindo-se, atualmente, o desenvolvimento por parte dos trabalhadores, de conhecimentos e habilidades cognitivas e comportamentais que lhes permitam trabalhar intelectualmente, dominando o método científico, de modo a serem capazes de utilizar conhecimentos científicos e tecnológicos, de maneira articulada, para resolver problemas da prática social e produtiva (KUENZER, 1999).

Cabe aqui ressaltar a pertinência histórica do pensamento de Marx quando da definição da educação proletária, tomando como referência fundamental a tendência histórica do desenvolvimento da base técnica e científica da Revolução Industrial Moderna, prevendo que desse desenvolvimento brotaria o germe da educação do futuro, ou seja, a politécnica. Assim:

Marx vê no desenvolvimento das potencialidades do homem uma exigência da evolução natural da produção material, pois se na passagem do artesanato à indústria fabril, o desenvolvimento resultou em desapropriação dos trabalhadores da pouca ciência, que ainda possuíam, o avanço das forças produtivas gerado pela acumulação não poderia passar sem o crescimento das potências humanas, a não ser que se quisesse refrear esta transformação, comprometendo, inclusive, o próprio avanço da ciência e da produção (MACHADO, 1989).

Refreando essa transformação, de acordo com Marx, tem-se de um lado a forma de produção capitalista, com seu correlato processo de trabalho que bloqueia, depois de certo ponto, o desenvolvimento e a incorporação de todo progresso científico e tecnológico; e de outro, as correspondentes condições econômicas dos trabalhadores alienados dos bens materiais e culturais (MACHADO, 1989).

Assim compreende-se porque, apesar do avanço tecnológico já alcançado, a formação politécnica não é estendida a todos. Como afirma Frigotto (2007), na verdade, a educação escolar básica, pública, laica, universal, unitária e tecnológica, nunca se colocou como necessidade para a classe dominante brasileira visto que o atraso de determinados setores, o analfabetismo, a persistência da economia de sobrevivência nas cidades, a ampliação do setor terciário ou da “altíssima informalidade” “com alta exploração de mão de obra de baixo custo, foram funcionais à elevada acumulação capitalista, ao patrimonialismo e à concentração de propriedade e de renda” (FIGOTTO, 2007, p. 1133). Talvez aqui resida uma possível determinação do fracasso da implementação plena de políticas educacionais consonantes com a concepção marxiana de politécnica.

Percebe-se, portanto, que as contradições que entravam o desenvolvimento da escola e o acesso do conhecimento por todos, se devem às limitações impostas pelo capital. Por outro lado, o capital traz consigo a tendência ao contínuo desenvolvimento das suas forças produtivas, impulsionando a base técnica da produção, que com seu desenvolvimento cria as premissas de uma nova ordem social, pela possibilidade do desenvolvimento universal dos trabalhadores. Nesse sentido, como afirmou Kuenzer (1999), a nova pedagogia determinada pelas transformações ocorridas no mundo do trabalho para atender as demandas da revolução da base técnica, pode ser estratégia para aqueles que acreditam ser possível a construção de um outro projeto de sociedade, sob a hegemonia dos trabalhadores.

Um movimento similar pode ser percebido na educação profissional em saúde no Brasil que se desenvolveu tendo como referência a integração do ensino com a realidade dos serviços. De acordo com Ramos (2010), os princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade) podem ser convergentes com a educação politécnica, pois o trabalho em saúde realizado sob esses princípios pode se contrapor à alienação e se traduzir como processo de criação humana. Ao considerar a saúde como a plena existência com qualidade de vida, compreendida como bem-estar físico, psicossocial e espiritual, a satisfação dessas diversas dimensões da realidade são condições necessárias para a sua objetivação. Portanto, a educação profissional em saúde deve “proporcionar aos sujeitos a compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos, sócio-históricos e culturais que levam à desigualdade dos sujeitos diante das suas condições de vida e aos direitos humanos”. Seria uma educação voltada para além do processo de trabalho em saúde, para o processo de produção de vida (RAMOS, 2010).

CAPÍTULO III - DE THD A TSB: A REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO

3.1 As Profissões e o Controle Ocupacional do Mercado de Trabalho

Freidson (1998, p.99) considera que “as profissões contemporâneas poderiam ser consideradas uma variante instruída, de classe média, do princípio ocupacional de organização já representado pelos ofícios da classe trabalhadora”.

Como qualquer ofício e ocupação, uma profissão é uma especialização, ou seja, um conjunto de tarefas desempenhadas por membros da mesma ocupação, ou donos de um mesmo ofício. O que distingue uma profissão das outras especializações é, principalmente, o tipo de conhecimento e de habilidade requeridos para o desempenho do seu trabalho. Assim, mesmo sendo um ofício e uma profissão considerados especializações criteriosas, ou seja, que não podem ser executadas mecanicamente e que requerem do trabalhador discernimento para adaptar seu conhecimento e sua qualificação a cada nova circunstância, o trabalho de uma profissão se distinguirá do de um ofício pelo tipo de conhecimento e qualificação que o trabalhador emprega no exercício do julgamento. Uma profissão é um tipo de especialização criteriosa, fundamentada em conceitos e teorias abstratas (FREIDSON 1996, 1998).

Portanto, para que uma atividade seja reconhecida como profissão, ela deve deter um conhecimento delimitado, complexo e institucionalizado. Para que isso aconteça, ao contrário do treinamento vocacional de um ofício, que é realizado dentro do próprio trabalho, o treinamento profissional deve ocorrer fora do mercado de trabalho, em instituições de ensino, o que contribui para que o conteúdo do treinamento seja mais abrangente e sistematizado, com maior possibilidade de inserção de teorias e conceitos abstratos. Além disso, os docentes dessas instituições desenvolvem também a pesquisa e extensão que aumentam o corpo de conhecimento das profissões (FREIDSON, 1996).

As profissões estão intimamente ligadas aos processos políticos formais, pois é o poder do Estado que garante às profissões o direito exclusivo de usar um certo corpo de conhecimento ou competência. Com direito exclusivo de usar o conhecimento a profissão adquire poder. É o que acontece quando uma profissão é regulamentada pelo Estado, obtendo assim, a exclusividade legal sobre a prestação de determinados serviços no mercado. Para aprimorar ou manter esse poder, as profissões precisam exercer uma contínua atividade política por meio de suas associações (FREIDSON, 1998).

A natureza complexa do conhecimento adquirido pelo profissional por meio de um longo treinamento, devidamente atestado por exames e credenciais confere autonomia profissional. Essa autonomia permite que os profissionais identifiquem os procedimentos adequados à solução dos problemas por eles diagnosticados no âmbito de sua exclusiva competência técnica, sem qualquer interferência externa. Portanto, a autonomia associada à competência relaciona-se com a capacidade dos trabalhadores de fazer o seu trabalho da forma adequada de acordo com o seu próprio senso de saber como fazê-lo (DINIZ, 2001). É o único critério verdadeiramente importante e uniforme para diferenciar as profissões de outras ocupações. É da autonomia que resulta o prestígio, o *status* e o poder das profissões (FREIDSON, 1996; 1998).

Para que os trabalhadores ganhem seu sustento através do exercício de uma profissão, é necessário que haja o controle ocupacional do mercado de trabalho de maneira que apenas possam ali atuar as pessoas adequadamente autorizadas, ou seja, aquelas que comprovadamente detêm o domínio do corpo de conhecimentos da profissão, adquiridos por um longo processo de formação. Esse controle ocupacional limita a capacidade dos gestores dos serviços de racionalizar as tarefas conforme seu desejo, bem como a liberdade dos consumidores individuais de empregar livremente as pessoas para desenvolver as ações de uma determinada profissão. Nesse sentido, Freidson (1998) chama a atenção para o enfraquecimento do princípio administrativo com a profissionalização das ocupações, pois o gestor dos serviços pode controlar os recursos relacionados com o trabalho, os termos e as condições de trabalho. Porém, devido ao profissionalismo (controle ocupacional do trabalho), ele só pode empregar pessoas devidamente credenciadas para desenvolver o trabalho e, também, “não pode controlar a maior parte do que os trabalhadores fazem e como fazem”.

As oportunidades de vida e profissionais marcadamente diferentes entre as diversas ocupações não são explicadas somente pela educação formal e competência especial requeridas pelos empregadores. Para se compreender melhor a divisão do trabalho e as diferenças cruciais entre as ocupações é necessário “uma ênfase no grau com que elas, mais como ocupações do que como classes, conquistaram o poder organizado de controlar elas próprias os termos, as condições e o conteúdo de trabalho nos locais onde o realizam” (FREIDSON, 1998 p. 154).

Nesse contexto, o autor aponta que, a legislação, a “sanção legal”, é o método mais eficaz de controlar as circunstâncias de trabalho do que uma negociação coletiva. É a legislação e a regulamentação da profissão que estabelecem os limites restritivos sobre o que

pode ser negociado entre trabalhadores e administradores dos serviços, o que evidencia a importância da atividade política das modernas associações profissionais.

A ocupação profissional realmente organizada controla a determinação e a demarcação de tarefas embutidas em empregos sustentados por empregadores. Por meio de sua influência nos órgãos regulamentadores, ela determina que tipo de trabalhador deve ser contratado para determinado emprego, quais tarefas deve realizar, quais requisitos de educação e treinamento para desempenho das tarefas e quem pode supervisionar o trabalho. Os empregadores são obrigados, pelo Estado, a seguir essas diretrizes determinadas profissionalmente para poder atuar. Desse modo, uma profissão ocupacionalmente organizada pode erguer poderosas barreiras no processo de racionalização do trabalho por meio da delegação de tarefas aos técnicos (FREIDSON, 1998).

Para que uma profissão conquiste o monopólio de seus serviços no mercado de trabalho é, portanto, imprescindível que organize seus interesses em associações ou conselhos que busquem o apoio do Estado para a legitimação da profissão. Essas associações têm, também, a função de padronizar a conduta dos seus membros, por meio de regras e parâmetros legais e éticos para o exercício profissional (FREIDSON, 1996). De acordo com esses parâmetros, elas controlam o tamanho de sua comunidade (ao definir quem pode ou não exercer a profissão) e os limites de sua jurisdição. Tem-se, assim, a reserva de mercado de trabalho da profissão.

Na análise das profissões, Abbott (1988) chama a atenção para a importância da competição entre as diversas profissões na definição da jurisdição (direito de controlar a prestação de serviços e atividades) de cada uma delas com o objetivo de obter o monopólio de um mercado de trabalho. Para o autor, essa competição se dá em espaços denominados arenas: do sistema legal, da opinião pública e do espaço de trabalho. É no espaço de trabalho que as ocupações disputam entre si os limites de suas jurisdições. As pretensões jurisdicionais são conferidas às profissões por lei, pela conquista do suporte do Estado que regulamenta a profissão. Porém, para que isso aconteça é preciso, antes, conseguir apoio e legitimidade junto à opinião pública. Esse apoio também é importante para, posteriormente, fazer valer a legislação de uma profissão no seu espaço de trabalho. Portanto, a garantia de uma determinada jurisdição acontece apenas quando a profissão é regulamentada por lei e reconhecida pela sociedade.

As disputas pelas áreas jurisdicionais constituem a dinâmica de desenvolvimento profissional. A história das profissões é a história das condições de como se deram as disputas

entre grupos ocupacionais sobre o direito de exercer determinadas atividades e das consequências desses conflitos. Em uma negociação de limites jurisdicionais, o principal recurso de uma profissão é o seu conhecimento abstrato, que possibilita a redefinição de seus problemas e tarefas, garantindo sua sobrevivência no competitivo sistema de profissões. A autoridade conferida pelo conhecimento abstrato e reconhecimento legal da profissão é responsável pela fixação das jurisdições profissionais, ou seja, pela proibição legal de outros grupos ou indivíduos desenvolverem um determinado trabalho, bem como pela sua manutenção e fortalecimento (ABBOTT, 1988).

Tendo como exemplo a Medicina, Freidson (1998) chama a atenção para a importância do monopólio e da autoridade ocupacional na diferenciação do trabalho. Essa profissão, por meio de suas associações, além de controlar seu mercado de trabalho (quantos médicos devem ser formados, como são selecionados, como deve ser a formação, o credenciamento e o próprio trabalho), tem o poder de supervisão do contingente de trabalhadores técnicos a ela subordinados, dominando, assim, uma divisão de trabalho.

Como no exemplo acima, o autor afirma que em áreas como a da saúde, entre outras, a divisão do trabalho é organizada em torno da autoridade central de profissões dominantes. Desse modo, mesmo quando as profissões técnicas ou básicas são licenciadas, diplomadas ou registradas, “a legitimidade e a legalidade mesma do seu trabalho se articula em torno do fato de serem supervisionadas nominalmente por essa profissão dominante”. Mesmo que se organizem em associações e sindicatos e reivindiquem muitas atribuições de profissões, estão presas a uma posição subordinada ocupacionalmente (FREIDSON, 1998, p.157).

Como pontuado por Cunha (2002), a regulamentação das profissões técnicas é realizada por meio dos conselhos profissionais, constituídos e dirigidos por pessoal de nível superior (membros da profissão dominante), que determinam o que podem ou não fazer os técnicos a elas subordinados. Muitas vezes, os profissionais de nível superior, como uma forma de reserva de mercado, retêm nas suas atribuições, as atividades que poderiam ser desenvolvidas por profissionais formados em nível técnico.

Era comum, no discurso corporativista, que a falta de pessoal de nível médio, dada a pequena oferta de profissionais qualificados por escolas técnicas, fosse responsável pelo fato de que profissionais de nível superior dedicarem-se a atividades que poderiam ser desempenhadas por pessoal de nível médio. No entanto, de acordo com Cunha (2002, p.15), o que ocorria era justamente o contrário. Segundo esse autor, o controle monopolista sobre o mercado de trabalho pelos profissionais de nível superior é causa da escassez de trabalhadores

com formação técnica de nível médio nas posições intermediárias das instituições públicas e privadas. Nesse contexto, o autor entende que a elevação dos requisitos educacionais para os trabalhadores, como por exemplo, quando é exigido o diploma de nível superior para o desempenho de funções que tecnicamente requerem nível médio de escolaridade, pode ser resultado do controle monopolista do mercado de trabalho e não de efetivas necessidades técnicas da produção.

Portanto, para o referido autor, faz-se necessária, no estudo das mediações existentes entre as mudanças no trabalho e as mudanças educacionais, a análise das políticas desenvolvidas nos conselhos profissionais que exercem um forte poder, garantido pelo Estado, de controle dos indivíduos que podem ou não exercer as profissões.

3.2 A Regulamentação da Profissão de Técnico em Saúde Bucal

Para Carvalho (1998), existem pelo menos duas razões históricas para a incorporação e expansão do pessoal auxiliar no campo da saúde bucal. Uma é a liberação dos cirurgiões-dentistas das funções mais simples (mas não menos importantes) do trabalho odontológico e a outra consiste na necessidade de expansão da cobertura dos serviços odontológicos a um custo menor. Queluz (2003) destaca como vantagens da incorporação desses profissionais nos serviços: a maior eficiência e otimização do processo de trabalho, o aumento da qualidade técnica e da produtividade, o conforto e segurança agregados ao atendimento dos pacientes, a redução do desgaste físico, estresse e fadiga do cirurgião-dentista, a minimização do custo operacional e a abertura ao acesso da população aos cuidados de saúde bucal.

Em que pesem as considerações acima, muitas discussões acaloradas têm acompanhado a história desses trabalhadores, principalmente do Técnico em Saúde Bucal (TSB). A polêmica começou quando se permitiu que outro profissional, que não o cirurgião-dentista, executasse ações diretas na cavidade bucal, gerando uma luta corporativa por competências.

Analisando a história das profissões, verifica-se que em cada etapa de sua evolução estão expressas as funções desempenhadas por aqueles que a exercem, de acordo com o desenvolvimento científico da época e dos seus mecanismos de regulação profissional. Segundo Carvallho (1998), o cirurgião-dentista sempre contou com ajudantes no desenvolvimento do seu trabalho. Nos primórdios da profissão, quando os serviços

odontológicos eram realizados por profissionais de várias áreas, como por exemplo, barbeiros, ferreiros e ourives, já existiam os assistentes que eram encarregados do transporte de instrumentos para montagem da “banca” de serviços nas feiras e mercados, de chamar atenção do público e de imobilizar o paciente durante o tratamento. Era comum que tais assistentes se tornassem aprendizes dessa nova profissão.

No século XIX, os então “dentistas” começaram a reivindicar a criação de escolas formais de ensino odontológico, estipulando que somente pudessem exercer a profissão aqueles que as tivessem cursado. Assim, em 1840, nos Estados Unidos, foi criada a primeira Escola de Odontologia de nível universitário. Em 1884, surge a primeira escola de Odontologia no Brasil junto às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (CARVALHO, 1998).

Com o aumento do número de profissionais qualificados pelas Escolas de Odontologia, tem início a luta contra aqueles que exerciam a profissão sem a devida qualificação, os denominados “práticos”. Como forma de fortalecimento da profissão na luta contra o seu exercício ilegal, criou-se a ideia de que qualquer intervenção na boca, por mais simples que fosse só poderia ser executada pelo cirurgião-dentista. Nesse contexto, para as primeiras categorias de auxiliares que surgiram na Odontologia, a assistente ou auxiliar de consultório e o protético, foi expressamente proibida qualquer intervenção na cavidade bucal (CHAVES, 1986).

Com a evolução da profissionalização da Odontologia, contando a categoria com poderes de regulação do exercício profissional, frente à sua incapacidade de atender a necessidade de tratamento odontológico existente na população, permitiu-se a criação de novas categorias auxiliares, que passaram a executar determinados tipos de trabalho na boca do paciente com o objetivo de aumentar a produtividade dos cirurgiões-dentistas e liberá-los para o desenvolvimento de tarefas mais complexas para as quais foram formados. Assim, foram criados, nos Estados Unidos, por volta de 1910, os primeiros cursos para formação de auxiliares profissionais denominadas higienistas dentais, cujas principais atribuições eram as ações educativas e preventivas, como profilaxia e aplicação tópica de flúor, no tratamento odontológico. O trabalho desenvolvido por essas auxiliares no atendimento de escolares dos Estados Unidos inaugurou um novo modelo de atenção ou assistência, marcando o início da saúde pública odontológica (CARVALHO, 1998). As ações desenvolvidas pelas higienistas dentais, algumas delas, como por exemplo a aplicação tópica de flúor, realizadas na cidade

bucal, marcaram também, o início de uma nova forma de atuação dos auxiliares odontológicos.

Em 1921, na Nova Zelândia, teve início o programa de formação de enfermeiras dentais para atuar, com a supervisão de cirurgiões-dentistas, em programas governamentais de atendimento a escolares. Além das ações preventivas, as enfermeiras dentais exerciam funções odontológicas ampliadas, voltadas para a assistência clínica como aplicação de anestesia, confecção de restaurações e extração de dentes. Por volta de 1949, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), essa experiência se espalhou por vários países da África e da Ásia, chegando até a América Latina atingindo, nas décadas seguintes, todo o continente americano. As características e propostas de trabalho desses auxiliares variaram de acordo com os países ou regiões, dependendo das necessidades imediatas de cada um deles e das resistências encontradas por parte dos cirurgiões-dentistas (CARVALHO, 1998).

Em 1968, a OMS publicou um documento com orientações para inclusão de pessoal auxiliar nas equipes odontológicas, objetivando a racionalização e a economia de recursos e o aumento da produtividade dessas equipes, principalmente nos países em desenvolvimento onde havia escassez do cirurgião-dentista, os custos de um tratamento odontológico eram elevados e havia uma alta prevalência de doenças bucais. Acreditava-se que com a incorporação do pessoal auxiliar na equipe, cuja formação e mão de obra são mais baratas, seria necessário formar um número menor de cirurgiões dentistas, o que levaria à diminuição dos custos. A delegação de funções entre os membros da equipe possibilitaria uma melhora na qualidade e quantidade dos serviços prestados à população que, conseqüentemente, teria maior possibilidade de acesso a esses serviços (PEZZATO, 2001).

No entanto, o trabalho desses auxiliares causou o receio, na classe odontológica, de que esses profissionais pudessem se transformar em futuros dentistas práticos levando a pressões para impedir sua formação e profissionalização. A título de exemplos, nesse sentido, temos a interrupção do primeiro programa formal de treinamento de auxiliares nos EUA, em 1914 pelo “movimento oposicionista dos cirurgiões-dentistas” e a extinção da profissão de enfermeira dental, no Reino Unido, em 1917 devido à “forte hostilidade corporativa” ambos relatados por Oliveira (2007, p. 28-29).

Apesar dos movimentos em contrário, a formação e profissionalização desses auxiliares odontológicos floresceram em vários países, como Canadá, EUA, Jamaica, Cuba, Nova Zelândia, Austrália e Inglaterra resultando em profissões reconhecidas e valorizadas pela sociedade. Existe hoje nos EUA uma forte organização de higienistas dentais, inclusive

com cursos de especialização e, na Nova Zelândia, as enfermeiras dentais, atualmente denominadas terapeutas dentais, atendem também adultos e atuam tanto em serviços públicos como privados (KOVALESKI *et al.* 2005; OLIVEIRA, 2007).

No Brasil, de acordo com Narvai (1994; 2003), a polêmica quanto à formação e atuação desses profissionais está acesa desde o início dos anos 1950 quando, pela primeira vez, ocorreu a preparação e incorporação de pessoal auxiliar na Odontologia em programas de Saúde Pública da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública(FSESP), para o desenvolvimento de ações preventivas como profilaxia e aplicação tópica de flúor. Para esse autor, a aceitação do profissional TSB e, conseqüentemente, do novo modelo de atenção odontológica, por alguns setores da Odontologia, foi permeada por interesses e visões antagônicas entre os setores da Odontologia e da Saúde Pública que defendem o SUS e as Associações Corporativas que articularam um forte movimento contra a atuação e legitimação desse profissional (NARVAI, 2003).

Entre os motivos de rejeição do trabalho do TSB, alegados por esses profissionais estavam: a reserva de mercado de trabalho do cirurgião-dentista; a possibilidade dos TSB se transformarem em dentistas práticos; a qualidade inferior dos serviços executados pelo TSB em relação aos executados pelo dentista e a responsabilidade jurídica dos mesmos por trabalhos executados por terceiros (NARVAI, 2003). Sobre essas afirmações, é importante ressaltar que é vedado ao TSB trabalhar de forma autônoma, ou seja, ele só pode exercer sua função sob a supervisão de um cirurgião-dentista que é o responsável pelo trabalho de toda a equipe de saúde bucal. Desse modo, a contratação do TSB, ao contrário de reduzir o mercado de trabalho do cirurgião-dentista, contribui para ampliá-lo.

A primeira legislação referente aos ASB e TSB no Brasil ocorreu em 1975, com o Parecer n.º 460/1975 do Conselho Federal de Educação (CFE), que autorizou e estabeleceu as exigências para a formação desses auxiliares, determinou as atividades e os requisitos essenciais para o exercício dessas funções, assim como os currículos dos cursos de formação para esses trabalhadores, definindo a habilitação no nível do antigo segundo grau completo como escolarização mínima para o TSB e a oitava série concluída para o ASB. Estabeleceu ainda, que, sob a supervisão do cirurgião-dentista, os ocupantes dessas funções executassem tarefas auxiliares no tratamento odontológico atribuindo ao TSB as seguintes atividades (BRASIL, 1975):

- a) participar do treinamento de auxiliares e atendentes de consultório dentário;
- b) colaborar nos programas educativos de saúde bucal;

- c) realizar teste de vitalidade pulpar;
- d) fazer a tomada e revelação de radiografias intra-orais;
- e) realizar a remoção de indutos, placas e tártaro supragengival;
- f) executar a aplicação tópica de substâncias para a prevenção da cárie dental;
- g) fazer a demonstração de técnicas de escovação;
- h) inserir e condensar substâncias restauradoras;
- i-) polir restaurações;
- j) remover suturas;
- k) educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre higiene, prevenção e tratamento das doenças bucais;
- l) responder pela administração de clínica;
- m) colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor anotador;
- n) supervisionar, sob delegação, o trabalho dos auxiliares de higiene dental e dos atendentes odontológicos;
- o) preparar substâncias restauradoras e de moldagem;
- p) preparar moldeiras;
- q) confeccionar modelos;
- r) proceder a conservação e manutenção do equipamento odontológico;
- s) instrumentar o CD junto à cadeira operatória (odontologia a quatro mãos);
- t) proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos.

Analisando as atividades listadas acima (itens c, d, e, f, g, h, i, j), verificamos que foi permitido ao TSB atuar diretamente na boca do paciente executando, por exemplo, profilaxias, aplicação tópica de flúor e a inserção de materiais restauradores em cavidades dentais previamente preparadas pelo cirurgião-dentista. Desse modo, houve uma perda, mesmo que parcial, do monopólio do conhecimento odontológico do cirurgião-dentista e também de sua prerrogativa de exclusividade de atuação na cavidade bucal, fatos esses que geraram, entre os odontólogos, posições contrárias à atuação do TSB. Para OLIVEIRA (2007), das tarefas atribuídas ao TSB no Parecer 460/75, as que mais indicavam polêmicas futuras foram: a habilitação para inserir e condensar substâncias restauradoras; polir restaurações e realizar a remoção de indultos, placas e tártaro supragengival.

Nove anos após a publicação do Parecer 460/75 do CFE, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), órgão responsável pela fiscalização do exercício profissional da Odontologia, considerou as diretrizes desse Parecer e disciplinou, por meio da Decisão 26/84 (CFO, 2000), o exercício das ocupações de TSB e ASB, listando como atribuições desses profissionais, as mesmas constantes no Parecer 460/75 do CFE. Várias Resoluções se seguiram à Decisão n.º 26/84, como a Resolução n.º 157/87 (CFO, 2000) que instituiu a obrigatoriedade de apresentação do certificado de conclusão do curso profissional para a inscrição de TSB e ASB nos Conselhos Regionais de Odontologia. Até então, para a inscrição, bastava a apresentação de uma declaração firmada pelo cirurgião-dentista, comprovando a experiência de um ano na função (PEZZATO e COCCO, 2004). No entanto,

essa norma valeu somente para o TSB, pois, para o ASB, esse prazo foi várias vezes prorrogado, encerrando-se, efetivamente, somente após a publicação da Resolução nº 86/2009 (CFO, 2009).

A exigência de diploma para o registro do TSB nos Conselhos Regionais protegeu, de certa forma, o campo de trabalho desses profissionais, principalmente nos serviços públicos, que a partir daí passaram a contar com pessoal qualificado, elevando o nível dos serviços prestados à população. Por outro lado, na opinião de Pezzato e Cocco (2004), as várias prorrogações do prazo para apresentação de diploma de ASB nos Conselhos Regionais parecem indicar que, no entendimento desse órgão, as atribuições desse auxiliar não interferem nos resultados dos serviços de saúde prestados à população, seja no setor público ou privado.

Objetivando adequar as atribuições do TSB aos interesses do CFO, foi aprovada em 1993, a Decisão 185/93 (CFO, 2000), de grande importância para o desenvolvimento do trabalho desse profissional, pois reduziu drasticamente suas atribuições quando vedou ao TSB a escultura de restaurações. Para Pezzato (2001), este fato inviabilizou a atividade de restauração dentária para o TSB.

Para uma melhor compreensão do impacto desta Decisão no trabalho da equipe de saúde bucal, faz-se necessário entender que, desde o início da formação e incorporação do TSB nos serviços públicos, uma das atividades por ele desenvolvida tem sido, de maneira sucinta, a divisão de tarefas com o cirurgião-dentista na confecção de restaurações diretas onde, cabe ao técnico, inserir, condensar e esculpir o material restaurador em cavidades dentais preparadas pelo cirurgião-dentista. Essa divisão tem como objetivo o aumento da produtividade, que se dá pelo fato de que, enquanto o TSB restaura o dente preparado em um paciente, o cirurgião-dentista inicia o atendimento de outro, o que acarreta maior número de procedimentos realizados e aumento do número de pacientes atendidos pela equipe de saúde bucal.

A escultura de uma restauração tem o objetivo de devolver a forma anatômica das partes perdidas do dente, restabelecendo sua forma e função. Os materiais restauradores diretos são inseridos na cavidade em estado plástico, o que permite sua escultura. Porém, esses materiais, em sua grande maioria, possuem um tempo de trabalho limitado, perdendo sua plasticidade, sendo curto o espaço de tempo entre sua inserção na cavidade e a escultura. A extrapolação do tempo de trabalho do material causa prejuízos à restauração e, conseqüentemente, ao paciente. Assim sendo, a Decisão do n.º 185/93 do CFO, que proibiu ao

TSB esculpir restaurações, inviabilizou a divisão de tarefas descritas acima, pois o tempo gasto pelo cirurgião-dentista para interromper o atendimento de um paciente e voltar para esculpir a restauração iniciada no paciente atendido pelo TSB, além de ser contraproducente, pode não ser compatível com o tempo de trabalho do material restaurador, afetando a qualidade final do trabalho realizado.

Para Oliveira (2007, p. 128), a partir dessa Decisão, os gestores dos serviços ficaram diante do seguinte impasse: “ou se obedece ao regulamento do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e aloca-se o TSB em outras funções, que não as de assistência restauradora, ou se incorre em descumprimento da norma, ignorando a vedação da escultura. Neste último caso, o gestor, para manter a alta produtividade, estimula o TSB para fazer a escultura, e se submete a uma infração perante o CFO, correndo riscos”.

Nesse sentido pondera-se que, apesar de a ação profissional do TSB e ASB ter sido orientada pelo Ministério da Educação, Conselho Federal de Odontologia e pelo Ministério da Saúde, considerando que tais categorias ainda não tinham sido regulamentadas por lei, o amparo legal dessas orientações poderia ser questionado, pois de acordo com a Constituição Federal de 1988, compete privativamente à União legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões (LIÑAN e BRUNO, 2007), o que, nesse caso, ocorreu somente em 2008, quando foi sancionada a Lei nº 11.889/ 2008.

Segundo Pezzato e Cocco (2004. p. 217), antes da regulamentação da profissão de TSB e ASB, diante das leis trabalhistas, esses profissionais encontravam-se da seguinte maneira:

[...] quando funcionários públicos fazem parte do quadro funcional e respondem às normas do Plano de Cargos e Salários da instituição; quando estes cargos existirem e, quando funcionários de clínica ou consultório particular, devem ser enquadrados de acordo com suas funções no local de trabalho, ou seja, função administrativa (repcionista, marcar consulta, atender telefone etc.), ou função de ‘atendente’, auxiliando o cirurgião-dentista junto ao paciente, tendo pisos salariais e adicional de insalubridade diferenciados de acordo com a função exercida.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares, enquadrou, em 1994, o THD (atual TSB) no Grande Grupo 0/1 (Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados) e, as tarefas a ele atribuídas foram semelhantes às do Parecer 460/75 do Conselho Federal de Educação. Já na nova Classificação Brasileira de Ocupações, publicada em 2002, muitas das atribuições definidas para o THD pelo Ministério do trabalho são

equivocadas e não estão previstas no Parecer 460/75 ou nas resoluções de CFO por serem atribuições pertinentes exclusivamente ao cirurgião-dentista, o que pode confundir os auxiliares em seus estudos e atividades práticas (LIÑAN e BRUNO, 2007).

A luta pela regulamentação das profissões de TSB e ASB empreendida pelos setores progressistas da Odontologia vem sendo travada desde 1986, quando aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em que, dentre os diversos tópicos abordados, apontou-se a formação urgente e a incorporação imediata de pessoal de nível elementar e médio (ASB e TSB) como forma de viabilizar a extensão da cobertura e aumento da produtividade requeridas naquele momento (NARVAI, 1997). O primeiro Projeto de Lei (PL) para regulamentar legalmente as profissões de TSB e ASB, o PL n.º 2.244/89 apresentado pelo deputado Robson Marinho, em 1989 (BRASIL, 1989), deu início a um amplo debate sobre as atribuições que deveriam ser conferidas ao TSB e as possíveis implicações dos mesmos no mercado de trabalho do cirurgião-dentista. Segundo Barbosa (1991), setores mais reacionários da categoria odontológica, alegando que o projeto estimulava a prática ilegal da profissão, não era condizente com a realidade dos serviços e que várias atribuições do TSB eram privativas do cirurgião-dentista, conseguiram que o deputado apresentasse um substitutivo ao seu projeto original.

Consta dos arquivos do Curso TSB da ESTES/UFU, um abaixo-assinado dirigido à Câmara Federal, solicitando aos membros daquela casa a análise cuidadosa do substitutivo do PL 2.244/89 de autoria do deputado Robson Marinho que, “não pode nem deve ser aprovado porque representa um retrocesso às diretrizes da Política Nacional de Saúde, um desserviço a toda a população brasileira e uma afronta a toda categoria profissional que vem construindo a história da Odontologia Brasileira”. Apresenta como justificativa, a supressão, no projeto modificado, de importantes atividades do TSB que constavam no projeto original, este sim, mais condizente com os propósitos da reforma sanitária. No documento é considerado, também, o impacto que a aprovação desse substitutivo provocaria no sistema de atendimento odontológico da região que utilizava largamente o trabalho do TSB em atividades clínicas que seriam proibidas caso o projeto fosse aprovado (ESTES, 1990).

Após cinco anos de discussões, emendas e substitutivos, em 1993, um novo projeto de Lei (PL n.º 53), foi apresentado e aprovado no Congresso Nacional e depois vetado pelo então Presidente da República Itamar Franco. O argumento apresentado para o veto foi de que a regulamentação “restringe o mercado de trabalho, delimita o campo de ação, desmotiva o aperfeiçoamento profissional e impede a plena liberdade contratual” (PEZZATO e COCCO,

2004, p. 217). De acordo com Pezzato (2001), o motivo real do veto presidencial esteve diretamente relacionado com a decisão do CFO que no mesmo ano restringiu as atribuições do TSB, vedando a escultura das restaurações a esses profissionais, através da Resolução 185 (CFO, 2000). Salientamos aqui que no Projeto de Lei nº53, na descrição das funções do TSB, não constava o referido veto à escultura de restaurações.

Dando continuidade à luta pela regulamentação das profissões de TSB e ASB, o projeto de lei 1140/03, de autoria do deputado Rubens Otoni, entrou para tramitação no Congresso Nacional em 2003. No ano seguinte, foi posto em debate um substitutivo proposto por Marcelo Barbieri, cujos principais pontos polêmicos eram os que restringiam as atribuições conferidas ao TSB quanto à remoção de cálculo e biofilme supragengival e de inserir, condensar, esculpir e polir substâncias restauradoras.

A revista RET-SUS Notícias, considerando que nesse debate o que estava em jogo eram os limites (técnicos e corporativos) de atuação do profissional de nível médio e do cirurgião-dentista e que nesse impasse as associações e federações se dividiram, publicou entrevistas com representantes dos movimentos contra e a favor do substitutivo. Na opinião de Wilson Chediek, membro do Conselho Nacional de Representantes da Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas (ABCD) e diretor da Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), o TSB não deve realizar raspagem de cálculo e, quanto à participação do técnico na restauração de dentes preparados pelo cirurgião-dentista, argumentou que “inserir, condensar, esculpir e polir é realizar uma restauração do começo ao fim, atribuição exclusiva do cirurgião-dentista” (CHEDIEK, 2005, p.3).

Paulo Capel Narvai, professor da USP, falando em nome da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), que tem se posicionado contra esse último substitutivo, considerou que o técnico pode “fazer a remoção do biofilme e do cálculo dentário, de acordo com a indicação e a técnica definida pelo cirurgião-dentista” (NARVAI, 2005, p. 3). Quanto à argumentação que questiona a ‘capacidade técnica’ de um técnico realizar os procedimentos relativos à restauração de dentes, afirmou que:

[...] As experiências desenvolvidas na Nova Zelândia e no Canadá em meados do século 20 mostram que técnicos não apenas podem ter competência técnica, mas em determinadas situações, conforme atesta a literatura científica sobre o tema, podem realizar trabalhos de qualidade igual ou superior à realizada por pessoal de nível universitário. Isso decorre de vários aspectos, como qualidade da formação, condições de trabalho, inserção no processo de trabalho odontológico, características da produção do cuidado odontológico etc. (NARVAI, 2005, p. 3).

O substitutivo do Deputado Marcelo Barbieri foi aprovado em novembro de 2005 na Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados. Em relação aos pontos de discórdia, a redação final votada diz que o TSB está autorizado a remover o biofilme, “de acordo com a indicação técnica definida pelo Cirurgião-dentista”. Sobre o outro tópico, o texto acordado diz que o profissional de nível médio pode “inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta”, mas proíbe o “uso de materiais e instrumentais não indicados pelo Cirurgião-dentista”. A nova redação do substitutivo, também alterou o nome do Técnico em Higiene Dental para TSB (Técnico em Saúde Bucal) (OLIVEIRA, 2007).

O PL 1140/03, enviado para o Senado Federal como Projeto de Lei nº 3, de 2007 (PLC 00003/2007), foi também aprovado. Em 24 de dezembro de 2008, o presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva, decretou e sancionou a lei 11.889 que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) (BRASIL, 2008).

De acordo com a Lei nº 11.889/2008 (BRASIL, 2008), o TSB e o ASB estão obrigados a se registrarem no CFO e a se inscreverem no Conselho Regional de Odontologia (CRO), em cuja jurisdição trabalham. A supervisão direta, realizada pelo cirurgião-dentista, será obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extra-clínicas ter supervisão indireta sendo vedado a esses profissionais o exercer a atividade de forma autônoma. O cirurgião-dentista que, tendo TSB ou ASB sob sua supervisão e responsabilidade, permitir que esses, sob qualquer forma, extrapolem suas funções específicas, responderá perante os Conselhos Regionais de Odontologia, conforme a legislação em vigor.

De acordo com o Art.5 da Lei nº 11.889/2008 (BRASIL, 2008), competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

- I- participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- II- participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- III- participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- IV- ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais, por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;
- V- fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

- VI- supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;
- VII- realizar fotografias e tomadas radiográficas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- VIII- inserir e distribuir, no preparo cavitário, materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- IX- proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
- X - remover suturas;
- XI- aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XII - realizar isolamento do campo operatório;
- XIII- exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

A referida Lei estabelece ainda que, dada a sua formação, o TSB é credenciado a compor a equipe de saúde, desenvolver atividades auxiliares em Odontologia e colaborar em pesquisas.

Art.9 da Lei 11.889 estabeleceu as seguintes atividades para o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), desenvolvidas sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do TSB:

- I- organizar e executar atividades de higiene bucal;
- II- processar filme radiográfico;
- III- preparar o paciente para o atendimento;
- IV- auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
- V- manipular materiais de uso odontológico;
- VI- selecionar moldeiras;
- VII- preparar modelos em gesso;
- VIII- registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- IX- executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- X- realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- XI- aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XII- desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- XIII- realizar, em equipe, levantamento de necessidades em saúde bucal;
- XIV- adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Depois da sanção da Lei n.º 11.889/2008, as atividades privativas do TSB foram atualizadas no texto original do Capítulo IV da resolução n.º 63 do CFO, em 25/6/2009, ajustando-se à nova denominação e aos termos aprovados na lei (FRAZÃO, 2011). As mesmas adequações foram feitas pelo Ministério da Saúde na Portaria 2.488 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). O Ministério da Educação, por meio do Parecer CNE/CEB nº: 2/2009 (BRASIL, 2009a) autorizou a proceder à devida alteração no Catálogo Nacional de Cursos

Técnicos de Nível Médio, no Eixo Tecnológico “Ambiente, Saúde e Segurança”, substituindo o Curso de Técnico em Higiene Dental pelo Curso de Técnico em Saúde Bucal, nos termos da Lei nº 11.889/2008.

Assim, trinta e três anos depois de terem seus cursos de formação normatizados, as profissões de TSB e ASB, foram finalmente reconhecidas e regulamentadas por Lei Federal. Para José Carrijo, presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o preconceito, a reserva de mercado, o desconhecimento da importância do papel desses profissionais na equipe odontológica, a falta de vontade política de governantes, de algumas entidades odontológicas e de parlamentares fizeram com que esse processo de regulamentação se arrastasse por tanto tempo (REVISTA RET-SUS, 2005).

Já na opinião de Oliveira (2009), o adiamento dessa regulamentação ocorreu devido à escassez de escolas para formação e titulação desses profissionais visto que, estando a profissão regulamentada por lei, nos concursos para o preenchimento de vagas de auxiliares das equipes de saúde bucal, seria necessário que os candidatos apresentassem diplomas e certificados de habilitação. Não havendo um número suficiente de escolas para habilitar esses profissionais, o risco de não preenchimento das vagas abertas no setor público seria grande, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte. Em sua argumentação, a autora se refere ao princípio constitucional (CF 1988, art. 5º, XIII) que garante o livre exercício do trabalho, ofício ou profissão a qualquer cidadão que atenda às qualificações profissionais que a lei estabelecer. Assim sendo, como os TSB e ASB não tinham suas qualificações profissionais regulamentadas por lei, qualquer cidadão poderia exercer essas profissões e, portanto, se candidatar às vagas de emprego, não havendo fundamentação legal para a proteção daqueles que se habilitaram por meio de cursos ou por experiência técnica.

Para que uma profissão seja reconhecida socialmente ela precisa de se autorregular isso é, deve controlar o tamanho de sua comunidade por meio de mecanismos de seleção dos seus membros e alcance do seu campo de conhecimentos e competências e selecionar as atividades que devem ou não ser exercidas por seus profissionais. Nesse sentido, durante o processo evolutivo de uma profissão, algumas atividades são valorizadas em função da incorporação de novos conhecimentos esotéricos e tecnologias e outras, de menor valor social, são repassadas para profissões auxiliares (ZANETTI *et. al.*, 2012).

De acordo com Zanetti *et al.* (2012), no caso da Odontologia brasileira, houve falhas no controle da dimensão do tamanho de sua comunidade de praticantes, haja vista o estado de

pletora profissional⁵ em que se encontra atualmente. Esse fato dificultou o repasse das tarefas de menor complexidade para as profissões auxiliares. Pode-se dizer que a reserva de mercado para esse enorme contingente de cirurgiões-dentistas dificultou a racionalização e expansão da divisão do trabalho odontológico entre os membros da equipe de saúde bucal.

Vale destacar que, com a profissão líder incorporando conhecimentos com menos seletividade e repassando os saberes em menor quantidade, o processo de divisão do trabalho no campo profissional liderado pela odontologia foi inflacionado e truncado. Sob o imperativo da pletora profissional, o excedente descomunal de força de trabalho e sua dinâmica atípica vêm condenando inúmeros CD à prática de conhecimentos e competências postergados e/ou decaídos, serviços não exclusivos que nunca foram considerados nobres pelos seus praticantes, e que há muito já deveriam ter sido repassados para profissões auxiliares (ZANETTI *et al.*, 2012, p.210).

O Estado, ao sancionar a Lei n.º 11.889 (Brasil, 2008), garantiu por meio de legislação específica o monopólio ocupacional do TSB e do ASB no mercado de trabalho odontológico. No entanto, verifica-se que as tarefas que foram delegadas a esses profissionais são as de menor valor social, como as de promoção de saúde. Quanto às ações clínicas, que poderiam ser consideradas “mais nobres”, da forma como são citadas na lei, restaram dúvidas, principalmente sobre a real participação do TSB na remoção do biofilme e na confecção das restaurações o que indica que essas atividades são importantes para a reserva de mercado dos cirurgiões-dentistas.

No seu estudo sobre a real profissionalização do TSB depois da regulamentação da profissão pela Lei 11.889/2008, Oliveira (2011, p.47) apontou que, como o TSB só pode exercer suas atividades sob a supervisão direta ou indireta do cirurgião-dentista, a autonomia, um importante atributo de uma profissão, não foi conferida a ele. Segundo a autora, “em muitos países, essa supervisão não é necessária e os Técnicos podem ser até pessoas jurídicas, organizando os próprios consultórios e realizando as atividades específicas para as quais são delegados”.

Embasada na análise de Abbot (1988) sobre as arenas onde acontecem as disputas jurisdicionais entre ocupações distintas, Oliveira (2011, p.47) pontuou também que, para que uma profissão tenha autonomia e poder, deve, além de regulamentada por lei, ser legitimada pela sociedade. Assim sendo, “a falta de crédito suficiente junto à opinião pública também é um desafio para essa nova “profissão” de Técnico em Saúde Bucal. A população não conhece o TSB como deveria, e esse é um dos pontos fundamentais para o desenvolvimento de uma

⁵ pletora: superabundância ou excesso de qualquer coisa. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Editora objetiva. Rio de Janeiro. 2007.

profissão”. Desse modo, para a referida autora, é mais pertinente definir o TSB como “uma ocupação regulamentada e subordinada à profissão de cirurgião-dentista” (OLIVEIRA 2011, p.48).

A falta de legitimidade da profissão de ASB e TSB que persistiu até o final de 2008, fez com que os auxiliares da Odontologia não constituíssem uma categoria ocupacional consolidada, estando mais vulneráveis às oscilações do mercado de trabalho e das políticas sociais, e ainda contribuiu para a falta de prestígio social, baixa credibilidade e respeito profissional da categoria, o que se refletiu numa política salarial injusta e pouco interesse da população por essa profissão o que levou à falta desses profissionais no mercado de trabalho (KOVALESKI *et al.*, 2005; LIÑAN e BRUNO, 2007).

Kovaleski *et al.*(2005) detectou em seu estudo que a falta de ASB é tão acentuada no Brasil que nenhum Estado da Federação atingiu a proporção de 1ASB/1CD, mesmo sendo esta uma relação considerada deficitária. Para os técnicos, a média nacional encontrada foi de 1TSB/36CD, com extremos como o Acre que apresenta (1/6) e o Tocantins (1/640). As justificativas apresentadas pelo autor para essa situação recaíram sobre dois aspectos: o econômico, já que a formação desses profissionais não repercute em movimentação financeira competitiva, como no caso das Faculdades de Odontologia, e o status da profissão, já que são ocupações de pouca visibilidade social por serem estabelecidas como profissões apenas recentemente. Com a aprovação da Lei 11.899, tem-se a expectativa de que a profissão seja mais valorizada pela sociedade.

3.3 A Inserção e Atuação do Técnico em Saúde Bucal nos Serviços de Saúde Pública

De acordo com Carvalho (1998), a incorporação de pessoal auxiliar no setor saúde está associada a uma série de fatores interligados: a racionalização do trabalho, o aumento da produtividade e da qualidade do trabalho, o desenvolvimento científico e as mudanças nas práticas e nos modelos de assistência⁶. Nesse sentido, foi somente a partir da década de 1950 que começaram a surgir algumas propostas contra-hegemônicas de prática odontológica no Brasil como a Odontologia Sanitária/Social, cujo principal instrumento teórico é o denominado Sistema Incremental (NARVAI, 1994).

⁶ Modelo de assistência refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não (NARVAI, 1992).

O Sistema Incremental surgiu como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela Odontologia nas décadas anteriores. Embora tenha sido desenvolvido para ser aplicado em quaisquer populações, restringiu a assistência aos escolares, enfatizou a ação restauradora e colocou em segundo plano as ações educativas e preventivas, que se restringiam à fluoretação da água de abastecimento e a aplicações tópicas de flúor. Apesar das limitações listadas, o Sistema Incremental foi o modelo de assistência odontológica preponderante no País por mais de quatro décadas (PINTO, 2000; ZANETTI e LIMA, 1996).

Esse modelo foi posto em prática, pioneiramente, pela Seção de Odontologia da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), em 1951. A auxiliar de higiene dentária foi incorporada a esse programa escolar com as funções principais de aplicação tópica de flúor e profilaxia dentária. É neste programa que temos os primeiros indícios, na literatura, de incorporação e preparação de pessoal auxiliar odontológico com funções clínicas no serviço público do país. Em 1952, a auxiliar de higiene dentária foi também incorporada ao programa escolar da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (NARVAI, 1997; CARVALHO, 1998).

Os anos setenta marcaram uma nova fase para a profissão odontológica. Diante da falta de recursos humanos para atender as necessidades crescentes da população na área da saúde, do crescimento de especialidades e desvalorização do dentista generalista, os rumos da formação e prática odontológica foram questionados (CARVALHO, 1998). Também nessa década, a pressão da população organizada nos Movimentos Sociais fez com que o governo buscasse alternativas para melhorar o acesso da população aos serviços odontológicos (PEZZATO, 2001). Assim, com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção odontológica, tornando-a mais simples e barata, foi desenvolvida a Odontologia Simplificada/Comunitária que desencadeou a simplificação dos equipamentos, das rotinas, dos instrumentos, dos materiais e das técnicas restauradoras e cirúrgicas. Surgiu o conceito de equipe odontológica, com o reconhecimento da importância da utilização de pessoal auxiliar (ZANETTI e LIMA, 1997). A técnica de “trabalho a quatro e seis mãos” que permite a troca de instrumentos entre o cirurgião-dentista e o auxiliar durante as técnicas operatórias, diminuindo esforços e colaborando para o aumento da produtividade profissional foi desenvolvida, provocando uma profunda revisão dos tempos e movimentos do processo de trabalho odontológico (CORDÓN, 1998).

De fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho do pessoal auxiliar nas equipes odontológicas foi o Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE), do Distrito Federal e o da Universidade Católica de Minas Gerais (atual PUC) desenvolvidos na década de 70. Os serviços implantados pelo PISE buscaram simplificar a tecnologia odontológica para atender às classes menos favorecidas. Para tanto, foram desenvolvidas clínicas modulares com três ou mais “camas clínicas”, que substituíram as cadeiras odontológicas mais caras e sofisticadas. As clínicas modulares, fixas ou transportáveis, consistiam em ambientes coletivos ergonomicamente orientados com três, quatro, seis ou mais cadeiras odontológicas próximas a uma bancada central de apoio, operadas pelo cirurgião-dentista, TSB e ASB. Este foi o programa que pioneiramente utilizou, no Brasil, auxiliares com funções expandidas (inicialmente, o programa não utilizou o nome THD, mas sim, o de Auxiliar com Funções Expandidas), treinadas em serviço, com funções semelhantes ao que se publicou no PARECER 460/75 do CFE, sendo responsável pela divulgação nacional do trabalho do TSB na equipe de saúde bucal. Nos anos 80, essa proposta atingiu grande parte dos serviços públicos do país (PEZZATO, 2001; OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Oliveira (2007), as experiências de simplificação da prática odontológica fizeram com que os cirurgiões-dentistas envolvidos em programação e planejamento dos serviços públicos enfatizassem cada vez mais a importância da formação e inclusão do TSB nas equipes de saúde bucal, visando obter “aumento da produtividade, qualidade técnica e impacto das programações”.

Entre as décadas de 80 e 90 surgiram novas opções programáticas, como a Odontologia Integral ou Incremental Modificado, que tiveram como proposta incorporar, nos serviços públicos de saúde, medidas preventivas e educativas às curativas, enfatizando a necessidade da desmonopolização de conhecimentos, fundamental para o alcance das metas propostas. Nesse modelo de atenção odontológica, o pessoal auxiliar, principalmente o TSB, passa a colaborar com o cirurgião-dentista na difusão dos conhecimentos sobre prevenção das doenças bucais, ocupando novos espaços, fora da clínica, para exercer as atividades preventivas (ZANETTI, 1993 *apud* OLIVEIRA, 2007)⁷. O uso crescente e diversificado de medidas preventivas e educativas, introduzidos pela Odontologia Integral, muito contribuiu para o aumento da inserção do pessoal auxiliar nos programas de saúde bucal do país.

⁷ ZANETTI, C. H. G. **As marcas do Mal-estar Social no Sistema Nacional de Saúde Tardio: o caso das Políticas de Saúde Bucal, no Brasil dos anos 80.** Rio de Janeiro, 1993. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

É importante destacar aqui a experiência desenvolvida no município de Uberlândia, em 1985, pela Secretaria Municipal de Saúde por meio do “Programa de Odontologia Escolar”, que teve inerente à sua concepção o uso de tecnologia simplificada e o emprego de pessoal auxiliar com funções expandidas. Dirigido à escolares na faixa etária de seis a 12 anos, utilizou o sistema Incremental Difásico ou Modificado (preventivo e curativo) preconizado pela Odontologia Integral.

Para montagem das unidades de saúde escolar volantes, instaladas nos espaços disponíveis das escolas conveniadas (sala de aula, biblioteca, sala dos professores, etc.), foi desenvolvido, pelo setor Odontológico da Secretaria Municipal de Saúde, o “Projeto de Equipamento Simplificado”, que resultou na confecção, de equipos odontológicos (mocho, cadeira, refletor e sugador) de baixo custo, alta mobilidade, pouco peso e baixa densidade tecnológica. Inicialmente, foram formadas oito equipes de saúde bucal para atuar nessas unidades, cada uma delas composta por um CD e três TSB selecionados por meio de concurso público (GONTIJO, 1988).

O programa de saúde escolar da PMU, pioneiro na região, foi um marco na inserção do TSB no serviço público em Uberlândia. Objetivando o aumento da cobertura da assistência odontológica com menor custo sem perda de qualidade, utilizou pessoal auxiliar em funções expandidas à cavidade bucal, dividindo com o cirurgião-dentista os passos técnicos na confecção de restaurações, como também nas atividades preventivas e de administração da clínica. De acordo com Gontijo (1988), a princípio, na falta de pessoal qualificado, os auxiliares contratados para desenvolver essas tarefas foram treinados em serviço segundo as orientações presentes no “Currículo Integrado para o Curso Técnico em Higiene Dental” elaborado, em 1988, por um grupo de dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Com a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, ficou estabelecido que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Foi criado, então, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir daí, os modelos assistenciais em saúde geral e de saúde bucal em particular, de abrangência municipal, tiveram uma importância maior, com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde. De acordo com a regulamentação da Constituição Federal de 1988 e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) em 1990, ficaram estabelecidas como diretrizes do SUS a universalidade do acesso aos serviços, a descentralização político-administrativa, a integralidade da assistência, a participação da comunidade e a ênfase à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Essas

diretrizes puseram em cheque os modelos vigentes e imputaram um desafio muito grande aos municípios que se propuseram a reorganizar os seus modelos assistenciais (BRASIL, 1990, BRASIL, 1990a).

Consta dos arquivos da Prefeitura Municipal de Uberlândia um documento sobre Programa de Odontologia da Secretaria Municipal de Uberlândia de 1991 (UBERLÂNDIA, 1991). O documento enfatiza que são inerentes aos planos e projetos do programa os princípios de utilização de pessoal auxiliar com funções expandidas, seleção e adequação social dos profissionais de nível superior, tecnologia apropriada, integração entre as ações curativas e preventivas, desmonopolização do saber, articulação entre os órgãos públicos existentes, regionalização e hierarquização.

Visando a adequação às necessidades da população, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a assistência odontológica prestada pelo município foi dividida em dois programas fundamentais: 1- atenção odontológica a grupos prioritários (atendimento na faixa etária de zero a 14 anos e atendimento a adulto e gestante); 2- atividades preventivo-educativas, de caráter coletivo, que atingissem toda a população. Para dar conta dessas ações, a rede de atenção odontológica municipal contava com 22 cirurgiões-dentistas e 22 TSB organizados em 11 equipes responsáveis pelo atendimento de 47 escolas urbanas e sete rurais, priorizando o atendimento ao menor de 14 anos. O programa contava ainda com seis centros de saúde e três postos de saúde com 18 cirurgiões-dentistas e 12 TSB atendendo cerca de 800 pessoas por mês. Foi assumido o compromisso da administração de ampliar o atendimento ao adulto, priorizando a atenção primária⁸ e o desenvolvimento do programa de prevenção (UBERLÂNDIA, 1991).

Evidenciamos no documento que, apesar de ainda persistir a atenção focada em escolares, visto o maior número de cirurgiões-dentistas e técnicos atuando nesse setor, o atendimento da população como um todo também se fazia presente. Para Calado (2002), a busca pela superação da lógica “foquista”, centrada em coletivos restritos como por exemplo, os escolares, continua a ser a principal intenção dos modelos a serem implantados, frente ao processo de construção do SUS.

Com a atribuição conferida ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição da República de “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde”, a implantação dos programas de formação de pessoal auxiliar odontológico pelas próprias Secretarias de Saúde

⁸ atenção primária: representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

foram fortemente estimulados e assim, um amplo processo de formação dos trabalhadores que vinham exercendo funções auxiliares em serviços públicos odontológicos em todo o país foi então desencadeado por meio do PROJETO LARGA ESCALA (PLE)⁹. Segundo Narvai (2003), o aumento da oferta de cursos para formação de TSB e ASB pelas Secretarias Municipais e Secretarias Estaduais de Saúde e dos cursos particulares, que também foram criados em vários Estados levou a um lento, firme e progressivo aumento no número de trabalhadores de nível médio na Odontologia brasileira, com a incorporação de mais de 30 mil novos trabalhadores de 1992 a 2002.

Como importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde e reordenação do modelo assistencial, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. A inclusão de equipes de saúde bucal no PSF, em dezembro de 2000, por meio da Portaria 1.444 (BRASIL, 2000a), surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se por meio dessa estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar.

A Portaria 1.444 que foi regulamentada com a aprovação das normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na ESF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2001), estabeleceu incentivos financeiros para que os municípios reorganizassem seus modelos de assistência odontológica integrando-os à ESF, podendo se qualificar para duas modalidades de Equipes em Saúde Bucal (ESB): modalidade I – composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal; modalidade II – composta por cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal. Para cada modalidade qualificada há um repasse financeiro diferente, sendo maior para a modalidade II.

Oliveira (2007), ao analisar as atribuições específicas do TSB e ASB na Estratégia Saúde da Família, estabelecidas no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica da Portaria Ministerial nº 267 de 06/03/2001 (BRASIL, 2001), constatou que

⁹ PROJETO LARGA ESCALA (PLE) Resultado de um acordo interministerial (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Assistência Social, Ministério da Educação e Organização Panamericana da Saúde) o PLE propôs em seus planos a integração ensino-serviço e teoria-prática, durante a jornada e no próprio local de trabalho sendo adotado por várias secretarias de saúde do país (TOMAZEVIC, 2005)

as atribuições conferidas ao TSB na prevenção e na promoção de saúde o tornaram um multiplicador e educador, com intervenção direta extraclínica, participando e colaborando na programação das visitas aos domicílios. Destacou, ainda que, dentro da clínica, o perfil proposto pelo Plano valorizou o TSB, ressaltando a sua importância na equipe de saúde bucal para aumento de produtividade e universalização do acesso. Para Zanetti (2005), “a presença do TSB nas Equipes de Saúde da Família representa recurso fundamental que, sempre resulta formal e realisticamente num aumento considerável de utilidade no sistema, sendo a sua ausência uma opção racionalmente insustentável”.

O empenho do Ministério da Saúde na formação das equipes de saúde bucal ficou evidenciado nesse Plano quando, considerada a enorme discrepância entre o número de cirurgiões-dentistas e o de recursos humanos auxiliares existentes na época, propôs a capacitação de cirurgiões-dentistas, THD e ACD e formação de 1.897 ACD e 2.151 THD por meio de cursos gestados por Escolas Técnicas Profissionalizantes do SUS/Centros Formadores de Recursos Humanos e, onde elas não existissem, por meio de alianças com parceiros habilitados e aptos a certificarem seus egressos.

Com o propósito de fornecer subsídios às instituições formadoras para a construção de currículos estruturados em um modelo de formação que atendesse as necessidades do SUS, o Ministério da Saúde publicou o “Perfil de competências profissionais do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário” (Brasil, 2004). Publicado em 2004 e ampliado pela Política Nacional de Saúde Bucal, o ‘Brasil Sorridente’ (Brasil, 2004b), esse perfil de competências passou a ser referência de orientação da ação profissional desses trabalhadores.

Foi a partir do lançamento, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada “Brasil Sorridente”, que se impulsionou a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. De dezembro de 2002 até dezembro de 2005, houve um aumento de mais de 195% no número de equipes, chegando a um total de 12.603. É importante ressaltar também que, por meio da Portaria nº-74/GM, de 20 de janeiro de 2004, as ESB Modalidade II passaram a receber um equipo odontológico completo (cadeira odontológica, mocho, refletor, unidade auxiliar e peças de mão) para a atuação do TSB. (OPAS, 2006).

O Brasil Sorridente abriu novas oportunidades de trabalho para o pessoal auxiliar. Desde a sua implantação, o SUS absorveu mais de 20 mil novos cirurgiões-dentistas e auxiliares. O investimento nos primeiros quatro anos foi mais de sete vezes maior do que os dos anos anteriores. Além do aumento do número de ESB citado anteriormente, foram

implantados mais de 465 Centros de Especialidades Odontológicas¹⁰ (CEO) em mais de 400 municípios (BRASIL, 2007).

Em relação à inserção do TSB nas ESB da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica¹¹ (SIAB) revelaram que, em 2009, existiam no país 17.818 equipes de saúde bucal na ESF, sendo que, desse total, apenas 1425 eram de equipes de saúde bucal de modalidade II, que integram o TSB (BRASIL, 2009). Esses números demonstram que, apesar do maior repasse de verbas conferido às equipes de modalidade II, essa modalidade ainda é pouco adotada no Brasil, indicando que a prática exercida na saúde bucal na ESF ainda é realizada sob uma concepção mais tradicional, num processo de trabalho sem incorporação do TSB. Portanto, a perspectiva de maior inserção dos TSB nos serviços públicos por meio da ESF tem se mostrado frustrante. Um maior campo de trabalho se abre, sem dúvida, para o ASB, que está presente tanto na modalidade I como na II.

De acordo com o balanço de ações (2002 – 2010) do Brasil Sorridente, o número de equipes de saúde bucal cresceu quase cinco vezes, passando de 4.261 para 20.300, estando presentes em 85% dos municípios brasileiros. O município de Uberlândia contava, até o momento de desenvolvimento da presente pesquisa, com apenas uma ESB.

No estudo da inserção e atuação do TSB no setor público é também importante o conhecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instituído pelo Ministério da Saúde, em 1998, com o objetivo de monitorar as ações e serviços de saúde referentes à atenção básica no âmbito do SUS. A partir de então, anualmente, são publicados os indicadores de saúde pactuados entre as três instâncias de governo que refletem as principais metas a serem alcançadas naquele ano em diversas ações do SUS. Ao fim de cada ano, municípios e estados têm seu desempenho avaliado pelo Ministério da Saúde em função do cumprimento ou não das metas pactuadas (BRASIL, 2006).

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde apresentou aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde o *Documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão*, relativo ao biênio 2010 – 2011. Na área de saúde bucal o documento apresenta na Prioridade VI - fortalecimento da atenção básica - dois objetivos: o de ampliar o número de Equipes de

¹⁰ CEO são unidades de referência para a Atenção Básica. Integrados ao processo de planejamento loco-regional ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006).

¹¹ O SIAB “é o sistema de informação utilizado na Atenção Básica, que possibilita instrumentalizar as equipes de saúde em relação aos indicadores de saúde da comunidade adscrita, permitindo também o planejamento e o acompanhamento das ações” (CALADO, 2002).

Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o de aumentar a prevenção das principais doenças bucais: a cárie dentária e a doença periodontal. O percentual da população estimada coberta pelas ações das ESB, em determinado local e período, é o indicador que balizará se a meta de cobertura de, no mínimo, 40% da população foi atingida. Do mesmo modo, a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada é o indicador para efetivação ou não da meta proposta, ou seja, de que as ações coletivas de escovação dental supervisionada atinjam, pelo menos, 3% da população. Cabe aqui ressaltar que, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, a escovação dental supervisionada deve ser desenvolvida, preferencialmente, pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2011a).

Considerando os objetivos, indicadores e metas descritos acima, parece implícito um incremento futuro do número de pessoal auxiliar no serviço público, seja pelo aumento do número das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (estimado em 2000 novas ESB) ou pelo emprego desse pessoal para ampliação do número de escovação supervisionada realizado nos serviços públicos municipais.

3.4 O Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU)

3.4.1 A implantação do Curso

Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (ESTES/UFU) foi criada em 1973 com o objetivo de atender à necessidade, sentida pelo município e região, de profissionais habilitados na área de enfermagem. Inicialmente denominada Escola Técnica de Enfermagem Carlos Chagas, uma escola privada de nível médio, mantida com recursos financeiros da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, do Ministério da Educação e Cultura e com contribuições de alunos e da comunidade local, passou a ser uma Escola da Universidade Federal de Uberlândia em 1981. Três anos depois, contando com mais um curso, o de Técnico em Laboratório de Prótese Odontológica, passou a denominar-se Escola Técnica de Segundo Grau. Com a criação, em 1988, dos Cursos Técnicos de Patologia Clínica e de Higiene Dental, a escola se consolidou como importante instituição formadora de

profissionais auxiliares e técnicos na área de saúde recebendo, em 1991, a denominação Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (FALEIROS, 1997; STUTZ, 2009).

Por volta de 1986, foi solicitada, à então Escola Técnica de Segundo Grau da UFU, a capacitação dos atendentes de Enfermagem lotados na Faculdade de Odontologia, visando a melhor atuação dos mesmos em suas clínicas. Com esse objetivo, duas professoras do Curso Técnico em Enfermagem buscaram, na Faculdade de Odontologia de Bauru, os subsídios para tal capacitação, que se consolidou como a primeira resposta, de maneira informal, da Escola à necessidade de qualificação de profissionais auxiliares para atuar em clínicas odontológicas da comunidade. A partir daí, a ideia de implantação de um curso formal nessa área começou a ser discutida pela Escola.

Vários fatores contribuíram para a implantação, em 1988, do Curso Técnico em Higiene Dental na ESTES/UFU, sendo preponderantes os reflexos, na esfera municipal, da política educacional do país e das reformas na área da saúde ocorridas naquela década.

A partir dos anos 60, as reformas educacionais que ocorreram no Brasil sofreram forte influência da Teoria do Capital Humano, elaborada por Theodor Schultz em 1945, em que a educação formal e a qualificação profissional apareciam como formadores de capital humano que permitiria aos países desenvolverem-se, e aos indivíduos a garantia de melhores empregos, maior produtividade e, por essa via, mobilidade e ascensão social (FRIGOTTO, 1993). Segundo essa teoria, a responsabilidade de inserção no mercado de trabalho passa a ser do indivíduo que, para tanto, deve investir na sua educação.

Essa teoria encontrou condições políticas e econômicas favoráveis no Brasil, no período do governo militar, constituindo-se num suporte ideológico do regime e base para a formulação das leis e reformas educacionais, em todos os níveis de ensino, subordinando os interesses do processo de desenvolvimento do País ao capitalismo internacional, tomando a educação como instrumento capaz de promover o desenvolvimento econômico pela qualificação da força de trabalho (KUENZER, 1997). Dessa forma, houve a reforma universitária em 1968 e a do 1º e 2º Graus por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº 5.692/71.

A LDB nº 5.692/71 (BRASIL, 1971) instituiu a obrigatoriedade de habilitação profissional para todos os que cursassem o ensino de 2º Grau, denominação adotada para o antigo ensino secundário. A lei pretendeu romper com a dualidade, conjugando os antigos ramos propedêutico e profissionalizante num sistema único, tendo como finalidade a

qualificação para o trabalho por meio de habilitação profissional conferida pela escola. Nesse contexto, os currículos passaram a ter um núcleo comum obrigatório, de alcance nacional, com enfoque na educação geral e uma parte diversificada, para atender às especificidades locais mediante a habilitação profissional dos alunos.

Como um dos desdobramentos das políticas propostas da referida lei, em que a ênfase na "educação para o trabalho" era o eixo norteador, ocorreu o primeiro movimento no sentido de regulamentar a formação do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário, que aconteceu concretamente em 1975, com o Parecer n.º460/75, do Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1975). Cabe aqui ressaltar também que, de acordo com Narvai (1994), a pressão da população para ampliação, por parte do governo, dos serviços de assistência odontológica, somado ao grande número de auxiliares odontológicos, que já vinham atuando em clínicas públicas e privadas sem a devida qualificação, contribuíram para a aprovação desse Parecer.

Devido, principalmente, à ausência de providências do Estado em assegurar as condições necessárias para a implantação dos cursos profissionais nas redes públicas, após dez anos de vigência legal, a obrigatoriedade da profissionalização no ensino médio deixou de existir, com a promulgação da Lei nº 7.044, de 18 de outubro de 1982. A partir daí, a profissionalização tornou-se facultativa ficando, praticamente, restrita às instituições especializadas e a maioria das escolas de ensino médio voltou a oferecer apenas o ensino propedêutico. No entanto, apesar da modificação na legislação, a ideologia permaneceu e a política educacional continuou a se posicionar francamente favorável à criação de novos cursos profissionais como os propostos pela ESTES/UFU na década de 80.

Corroborando para a implantação de novos cursos profissionais, especificamente na área da saúde, temos, na década de 80, notadamente, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o início da reformulação e expansão dos serviços em saúde pública no país, com conseqüente incentivo à formação dos trabalhadores da área. Paralelamente a esse evento, aconteceu a I Conferência de Saúde Bucal que apontou a necessidade urgente de formação de pessoal auxiliar odontológico de nível médio para viabilizar a proposta de extensão da assistência requerida naquele momento. Nesse período, o campo da Saúde Bucal, deparou-se com uma crescente incorporação de novas tecnologias e com novas maneiras de organização dos serviços, buscando a racionalização do trabalho, com ampla delegação de tarefas ao pessoal auxiliar. Um amplo processo de formação dos trabalhadores que vinham exercendo funções auxiliares em serviços públicos odontológicos em todo o país foi então

desencadeado pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e a criação de cursos para formação do THD em escolas públicas e particulares foi estimulada.

De grande significado para a criação de cursos para formação de auxiliares odontológicos foi a Resolução nº 157/87 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), que determinou a exigência, para inscrição do ACD e THD em seus conselhos regionais, do certificado de conclusão de curso que atendesse ao disposto no Parecer nº 460/75 do CFE, impedindo o exercício informal dessas profissões após a data-limite de 31/12/88 (CFO, 2000).

Em abril de 1987, a cidade de Uberlândia contava com 451 (quatrocentos e cinquenta e um) cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, cuja maioria estimada pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO) - Subseção de Uberlândia - em 70%, exercia suas atividades utilizando pessoal auxiliar treinado em serviço. Nessa época, a Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) já havia iniciado seu Programa de Odontologia para atendimento de escolares, com equipes compostas por oito cirurgiões-dentistas e 22 auxiliares, também treinados em serviço.

Com o intuito de saber a viabilidade de um Curso Técnico em Higiene Dental em consonância com a expectativa do mercado de trabalho, a Escola realizou pesquisas junto aos profissionais da área de Odontologia de Uberlândia, em clínicas e consultórios particulares e em instituições públicas (Secretaria Municipal de Saúde, Centro Regional de Saúde e UFU), constatando que o profissional Técnico em Higiene Dental (THD) já existia na cidade a título precário, treinado em serviço, urgindo sua legalização e que, nas repartições públicas, o reconhecimento da importância e necessidade desse profissional era unânime.

Constam nos arquivos da ESTES/UFU, vários documentos com pareceres favoráveis à criação do Curso THD feitos por diversos departamentos da Faculdade de Odontologia, Secretaria Municipal de Saúde da PMU e pela Associação Brasileira de Odontologia - Subseção de Uberlândia, entre outros. De acordo com o parecer da PMU, instituição que concentrava o maior número de profissionais dessa área, havia falta de pessoal com capacitação para os cargos de THD em seus processos de seleção e que, devido à resolução do CFO, acima citada, havia dificuldades para que seu pessoal, então em serviço, desempenhasse a sua função a partir de 31/12/88, data limite, colocada por aquele órgão, para que os profissionais da área adquirissem tal capacitação (ESTES, 1987)

Obtendo, portanto, dados seguros para concluir que o mercado de trabalho para o THD era amplo, viável e necessário e, considerando a inexistência, na cidade e região, de cursos formais que habilitassem legalmente esse profissional, a Escola Técnica de Segundo Grau e o

Curso de Odontologia da UFU elaboraram um projeto com a proposta de criação do Curso Técnico em Higiene Dental, com os objetivos de

[...] formar profissional auxiliar capaz de adotar um comportamento científico no desenvolvimento de seu trabalho, levando em consideração os princípios preventivos e sociais, como recursos básicos na melhor prestação de serviços odontológicos; suprir o sistema formal público e privado, da prestação de serviços odontológicos, de mão de obra qualificada capaz de auxiliar o cirurgião-dentista na maior produtividade de seu trabalho e de proporcionar ao corpo discente do Curso de Odontologia da UFU a oportunidade de conhecer e amestrar-se no trabalho a quatro mãos e a utilizar equipamento simplificado (ESTES, 1988, p. 2).

Como embasamento legal, a proposta de criação do curso teve a legislação do ensino da época, mais especificamente a Lei 5692/71, reformulada pela Lei 7.044/82, o Parecer 460/75 do Conselho Federal de Educação e a Decisão do Conselho Federal de Odontologia 26/84.

Em janeiro de 1988, com o Parecer nº 218/88, a Diretoria de Pesquisa e Extensão da UFU autorizou o funcionamento do Curso Técnico em Higiene Dental que, nesse mesmo ano, iniciou a formação de sua primeira turma de alunos. Dois anos depois, a Secretaria Nacional de Educação Tecnológica do Ministério da Educação (SENET/MEC), por meio da Portaria nº 26 de 02 de maio de 1991, declarou a regularidade do Curso Técnico em Higiene Dental levado a efeito pela Escola Técnica de Segundo Grau da UFU.

O apoio da Faculdade de Odontologia da UFU foi de fundamental importância para a criação do Curso THD, pois disponibilizou sua estrutura física, laboratórios e clínicas para o desenvolvimento de aulas práticas e teóricas do Curso até o ano de 1996, quando a Escola foi instalada em prédio próprio, passando o Curso a contar com laboratório completo para o desenvolvimento de suas aulas.

3.4.2 A organização curricular do Curso

Em consonância com a legislação vigente na época de implantação do curso, sua estrutura curricular contava, em seu primeiro ano, com disciplinas do Núcleo Comum constantes do Art. 7º da Lei 5692/71 e com as disciplinas instrumentais e profissionalizantes da Parte Diversificada, distribuídas entre o 2º e 3º ano do Curso (Anexo C).

Desde sua origem, a ESTES/UFU teve como proposta para sua organização escolar, o princípio da intercomplementaridade, optando por oferecer apenas a Parte Diversificada do Currículo Pleno da Habilitação Profissional de todos os seus Cursos técnicos. Portanto, apenas as disciplinas da Parte Diversificada do currículo do Curso THD eram ofertadas pela Escola Técnica e, as do núcleo comum, por Escolas da Rede Estadual, por meio de convênios. Como requisito básico para ingresso no Curso era exigido do candidato o certificado de conclusão da primeira série do ensino médio (antigo segundo grau) sendo que o aluno deveria, ao cursar a segunda ou terceira série do Curso THD, estar cursando concomitantemente, em uma escola conveniada, as séries correspondentes. Caso o aluno já tivesse concluído o segundo grau, as disciplinas do núcleo comum seriam aproveitadas e ele faria apenas a parte profissionalizante oferecida na Escola Técnica. O certificado de conclusão do curso técnico era conferido ao aluno somente após a conclusão do curso médio e profissional.

A primeira grade curricular contava com 1290 horas distribuídas nos dois anos de curso entre as disciplinas profissionalizantes e instrumentais e com mais 400 horas de estágio supervisionado, totalizando 1690 horas que, somadas à carga horária do núcleo comum, perfaziam um total de 2500 horas, sendo, portanto, superior ao mínimo de 2200 horas exigido pelo Parecer 460/75 do CFE para habilitação do THD. As disciplinas profissionalizantes eram as mesmas estipuladas pelo Parecer acima citado, ou seja, Odontologia Social, Técnicas Auxiliares de Odontologia, Materiais, Equipamento e Instrumental, Higiene Dental e Fundamentos de Enfermagem. As disciplinas instrumentais eram Noções de Anatomia e Fisiologia Humanas, Noções de Microbiologia e Parasitologia, Matemática, Estudos Regionais e Noções de Psicologia e Ética. Em 1995, a disciplina Higiene e Segurança do Trabalho foi introduzida no rol das disciplinas instrumentais dos cursos da Escola, visando a um melhor desenvolvimento dos conteúdos relativos às formas de prevenção dos riscos inerentes às profissões por ela habilitadas (Anexo C).

O perfil profissional de conclusão do Curso, foi assim definido: “O Técnico em Higiene Dental (THD) é um profissional habilitado que, sob a orientação e supervisão do

cirurgião-dentista, executa tarefas auxiliares no atendimento odontológico. Sua formação o credencia a compor equipes de saúde em nível local, colaborar com o CD em pesquisas, em seu atendimento no consultório ou clínica e em Odontologia Sanitária. É vedado ao THD o exercício da profissão de forma autônoma, estando suas atividades subordinadas à supervisão do CD.” Quanto às competências específicas da área de atuação profissional, constaram no projeto pedagógico do curso as mesmas listadas no Parecer 460/75 do CFE.

A apresentação do perfil profissional de conclusão, descrito acima, não sofreu modificações consideráveis até o ano de 2001. Foram verificadas apenas pequenas modificações, ao longo dos anos, na estrutura curricular do Curso, visando uma melhor distribuição dos conteúdos e cargas horárias das disciplinas.

Com a aprovação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9.394/96) e do Decreto nº 2.208/97, a estrutura da Educação Profissional passou a ser constituída pelos seguintes níveis: nível básico, que se destinava à qualificação, requalificação e profissionalização de trabalhadores, independente da escolaridade prévia; nível técnico, destinado a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados ou egressos do ensino médio e nível tecnológico, correspondente aos cursos de nível superior na área tecnológica, destinados a egressos do nível médio e/ou técnico. Desse modo, a possibilidade do ensino médio de oferecer formação profissional de nível técnico, integrada à educação geral, tendo em vista a continuidade dos estudos foi eliminada.

A organização pedagógica da ESTES/UFU, cuja opção sempre foi a de desenvolver somente a Parte Diversificada do Currículo Pleno da Habilitação Profissional de todos os seus cursos, foi pouco alterada pela Lei 9.394/96. A partir de 1999, foram retiradas da estrutura da grade curricular dos cursos as disciplinas do núcleo comum do 1º ano, que nunca tinham sido desenvolvidas naquela escola. O Curso foi então estruturado em dois anos passando a apresentar apenas as disciplinas instrumentais e profissionalizantes.

Em 2002, o Colegiado da ESTES/UFU, tendo por base o artigo 5º do Decreto 2.208 de 17 de abril de 1997, que estabeleceu que “a educação profissional de nível técnico terá organização curricular própria, independente do ensino médio, podendo ser oferecida de forma sequencial ou de forma concomitante a este”, optou pelo oferecimento da educação profissional de forma sequencial, estabelecendo como critério para ingresso aos seus cursos o ensino médio completo (ESTES, 2002). Os cursos oferecidos passaram então a ser caracterizados como pós-médios. Porém, no caso da ESTES/UFU, de certa forma, essa característica já se encontrava presente visto que, não realizando o curso profissional de forma

integral ao médio, o aluno que concluísse primeiro o ensino técnico só poderia receber seu certificado após a conclusão do ensino médio.

Colaboraram para a decisão acima, duas questões que estavam sendo discutidas na Escola naquele momento. A primeira, a respeito da demora de muitos alunos em concluir a última etapa da educação básica, atrasando, por vários anos o recebimento do certificado de habilitação do curso técnico, passando a falsa ideia de que o número de concluintes do curso técnico era muito menor do que o número de ingressantes. A segunda questão era sobre os problemas advindos da faixa etária, inferior a 18 anos, com que alguns alunos ingressavam nos cursos o que, devido às atividades desenvolvidas no processo de ensino aprendizagem, por vezes feriam o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art.67º, que trata do exercício de atividades realizadas em locais ou situações perigosas e insalubres. Com exigência do ensino médio concluído, a faixa etária da maioria dos candidatos passou a concentrar-se em idade igual ou superior a 18 anos e a relação ingressantes X concluintes ficou mais condizente com a realidade dos cursos.

A instituição, por determinação do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara de Educação Básica (CBE), das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico por meio do Parecer CNE/CEB nº 16/99 e da Resolução CNE/CEB nº 04/99 levou a ESTES/UFU a projetar modificações no Curso Técnico em Higiene Dental, concretizadas no seu novo Projeto Pedagógico/Plano de Curso, apresentado e aprovado institucionalmente pela UFU em 2001 (OF/R/UFU/9/2001 – Despacho do Reitor) e pelo Ministério da Educação, Cadastro Nacional de Cursos Técnicos (MEC/CNCT/PC 25648387000118-02).

Não mais baseada em disciplinas e sob a pedagogia das competências, a nova organização curricular do Curso passou a contemplar as competências gerais e específicas consubstanciadas nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico/Área Profissional Saúde (BRASIL, 2000). O núcleo de organização curricular passou então a ser pautado no processo de produção do trabalho, caracterizado pelas atribuições, etapas significativas ou funções abrangentes que o compõem, bem como as atividades mais específicas, as subfunções, geradoras de produtos definidos dentro desses processos produtivos. Desta forma, a matriz curricular do Curso THD teve como base as cinco funções identificadas no processo de trabalho em saúde: Apoio ao diagnóstico, Educação para Saúde, Proteção e Prevenção, Recuperação/Reabilitação e Gestão em Saúde, e como subfunções os

componentes curriculares significativos, identificados pelo Curso, para aprendizagem profissional.

Com carga horária Teórico/Prática de 1570 horas e mais 170 horas de estágio supervisionado, o Curso passou a ter 1740 horas de situação ensino/aprendizagem. As competências necessárias para a formação do profissional THD foram agrupadas em quatro módulos, sendo o módulo I independente e pré-requisito para os módulos seriados II, III e IV. A habilitação em THD era conferida ao aluno após a conclusão dos quatro módulos, acrescidos do estágio supervisionado realizado na íntegra (Anexo D).

O novo perfil profissional de conclusão contemplou, além das competências específicas da área de atuação, determinadas pelo Parecer 460/75, as competências gerais da área da saúde e as competências básicas de caráter interprofissional. Assim, ao concluir o Curso, o aluno teria constituído as seguintes competências gerais da área da saúde:

- a) Orientar a comunidade quanto aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, biológicos, ecológicos e psicológicos), aplicando princípios e normas de biossegurança, higiene, saúde pessoal e ambiental, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida.
- b) Saber atuar em equipe, com flexibilidade, reconhecendo suas funções e as dos demais membros, assim como respeitar a hierarquia existente na mesma para melhor desempenho e qualidade nas relações de trabalho.
- c) Saber interpretar e aplicar normas e princípios éticos.
- d) Ser capaz de correlacionar conhecimentos de várias ciências, buscando constantemente atualizar-se em relação às exigências do mercado, para melhor desenvolvimento e qualidade de seu trabalho.
- e) Ser capaz de operar equipamentos, zelando por sua manutenção, identificando e avaliando suas instalações assim como, executar procedimentos técnicos, avaliando riscos de iatrogenia.
- f) Atuar na equipe de saúde como colaborador, participando das atividades educativo/preventiva/terapêuticas inerentes à profissão e regulamentadas pelo Conselho Federal de Odontologia.
- g) Planejar e organizar o trabalho na perspectiva de um atendimento integral e de qualidade.
- h) Identificar e aplicar princípios e normas de conservação de recursos não renováveis e preservação do meio ambiente.
- i-)Aplicar princípios ergonômicos na realização do trabalho.

Às competências gerais da área da saúde, foram acrescidas as seguintes competências básicas, de caráter interprofissional:

- a) Dominar habilidades básicas de comunicação em contextos, situações e circunstâncias profissionais, nos formatos e linguagens convencionados.
- b) Pautar-se na ética da solidariedade, na condição de ser humano, cidadão e profissional.

- c) Compreender as relações homem/ambiente/tecnologia/sociedade e comprometer-se com a preservação da biodiversidade no ambiente natural e construído, com sustentabilidade e melhoria da qualidade de vida.
- d) Utilizar a informática como ferramenta de trabalho.
- e) Conhecer e aplicar os conceitos e princípios de gestão às atividades profissionais.
- f) Valorizar a saúde como direito individual e dever para com o coletivo.

Constituem-se ainda como condições necessárias para a composição do perfil profissional do THD:

- a) Rapidez e exatidão de raciocínio, decisão.
- b) Iniciativa para agir com firmeza e precisão.
- c) Controle emocional, boa coordenação viso motora.
- d) Discrição, afabilidade.
- e) Capacidade de persuasão, atenção concentrada.
- f) Espírito de dedicação, paciência.
- g) Senso de ordem e responsabilidade.
- h) Afinidade com labor de caráter social.

De acordo com o descrito no referido Plano de Curso, a adequação às novas Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico teve como objetivo propiciar aos alunos uma aproximação dos conhecimentos científicos e tecnológicos intrínsecos ao mercado de trabalho. Com uma Educação Profissional voltada para aquilo que é necessário aprender na atualidade, visou a uma mobilização e adaptação profissional decorrentes de conhecimentos, cujos focos de trabalho centram-se em aprendizagens significativas que contemplam competências gerais da Área Profissional Saúde e competências específicas do THD, prevendo situações que levem o participante a aprender a aprender, a mobilizar e articular com pertinência, conhecimentos, habilidades e valores em níveis crescentes de complexidade, privilegiando estudos contextualizados, agregando competências relacionadas com novas tecnologias, trabalho em equipe, respeito ao meio-ambiente e autonomia para enfrentar situações com criatividade e flexibilidade (ESTES, 2003).

Estudos pormenorizados são necessários para elucidar se, em consonância ao descrito acima, houve uma real mudança na prática didático/pedagógica do Curso e, em caso afirmativo, quais foram as implicações sobre a formação de seus alunos o que, devido à sua complexidade, não foi possível explorar em nossa pesquisa.

A partir do ano de 2009, o Curso THD da ESTES/UFU iniciou discussões e avaliações do seu projeto pedagógico/plano de Curso no sentido de atender as novas exigências da contemporaneidade, com especial atenção à nova legislação que regulamentou o exercício da profissão de THD. Um novo projeto pedagógico/plano de Curso, que passou a ser denominado Curso Técnico em Saúde Bucal (Portaria R nº990/2009) (ESTES, 2009), foi

então apresentado e aprovado, estando em vigor desde o 1º Semestre de 2010. Sua atual estrutura curricular, com carga horária Teórico/Prática de 1445 horas e mais 170 horas de estágio curricular obrigatório, é organizada em quatro períodos que, constituindo-se em um conjunto de competências, habilitam o aluno, ao final do 4º período, em Técnico em Saúde Bucal (TSB) (ESTES, 2010).

No atual projeto pedagógico do Curso, o perfil de conclusão foi modificado quanto às competências específicas da área de atuação, pois apresenta as determinadas pela Lei 11.889/2008 e não mais pelo Parecer 460/75 do CFE. Dentro dessa modificação, destacamos aqui que, para a adequação do plano à nova legislação, a habilidade “realizar técnicas de raspagem coronária” foi retirada do plano do Curso. Por outro lado, a habilidade de “Inserir, condensar e esculpir materiais restauradores em cavidades previamente preparadas pelo cirurgião-dentista”, bem como o “acabamento e polimento de restaurações” continuam sendo desenvolvidas.

3.4.3 A dinâmica do Curso

O Curso TSB da ESTES/UFU tem regime escolar semestral, com ingresso anual. A maioria das aulas teóricas e práticas, distribuídas ao longo dos dois anos de duração do Curso, são ministradas de segunda a sexta-feira, no período noturno. O estágio supervisionado, parte integrante da grade curricular do Curso, que tem como objetivos possibilitar maior interação com outros profissionais por meio do trabalho em equipe, oferecer, na prática, o reconhecimento de normas e princípios éticos que norteiam a profissão e fornecer condições de avaliar as competências constituídas e as tendências científicas e tecnológicas do mercado de trabalho, é desenvolvido, principalmente, nos vários setores do Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da UFU, onde é desenvolvida a maioria das clínicas desse curso de graduação, que acontece, preponderantemente, no período diurno. Além do estágio supervisionado, são também desenvolvidas nas clínicas desse Hospital, as aulas práticas do componente Curricular “Práticas Integradas” quando o aluno participa do atendimento de pacientes. Assim sendo, para concluir o Curso, o aluno deverá dispor além do período noturno, quando são desenvolvidas as aulas teórico/práticas de, pelo menos, um período diurno para realização do estágio supervisionado e aulas práticas. Cabe aqui ressaltar que todo

o material e instrumental Odontológico necessário para o desenvolvimento das aulas práticas são oferecidos pelo Curso.

Durante o Curso, o aluno tem, também, a oportunidade de ingressar no estágio remunerado, não obrigatório, oferecido por vários setores da Faculdade de Odontologia da UFU, principalmente pelo Hospital Odontológico, com os quais a ESTES mantém convênio. Esse estágio, ao mesmo tempo em que atende à necessidade de complementação do quadro de funcionários desses setores, possibilita aos estagiários uma fonte de renda e de aprendizado no trabalho. Muito procurado pelos alunos devido, principalmente, à remuneração oferecida e aos horários compatíveis com o desenvolvimento do Curso, esse estágio contribui para que muitos alunos em situação economicamente desfavorável possam concluir o Curso.

3.4.4 O acesso ao Curso

O Processo Seletivo ESTES da UFU sofreu várias modificações ao longo dos anos. Inicialmente era elaborado e desenvolvido pela própria ESTES e constava de prova de redação e de testes de múltipla escolha abrangendo conhecimentos em Português, Matemática, Física, Química e Biologia da 1ª série do Ensino Médio. Para concorrer às quinze vagas oferecidas¹², o candidato deveria ter concluído a 1ª série do Ensino Médio. Nesse processo, além do uso da mídia, a divulgação dos cursos junto às escolas de ensino médio do município era feita com a colaboração de alunos e professores de cada curso, com visitas às escolas, de forma que a maioria das dúvidas dos possíveis candidatos aos cursos era, naquele momento, sanada. O exame de seleção era realizado independentemente do vestibular para os cursos de graduação oferecidos pela UFU o que, de certa forma, encorajava aqueles candidatos que não se consideravam capazes de “passar no vestibular”, potenciais candidatos a um curso profissional, oferecido por uma universidade, a prestar o exame.

A partir de 2002, a Diretoria de Processos Seletivos da UFU (DIRPS/ UFU) ficou responsável pela realização, processamento e divulgação de todos os atos relativos ao Processo Seletivo ESTES que passou a exigir, como critério para inscrição, o ensino médio e a utilização, no processo seletivo, das provas da primeira fase do vestibular para os cursos de graduação da UFU. Em 2009, o processo seletivo foi executado em etapa única, sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação

¹² Em 1991, o número de vagas oferecidas pelo Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU, criado em 1988, foi aumentado de 15 para 20 vagas anuais e para 25 a partir de 2011.

(INEP/MEC) denominada Exame Nacional de Ensino Médio – ENEM. A divulgação e toda a dinâmica de realização do processo seletivo dos cursos da ESTES e de graduação passaram a ser realizados no mesmo momento, “confundindo” os possíveis candidatos aos cursos profissionais, com conseqüente queda na procura pelos cursos oferecidos pela ESTES. Tal fato resultou, após acordo entre a ESTES e a administração da UFU em novas alterações no processo seletivo, separando-o completamente do processo de ingresso aos cursos de graduação a partir de 2011. Na configuração atual, ainda sob a responsabilidade da DIRPS/UFU, tanto a divulgação, editais, datas, provas e toda a logística do processo é independente do processo seletivo para ingresso aos cursos de graduação. As provas elaboradas especificamente para candidatos da ESTES constando de redação e prova de múltipla escolha com 40 questões objetivas de língua portuguesa (10), matemática (10) e ciências da natureza (biologia, química e física) (10), elaboradas conforme conteúdos ministrados no ensino médio. Os resultados da recente alteração no processo seletivo da ESTES pôde ser percebido na relação de candidatos/vaga de 2011.

Tabela 2 – Relação candidato/vaga/ano dos Cursos Técnicos oferecidos pela ESTES/UFU

Ano	Cursos Técnicos (nº vagas)			
	SB (20)	ATE (40)	PD (20)	AC (20)
1993	3,2	3,1	12,7	5,3
1994	4,9	6,9	17,1	11,9
1995	2,8	6,0	11,4	9,1
1996	3,9	6,2	13,3	9,2
1997	7,4	14,1	20,3	21,1
1998	6,7	16,9	19,1	21,8
1999	7,0	21,7	18,0	15,7
2000	5,6	21,8	10,3	19,4
2002	4,3	7,2	6,1	10,2
2003	2,4	10,3	3,9	6,5
2004/jan	1,7	10,3	4,6	10,0
2004/dez	2,4	9,7	5,4	11,3
2006	1,9	6,0	3,9	9,9
2007	0,9	2,6	2,5	4,4
2008	1,3	4,6	3,7	6,6
2009	1,7	2,7	3,0	7,1
2010	Enem	Enem	Enem	Enem
2011	2,4	4,7	7,2	9,36

SB= Saúde Bucal; ATE= Auxiliar e Técnico em Enfermagem; PD=Prótese Dental;
AC= Análises Clínicas.

Fonte: Diretoria de Processos Seletivos da UFU (DIRPS/ UFU)

CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O Perfil dos Egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU)

Por meio do questionário de pesquisa, respondido por 195 dos 306 egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, diplomados entre 1989 a 2009, foi possível verificar alguns aspectos relacionados às características gerais dos egressos como sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade dos pais, tipo de escola frequentada no ensino médio, entre outros, que estão aqui organizados em figuras e tabelas.

4.1.1 Características sociodemográficas

A idade média dos respondentes foi de 35,8 anos (DP=8,0; variação=20 anos a 58 anos), a maioria do sexo feminino (97,9%), de cor/raça branca (57,0%) e casada (57,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo

Variável	n (%)
Sexo:	
<i>Feminino</i>	191 (97,9)
<i>Masculino</i>	4 (2,1)
Cor:	
<i>Branca</i>	110 (56,4)
<i>Parda</i>	54 (27,6)
<i>Preta</i>	28 (14,3)
<i>Amarela</i>	1 (0,5)
<i>Não declarada</i>	2 (1,0)
Estado civil:	
<i>Solteiro</i>	63 (32,3)
<i>Casado</i>	113 (57,9)
<i>Viúvo</i>	1 (0,5)
<i>Divorciado</i>	13 (6,7)
<i>união estável</i>	5/195 (2,6)
Total	195 (100)

*DP = desvio padrão

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

A hegemonia do sexo feminino entre os egressos, verificada na presente pesquisa, é concordante com os resultados encontrados nos estudos realizados por Frazão (1998); Ribeiro, Fischer e Marques (1999); Kovaleski *et al* (2005); Queluz (2005); Paranhos *et al.* (2009); Aquino e Miotto (2005); Liñan e Bruno (2009); Bonan *et al.* (2009), que constataram que a profissão de TSB é exercida, majoritariamente, por mulheres.

De acordo com Carvalho (1998), a presença de auxiliares do sexo feminino nos consultórios odontológicos remonta ao início dessa profissão, quando os cirurgiões-dentistas lançavam mão de suas esposas ou filhas para a limpeza e organização do consultório. A referida autora lembra ainda que a presença dessas auxiliares também contribuía para minimizar o constrangimento das senhoras da sociedade durante o atendimento odontológico.

Ao analisarmos os primórdios das profissões auxiliares de Odontologia nos Estados Unidos, no início do século XX, quando Alfred Fones estabeleceu o primeiro programa de treinamento para mulheres jovens nomeado “Higienistas Dentais” e, na Nova Zelândia, onde foram treinadas as enfermeiras dentais para atuarem nas escolas, na década de 1920, constatamos que, inicialmente, nesses países, como também no Brasil (Carvalho, 1998), a profissão surgiu para ser exercida por mulheres, o que se tornou uma tradição.

Kovaleski *et al* (2005) em sua reflexão sobre a forte presença do gênero feminino entre os auxiliares da área odontológica chama a atenção para o fato de que, no Brasil, as profissões auxiliares que possuem uma menor média de remuneração e que são consideradas de baixo status social são, na sua maioria, desenvolvidas por mulheres. A presença feminina também é preponderante em outras profissões auxiliares de saúde como, notadamente, na área de Enfermagem. Foi constatado, no censo escolar de 2004, que 70,5% das matrículas na área da saúde, referentes às profissões auxiliares, foram do sexo feminino (INEP, 2006).

Os egressos entrevistados têm, predominantemente, pais e mães com baixa escolaridade; a maioria das mães (48,5%) e dos pais (51,8%) possui o ensino fundamental incompleto (Tabela 4). Apenas 14,9% das mães e 15,5% dos pais concluíram o ensino médio.

Tabela 4 – Grau de Escolaridade dos pais dos participantes do estudo

Escolaridade dos pais	Mãe n (%)	Pai n (%)
Não estudou	14 (7,2)	19 (9,8)
Ensino fundamental incompleto	94 (48,5)	100 (51,8)
Ensino fundamental completo	32 (16,4)	27 (14,0)
Ensino médio incompleto	9 (4,6)	7 (3,6)
Ensino médio completo	29 (14,9)	30 (15,5)
Ensino superior incompleto	1 (0,5)	3 (1,6)
Ensino superior completo	13 (6,7)	7 (3,6)
Desconhecida	2 (1,0)	0 (0,0)
Total	194 (100)	193 (100)

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

4.1.2 Características de ingresso

A maior parte dos entrevistados (77,9%) cursou ensino médio na rede pública. Verificou-se um aumento estatisticamente significativo do número de egressos procedentes de escola pública formados no período 2000-2009 em relação aos formados entre 1989-1999 (Tabela 5). Oito egressos declararam que concluíram o ensino médio por meio de curso Supletivo no ensino público.

Tabela 5 – Distribuição dos egressos participantes do estudo segundo o período de conclusão do Curso TSB/ESTES/UFU e as redes de ensino médio (Público e Privado)

Período (n)	Público n (%)	Privado n (%)	P valor
1989-1999 (n=93)	60 (64,5)	33,0 (35,5)	
2000-2009 (n=102)	92 (90,2)	10,0 (9,8)	p<0,05*
Total (n=195)	152 (77,9)	43,0 (22,1)	

*Segundo o teste do Qui-Quadrado

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

Ao refletirmos sobre o aumento do número de alunos do Curso TSB da ESTES/UFU, procedentes de escola pública a partir dos anos 2000, devemos considerar que, realmente, houve um maior acesso ao ensino médio gratuito no país, a partir do final da década de 1990, como resultado da Emenda Constitucional nº14, de setembro de 1996, que estabeleceu a “progressiva universalização do ensino médio gratuito” (CF 1988, art. 208, II) e da Lei de

Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, que instituiu a “progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio” (LDB 1996, art. 4º, II). Como consequência dessas legislações, entre os anos de 1996 e 2007, as matrículas nessa modalidade de ensino tiveram um aumento de 41,7%. Pessoas com renda mais baixa tiveram maior acesso ao ensino médio, cuja maior procura esteve relacionada com as exigências do mercado (KRAWCZYK, 2009).

A idade média de ingresso no Curso foi de 24,8 anos (DP=5,9; variação= 16 anos a 48 anos). A faixa etária preponderante de ingresso no Curso foi de 20 a 29 anos (Tabela 6)

Tabela 6 – Distribuição das faixas etárias dos egressos participantes do estudo no momento de ingresso no Curso TSB/ESTES/UFU

Faixa etária (anos)	n (%)
Até 19	29 (14,9)
20 - 29	128 (65,6)
30 - 39	34 (17,4)
40 - 50	4 (2,0)
Total	195 (100)

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

Esse resultado está de acordo com o constatado no Censo de 2006 (INEP, 2006) no qual foi verificado que os alunos do ensino médio profissional, matriculados na Área de Saúde tendem a ser mais velhos. Enquanto no conjunto das áreas profissionais a faixa etária predominante dos alunos matriculados é de até 19 anos, compatível com a idade escolar de conclusão do ensino médio, sem atrasos ou interrupções, na Área da Saúde predomina a faixa etária entre 20 e 29 anos, que concentra mais de 50% dos matriculados e concluintes. A elevada faixa etária dos alunos da Área da Saúde está relacionada com o fato de que esses alunos são trabalhadores; não tiveram acesso ao ensino médio e à formação profissional de nível técnico na idade escolar apropriada ou tiveram acesso, mas abandonaram a escola em função da necessidade de trabalhar; são alunos que buscam uma formação profissional após ingressar no mercado de trabalho tendo como perspectiva a ascensão profissional (BRASIL, 2003).

Podemos afirmar que a grande maioria dos egressos do Curso TSB da ESTES/UFU foram alunos trabalhadores, haja vista que cento e treze (57,9%) declararam que trabalharam durante a realização do Curso (Tabela 7). De acordo com os dados coletados na pesquisa, 60% dos egressos fizeram estágio remunerado durante a realização do Curso. Diante desses resultados, é levantada a hipótese de que, como o estágio remunerado oferece vantagens,

como a carga horária compatível com o desenvolvimento do Curso e possibilidade de atuação na área profissional, alguns alunos deixaram o emprego que tinham quando ingressaram no Curso para “trabalhar” no estágio.

Tabela 7 – Profissão exercida pelos egressos durante a realização do Curso TSB/ESTES/UFU

Profissão	n (%)
Auxiliar de Saúde Bucal	36 (31,9)
Secretária	17 (15,0)
Comerciário	16 (14,2)
Professora	9 (8,0)
Doméstica	7 (6,2)
Auxiliar Administrativo	5 (4,4)
Agente de Saúde	4 (3,5)
Operador de Telemarketing	4 (3,5)
Auxiliar de Enfermagem	1 (0,9)
Auxiliar de Serviços Gerais	1 (0,9)
Não declarada	13 (11,5)
Total	113 (100)

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

Entre os motivos que levaram os egressos a optarem pelo Curso TSB/ESTES/UFU, a maior ocorrência foi “para ter uma profissão” (45,7%), seguida por “por ser um curso gratuito” (11,0%) e “por não conseguir passar no vestibular” (9,4%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Motivos que levaram os egressos a optarem pelo Curso TSB/ESTES/UFU

Motivos	n (%)
Para ter uma profissão	112 (45,7)
Por ser um curso gratuito	27 (11,0)
Por não conseguir passar no vestibular	23 (9,4)
Outros motivos	18 (7,3)
Aperfeiçoamento na área	17 (6,9)
Necessidade de onde trabalhava na época	16 (6,5)
Realizar um sonho	15 (6,1)
Interesse financeiro	10 (4,1)
Estava desempregado (a)	5 (2,0)
Não sabe	2 (0,8)
Total de respostas	245 (100)

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

4.1.3 Percurso escolar após a conclusão do Curso

Considerando que após a conclusão de um curso profissional de nível médio existe a possibilidade dos egressos prosseguirem seus estudos em um curso superior, o que pode interferir na atuação profissional dos mesmos, o percurso escolar dos egressos do Curso TSB da ESTES/UFU foi investigado por meio do questionário de pesquisa. Assim, foi verificado que 101 egressos (52,3%) continuaram seus estudos, 87 (44,6%) em um curso superior, a maioria (70%) em instituições privadas e quatorze (7,1%) concluíram um outro curso técnico (Tabela 9). Doze egressos (13,7%) estavam matriculados em instituições de ensino superior no momento da pesquisa.

Tabela 9 – Proporção de egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que fizeram outro Curso, técnico ou superior, segundo o tipo de instituição (Pública ou Privada)

Instituição	Curso	
	Superior n (%)	Técnico n (%)
Pública	26 (30,0)	8 (57,0)
Privada	61 (70,0)	6 (43,0)
Total	87 (100)	14 (100)

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Apenas 35 (34,6%) afirmaram que o fato de ter concluído o Curso TSB influenciou na escolha do novo curso. Durante a realização do novo curso, 68 (68,0%) dos egressos trabalhou como TSB e/ou ASB sendo verificado, nas declarações sobre a importância do curso para os egressos, que a remuneração obtida nesse exercício profissional possibilitou o financiamento do curso de graduação de muitos deles.

Os cursos técnicos nos levam ao mercado de trabalho preparados, nos dando a chance de financiarmos uma graduação na área escolhida. (Q 1990, 3)

Através do curso de TSB é que tive a oportunidade de um emprego melhor, onde minha remuneração era melhor. Através desse emprego tive a oportunidade de concluir a graduação e a especialização. (Q 2003, 9)

Entre os cursos técnicos, o de Prótese Odontológica (n=4) e de Enfermagem (n=3) foram os mais procurados (Tabela 10). Dos cursos superiores, o mais procurado foi Pedagogia

(n=17) seguido por Enfermagem (8), Biologia (7), Administração (6), Odontologia (5) e Direito (5) (Tabela 12).

Tabela 10 – Cursos Técnicos realizados pelos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU

Curso Técnico	n
Prótese dentária	4
Enfermagem	3
Segurança do Trabalho	2
Contabilidade	1
Gestão empresarial	1
Saúde ambiental	1
Segurança pública	1
Tecnologia em alimentos	1
Total	14

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Falta de dinheiro (38,5%) e falta de tempo (27,9%) foram os principais motivos assinalados pelos egressos para justificar o não prosseguimento dos seus estudos no ensino superior (Tabela 11).

Tabela 11 – Motivos relatados pelos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU para o não prosseguimento dos seus estudos no ensino superior

Motivos	n (%)
Falta de dinheiro	47 (38,5)
Falta de tempo	34 (27,8)
Não passou no vestibular	18 (14,8)
Falta de interesse	15 (12,3)
Outros	8 (6,6)
Total de respostas	122 (100)

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Tabela 12 – Cursos superiores realizados pelos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU

Curso Superior	n
Pedagogia	17
Enfermagem	8
Biologia	7
Administração	6
Direito	5
Odontologia	5
Educação física	4
Gestão pública	3
Geografia	3
História	3
Nutrição	3
Ciências Contábeis	2
Letras	2
Normal Superior	2
Serviço social	2
Turismo e hotelaria	2
Artes Plásticas	1
Ciências Biológicas	1
Ciências sociais	1
Design de interiores	1
Engenharia	1
Farmácia	1
Filosofia	1
Gestão ambiental	1
Internet e Roles de Computadores	1
Psicologia	1
Não informou o curso	3
Total	87

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Dos que concluíram outro curso técnico ou superior, 37,6% continuou exercendo a profissão de TSB, 5,9%, de ASB, 49,5% exerceram outras profissões e sete (6,9%) não trabalharam (Tabela 13).

Tabela 13 – Profissões exercidas pelos dos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU após conclusão de outro curso técnico ou superior

Ocupação	n (%)
Outras profissões*	50 (49,5)
TSB	38 (37,6)
Desempregado	7 (6,9)
ASB	6 (5,9)
Total	101 (100)

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

* descrito na Tabela 14

Tabela 14 – Profissões declaradas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que não exerceram função de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e/ou de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) após conclusão de outro curso técnico ou superior

Profissão	n
Professor	13
Assistente administrativo	6
Analista de sistema	3
Técnico em enfermagem	3
Cirurgião-dentista	3
Operador de telemarketing	2
Administração de empresa	2
Gerente de projetos	2
Nutricionista	2
Técnico em Prótese	2
Vendedor	1
Microempresário	1
Assistente jurídico	1
Enfermeiro	1
Engenheiro	1
Assistente social	1
Policia Militar	1
Psicólogo	1
Esteticista	1
Design de interiores	1
Suporte técnico em internet	1
Não declarada	1
Total	50

ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

A reflexão sobre os resultados descritos até aqui permite identificar as principais características do perfil dos egressos pesquisados: a maioria é do sexo feminino, procedentes de escola pública, com necessidade de trabalhar enquanto prosseguem seus estudos e com idade de ingresso no curso profissional em torno de 24,8 anos. Foi também observado na pesquisa que a maioria dos pais e mães desses egressos possui baixa escolaridade.

Ao refletirmos sobre o que levou os egressos a optarem por um curso profissional de nível médio, gratuito, desenvolvido quase que totalmente no período noturno, percebemos que a necessidade de se profissionalizar vem em primeiro lugar. Se considerarmos que as opções “necessidade de onde trabalhava” e “aperfeiçoamento na área” indicam a necessidade de profissionalização daqueles que já ingressaram no mercado de trabalho sem a devida qualificação, a porcentagem da opção “para ter uma profissão” passa a ser a de 60% dos egressos pesquisados.

Para esses jovens, a necessidade de trabalhar (ter uma profissão) e a falta de recursos para o preparo adequado e, assim, concorrer de forma competitiva a uma vaga nas universidades públicas ou mesmo para custear uma faculdade particular, parecem determinantes na “escolha” por um curso técnico de nível médio, oferecido pelo Governo.

Para Elias (1994), cada indivíduo já nasce inserido em uma determinada sociedade e o modo como se desenvolve é dependente não apenas de sua constituição natural, mas, principalmente, da natureza das relações entre ele e as outras pessoas. Essas relações, por sua vez, são determinadas em sua estrutura básica pela estrutura da sociedade. A língua aprendida, bem como o padrão de controle instintivo e a composição adulta que nele se desenvolvem, dependem da estrutura do grupo em que ele cresce e, por fim, de sua posição nesse grupo e do processo formador que ela acarreta. As oportunidades de decisões individuais são prescritas e limitadas pela estrutura específica de sua sociedade e pela natureza das funções que as pessoas exercem dentro dela que, por seu lado, dependem largamente do ponto em que ela nasce e cresce nessa teia humana, das funções e da situação de seus pais e, em consonância com isso, da escolarização que recebeu.

De acordo com Ferretti (1988), o ser humano não é totalmente livre para realizar suas escolhas, visto que elas dependem de um complexo jogo de relações que se estabelecem entre concepções de mundo, valores, crenças e conhecimentos detidos pelo indivíduo e as determinações objetivas que se lhe colocam. Essas determinações podem ser mais ou menos restritivas de sua liberdade de escolha. No geral, tende-se a considerar como gravemente limitadas as opções dos indivíduos oriundos das classes subalternas, pois nesse caso, as

determinações econômicas estabelecem restrições mais graves e abrangentes e resultam em inconcebíveis situações extremas de não escolha:

[...] O que pode existir em maior ou menor proporção são graus de liberdade para que as decisões sejam tomadas. Esses graus de liberdade têm múltipla determinação (idade, sexo, disponibilidade de informação, por exemplo), sendo mais amplas e frequentemente mais decisivas (mas nem por isso, mais transparentes), as determinações decorrentes da condição de classe e das normas e costumes vigentes no contexto onde se situa o indivíduo para quem se coloca a necessidade de realizar opções. [...] No limite, quando os graus de liberdade em relação aos vários determinantes de uma escolha são extremamente restritos, tem-se praticamente uma situação de não escolha (FERRETTI, 1988, p. 142 –143).

Os limites impostos pela condição social da maioria dos egressos aqui pesquisados são, também, verificados quando da análise do percurso escolar dos mesmos após a conclusão do curso técnico. A falta de dinheiro e a falta de tempo foram os principais motivos assinalados pelos egressos para o não prosseguimento dos estudos em um curso superior.

O ensino superior no Brasil é privilégio de poucos. O processo seletivo para o ingresso nas universidades públicas é, sabidamente, muito concorrido, o que dificulta a inserção de alunos trabalhadores, procedentes do ensino médio público, nessas instituições. Assim sendo, um caminho possível, para uma grande parte desses alunos que desejam continuar seus estudos, como foi observado na presente pesquisa, é financiar, com a remuneração recebida no seu trabalho, um curso superior em instituições privadas, cujo ingresso é menos concorrido.

Frente à grande porcentagem de egressos que trabalharam como TSB durante a realização do novo curso e às declarações dos mesmos sobre a importância da remuneração obtida com a profissão de TSB na realização de uma faculdade, pode-se deduzir que a conclusão do Curso TSB/ESTES/UFU possibilitou o prosseguimento de seus estudos.

Interessante notar que poucos fizeram o curso de Odontologia, diretamente relacionada com a profissão de TSB. Podemos inferir que, a grande relação candidato/vaga para esse curso nas instituições públicas e o alto preço da mensalidade nas instituições privadas foram fatores que contribuíram pela não opção por esse curso pelos egressos. Por outro lado, a maior procura pelo curso de Pedagogia por parte dos egressos pode estar relacionada à menor relação candidato/vaga desse curso na rede pública, à menor mensalidade paga pelo mesmo na rede privada e à possibilidade de cursá-lo apenas no período noturno.

Esses resultados sugerem que a trajetória educacional desses egressos foi influenciada por sua classe social. De acordo com Kuenzer (2000), para que as trajetórias educacionais e

profissionais dos jovens deixem de ser socialmente determinadas pela origem de classe, seria necessário que existisse para todos, potencialmente, as mesmas condições de acesso aos bens materiais e culturais socialmente produzidos. Assim, os jovens poderiam exercer o direito à diferença, sem que isso se constituísse em desigualdade, de maneira que

[...] a decisão de não cursar o nível superior corresponda ao desejo de desempenhar uma função que exija qualificação mais rápida, que seja igualmente valorizada socialmente, propiciando trabalho e vida digna; isso exigiria que potencialmente existissem vagas para todos que desejassem ingressar no ensino superior (KUENZER, 2000, p. 27).

As recentes modificações ocorridas no processo de ingresso nas universidades públicas do país, como a destinação de 50% das vagas para alunos procedentes do ensino médio público, vêm ao encontro do citado acima e sinalizam uma ampliação das possibilidades de escolha desses alunos. Porém, considerando-se que é no ensino médio que o aluno se aprimora como pessoa humana, desenvolve autonomia intelectual e pensamento crítico, bem como compreende os fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos e que o nível de aprendizagem nas escolas de ensino médio público é inferior¹³ ao das escolas particulares (KRAWCZYK, 2009), é necessário também que haja uma real melhoria da qualidade do ensino oferecido pela rede pública, para que os egressos da mesma não necessitem mais de políticas de ações afirmativas.

Como pontuado por Kuenzer (2000), para que a escolha por um curso técnico seja de fato livre, se faz necessária, também, uma maior valorização, por parte da sociedade, das profissões de nível técnico.

Conforme os resultados da presente pesquisa, parece-nos legítima a aspiração por um curso superior mesmo entre aqueles que conseguiram se inserir no mercado de trabalho como técnicos, dada a falta de status social e de retorno financeiro das profissões técnicas e a valorização dos cursos superiores como requisito de ascensão social em nossa sociedade. No entanto, o fato de possuir um diploma universitário não representou garantia de um novo emprego para todos esses egressos, visto que muitos continuam exercendo a profissão de TSB e ASB. Nesse contexto, deve-se considerar que, para os egressos empregados no setor público, a obtenção de um nível de escolaridade maior do que o exigido para o exercício da profissão pode significar a progressão na carreira.

¹³ O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB/2005) para estudantes da rede privada foi de 5,6 e para os das redes públicas 3,1. Considerando que a escala é de 0 a 10, constata-se que o nível de aprendizagem é insatisfatório para todos, mas é sensivelmente inferior para as escolas públicas, que respondem por 89,8% das matrículas (KRAWCZYK, 2009).

A busca por uma nova profissão de nível técnico empreendida por alguns egressos pode indicar insatisfação com a profissão de TSB, no que diz respeito à possibilidade de inserção no mercado de trabalho ou no desenvolvimento de sua prática. O contato com alunos de outros cursos técnicos da ESTES pode também ter influenciado na escolha de uma nova profissão técnica por parte desses egressos.

Percebe-se que a oferta de curso profissional de nível técnico da forma sequencial, como o aqui pesquisado, tem uma função social importante, pois representa para muitos egressos do ensino médio uma oportunidade de qualificação necessária para inserção no mercado de trabalho, possibilitando o prosseguimento dos seus estudos em um curso superior. Por outro lado, o fato de o ensino profissional conter, temporariamente, a demanda pelos cursos de graduação (CUNHA, 2000a) e possibilitar aos seus egressos o financiamento de curso superior em instituições particulares, implica reflexões necessárias e críticas sobre o lugar do ensino profissional nas políticas públicas governamentais frente às dificuldades encontradas nas articulações entre os processos educativos e o mercado de trabalho.

4.2 A Prática Profissional dos Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU

Para a análise da percepção dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU sobre sua prática profissional as seguintes subcategorias foram estudadas: inserção no mercado de trabalho; prática profissional (as tarefas desenvolvidas durante o exercício da profissão) e satisfação profissional.

4.2.1 A inserção no mercado de trabalho

O questionário, dirigido aos egressos formados durante o período proposto para essa investigação, ou seja, de 1989 a 2009, foi aplicado nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2011. Desse modo, a pesquisa abrangeu desde egressos que concluíram o Curso há apenas um ano até aqueles com mais de vinte anos de formados. Considerando que a inserção desses profissionais no mercado de trabalho é influenciada por diversos fatores, como as políticas sociais e econômicas do país, que sofreram mudanças no período pesquisado e ainda, que é esperada, com o passar dos anos, uma mudança de profissão por parte de egressos do ensino médio profissional, seja pela busca por melhores oportunidades de trabalho ou pela conclusão

de outro curso profissional ou superior, a obtenção e análise dos dados relativos à inserção dos sujeitos da pesquisa no mercado de trabalho foi estruturada conforme as possibilidades de trabalho dos egressos em sua área de formação, as razões pelas quais alguns egressos não exerceram a profissão para a qual foram formados e a atuação profissional dos egressos no momento da realização da presente pesquisa.

4.2.1.1 Possibilidades de trabalho dos egressos em sua área de formação

Na análise das possibilidades de trabalho dos egressos na sua área de formação a função de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) desenvolvida por alguns dos egressos foi também considerada, pois a habilitação de TSB, conferida pelo Curso, autoriza sua atuação como ASB.

De acordo com os dados obtidos no questionário de pesquisa, após a conclusão do Curso, a maioria dos egressos pesquisados (70,2%) exerceram a profissão de TSB e apenas 13,8% de ASB (Tabela 15).

Tabela 15 – Atuação profissional dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU

Profissão	n (%)
TSB	137 (70,2)
Não atuou	31 (16,0)
ASB	27 (13,8)
Total	195 (100)

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

O tempo de exercício da profissão da maioria dos sujeitos foi acima de cinco anos (63,2%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Tempo de exercício da profissão de TSB e/ou ASB dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU

Anos	n (%)
0 – 2	28 (17,2)
2 – 4	32 (19,6)
5 – 9	30 (18,4)
≥ 10	73 (44,8)
Total *	163 (100)

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia *01 egresso não respondeu

A maioria dos entrevistados (93,9%) considerou que a formação recebida no Curso foi importante para conseguir o emprego na área, que ocorreu em menos de seis meses após a conclusão do Curso para 74 (71,1%) dos entrevistados (Tabela 17).

Tabela 17 – Tempo decorrido entre a conclusão do Curso e a inserção no mercado de trabalho dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU

Intervalo de tempo (meses)	n (%)
≤ 6	74 (71,1)
7-11	9 (8,6)
≥ 12	21 (20,1)
Total de respondentes	104 (100)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

A importância do Curso para o ingresso no mercado de trabalho foi também mencionada por 28 egressos no espaço livre a eles destinado no questionário:

[...] através do curso técnico foi possível entrar no mercado de trabalho rapidamente após a conclusão do ensino médio. (Q 1994, 1)

[...] um profissional qualificado hoje em dia abre muitas portas assim como o meu curso abriu pra mim. Considero que hoje tenho um trabalho graças ao conhecimento que adquiri nesse curso. (Q 1995, 5)

[...] concluir o curso TSB foi muito importante na minha vida para ter uma profissão. Prestei concurso na PMU, passei e estou atuando lá como TSB há 15 anos. (Q 1996, 4)

[...] curso foi muito importante na minha vida, depois que formei nunca me faltou trabalho. (Q 2007, 17)

Os locais de trabalho dos egressos que atuaram na área de formação proporcionada pelo Curso estão descritos na Tabela 18. Os dados evidenciam o predomínio da rede privada de prestação de serviços odontológicos na absorção dos egressos do Curso (68,2%) representado principalmente pelas clínicas privadas (59,7%). No setor público, a PMU foi o maior empregador dos egressos (35,9%), seguido pela UFU (20,7%).

Tabela 18 – Local de trabalho dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que exerceram as funções de TSB e/ou ASB após a conclusão do Curso *

Local de trabalho	n (%)
Clínica Privada	98 (59,7)
PMU	59 (35,9)
UFU	34 (20,7)
Universidade Privada	14 4 (8,5)
Sistema S	14 (8,5)
Outro	4 (2,4)
Total de respondentes	164 (100)

UFU = Universidade Federal de Uberlândia; PMU = Prefeitura Municipal de Uberlândia; Sist.S = Sistema S; ESTES = Escola Técnica de Saúde

*Alguns egressos declararam que atuaram como TSB ou ASB em mais de um dos locais listados acima.

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

Os dados da Tabela 19 evidenciam que a maioria dos egressos que atuou na área de formação teve baixa remuneração, visto que 100 (60,9%) deles declararam receber até dois salários mínimos mensais e 24(14,6%) apenas um salário mínimo. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre a quantidade de salários mínimos recebidos pelos egressos segundo a época de conclusão do Curso (1989-1999 versus 2000-2009), maior para os 81 titulados entre 1989 e 1999, dos quais 34 (41,9%) declararam receber três salários mínimos ou mais. Verifica-se também maior porcentagem de egressos que recebem apenas um salário mínimo (25,3%) entre os formados depois de 1999.

Tabela 19 – Renda mensal em número de salários mínimos dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que exerceram as funções de TSB e/ou ASB de acordo com o período de conclusão do Curso

Período de conclusão do curso	salários mínimos (n%)			P valor*
	1	2	≥ 3	
1989-1999	3/81 (3,7)	44/81 (54,3)	34/81 (41,9)	
2000-2009	21/83 (25,3)	56 /83 (67,4)	6/83 (7,2)	< 0.0001
Total geral	24 /164 (14,6)	100/164 (60,9)	40/164 (24,3)	

*teste do Qui-Quadrado

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Entre os 35 egressos que escreveram sobre a importância do Curso na vida pessoal e/ou profissional no espaço livre a eles reservado no final do questionário, quatorze, a maioria (71,5%) formada na década de 90, fizeram referência à importância da remuneração recebida

com a profissão conquistada através do Curso no orçamento doméstico, na conquista de bens materiais e na continuidade dos estudos, como evidenciado nas narrativas abaixo:

[...] curso de TSB me deu tudo que tenho na vida. Sem ele, com certeza, não teria criado muito bem os meus filhos, ele me deu o meu sustento. (Q 1993, 8)

[...] o curso foi um marco na minha vida profissional e pessoal, pois foi através dele que consegui um emprego onde estou até hoje (15 anos). Várias conquistas pessoais vieram como minha casa própria, carro, melhores condições de estudo para os filhos e outros, todos vindos do meu trabalho como TSB. (Q 1994, 3)

[...] no meu caso, o curso TSB foi muito importante, pois é através do meu trabalho de TSB que cuido do meu orçamento doméstico. (Q 1995, 3)

4.2.1.2 Atuação profissional dos egressos no momento da realização da presente pesquisa

A maioria dos egressos (89,2%) encontrava-se trabalhando no momento do levantamento, 84,6% deles no município de Uberlândia. Setenta e nove (40,5%) informaram que estavam exercendo a profissão de TSB, 7,7% de ASB, 41,0% atuavam em outra profissão. Quase a metade (46,0%) dos egressos inseridos no mercado de trabalho no momento da pesquisa não estava atuando na profissão para a qual estudaram (Tabela 20).

Entre as profissões declaradas, a de professor, exercida por treze egressos, a de assistente administrativo e de operador de *telemarketing*, exercidas por dez egressos cada uma, são as mais citadas. Cinco egressos atuam como técnicos em outras áreas profissionais (prótese odontológica e enfermagem). Vinte declararam atuar em profissões para as quais é exigido o diploma de graduação (psicólogo, professor, nutricionista, engenheiro, cirurgião-dentista e enfermeiro) (Tabela 21).

Tabela 20 – Profissões declaradas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU no momento da realização da presente pesquisa

Profissões	n (%)
Outras Profissões	80 (41,0)
TSB	79 (40,5)
Desempregado	21 (10,8)
ASB	15 (7,7)
Total	195 (100)

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

Tabela 21 – Profissões declaradas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que não exerceram a função de TSB e/ou ASB

Profissões	n
Professor	13
Assistente administrativo	10
Operador de telemarketing	10
Vendedor	5
Microempresário	4
Secretária	4
Analista de sistema	3
Cirurgião-dentista	3
Técnico em enfermagem	3
Administração de empresa	2
Assistente técnico em educação	2
Auxiliar de serviços gerais	2
Cabeleireira	2
Gerente de projetos	2
Nutricionista	2
Técnico em Prótese	2
Não declarada	2
Assistente jurídico	1
Assistente social	1
Design de interiores	1
Enfermeiro	1
Engenheiro	1
Esteticista	1
Gerente de clínica odontológica	1
Psicólogo	1
Suporte técnico em internet	1
Total	80

ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO

Quanto à renda mensal, nenhum egresso que atua como ASB possui renda superior a dois salários mínimos. No entanto, 19 (24,7%) e 38 (48,1%) dos que atuam como TSB e em outras profissões, respectivamente, possuem renda mensal nessa faixa salarial. Metade dos egressos declarou que é responsável por 50,0% ou mais do seu orçamento doméstico.

A relação entre a renda mensal e período de conclusão do Curso revelou que o número de egressos que recebem mais de dois salários mínimos é maior entre os que concluíram o Curso na década de 90 (Tabela 22).

Tabela 22 – Renda mensal (salários mínimos) dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU de acordo com o exercício profissional e o período de conclusão do Curso

Período	ASB (n=15)		TSB (n=77)		outras profissões (n=79)	
	nº salários (%)		nº salários		nº salários	
	≤ 2	>2	≤ 2	>2	≤ 2	>2
1989 - 1999	6 (40,0)	0 (0)	30 (39,0)	14 (18,2)	10 (12,7)	23 (29,1)
2000 - 2009	9 (60,0)	0 (0)	28 (36,3%)	5 (6,5)	31 (39,2)	15 (19,0)
Total	15 (100)	0 (0)	58 (75,3%)	19 (24,7)	41 (51,9)	38 (48,1)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

A maioria dos TSB (67,0%) está atualmente empregada no setor público. No entanto, foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre o local de trabalho dos egressos pesquisados (setor público ou privado), segundo a época de conclusão do Curso (1989-1999 versus 2000-2009) para os que atuam como TSB. Verificou-se aumento significativo no número de egressos empregados no setor privado (em relação ao setor público) a partir do ano 2000 (Tabela 23).

Tabela 23 – Características dos locais de trabalho (Público/Privado) dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU no momento da realização da pesquisa, de acordo com o exercício profissional (TSB/ASB) e o período de conclusão do Curso

Período	ASB (n=15)		Pvalor	TSB (n=79)		Pvalor
	Público n (%)	Privado n (%)		Público n (%)	Privado n (%)	
1989-1999	4 (26,6)	1 (6,6)	0,2684	43 (54,4)	3 (3,7)	
2000-2009	3 (20,0)	6 (46,6)		10 (12,6)	23 (29,1)	0,0005*
Total	7 (46,6)	8 (53,3)		53 (67,0)	26 (32,9)	

*teste do Qui-Quadrado

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Enquanto que a mediana de horas trabalhadas diariamente pelos egressos que atualmente exercem a função de TSB é de 6 horas, a dos demais egressos é de oito horas (Tabela 24).

Tabela 24 – Carga horária diária de trabalho dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU no momento da realização da pesquisa, de acordo com o exercício profissional

Exercício Profissional	Variação (horas)	média	mediana	DP
ASB	6 - 8	7,1	8	1,03
TSB	4 - 10	6,5	6	1,34
Outra profissão	4 - 12	7,4	8	1,96

ASB = *Auxiliar de Saúde Bucal*; TSB = *Técnico em Saúde Bucal*; ESTES = *Escola Técnica de Saúde*; UFU = *Universidade Federal de Uberlândia*; DP = *Desvio Padrão*

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

A maioria dos que afirmaram atuar como ASB e TSB é registrada em carteira ou possuem contrato de trabalho pelo regime estatutário. Apenas duas TSB que atuam no setor privado declararam não possuir registro em carteira (Tabela 25).

Tabela 25 – Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU com registro em regime de Consolidação de Leis do Trabalho (CLT) ou regime estatutário conforme a categoria profissional

Exercício Profissional	n (%)
ASB (n=15)	15 (100)
TSB (n=79)	77 (97,5)

ASB = *Auxiliar de Saúde Bucal*; TSB = *Técnico em Saúde Bucal*; ESTES = *Escola Técnica de Saúde*; UFU = *Universidade Federal de Uberlândia*

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Quanto à função registrada em carteira ou no contrato de trabalho, a maioria dos que declararam atuar como TSB é registrada nessa função (84,4%). No setor privado, três TSB são registradas como secretárias; quatro como auxiliar de consultório ou ASB, quatro como técnicos de laboratório odontológico e duas não são registradas. No setor público, apenas uma não é registrada como TSB e sim como auxiliar de enfermagem. Entre os egressos que afirmaram atuar como ASB, dois são registrados como TSB (uma no setor público e outra no privado), onze como Auxiliar de Consultório ou ASB e duas como auxiliar administrativo.

A maioria dos TSB (77,2%) e dos ASB (73,3%) está registrada no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CROMG) (Tabela 26). Observa-se redução estatisticamente significativa no número de egressos que possuem registro no conselho da categoria (93,5% versus 54,5%), segundo o tempo de formado (1990-1999 versus 2000-2009) (Tabela 27).

Tabela 26 – Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU com registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), conforme o exercício profissional

Exercício Profissional	n (%)
ASB (n=15)	11 (73,3)
TSB (n=79)	61 (77,2)

ASB = *Auxiliar de Saúde Bucal*; TSB = *Técnico em Saúde Bucal*; ESTES = *Escola Técnica de Saúde*;
UFU = *Universidade Federal de Uberlândia*

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Tabela 27 – Egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, atuantes como TSB com registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), conforme período de conclusão do Curso

Período	n (%)	Pvalor
1989-1999 (n=46)	43 (93,5)	<0,05*
2000-2009 (n=33)	18 (54,5)	

*teste do Qui-Quadrado

ASB = *Auxiliar de Saúde Bucal*; TSB = *Técnico em Saúde Bucal*; ESTES = *Escola Técnica de Saúde*;
UFU = *Universidade Federal de Uberlândia*

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

4.2.1.3 Razões pelas quais alguns egressos não exerceram a profissão para a qual foram formados

Trinta e um egressos (16%) não atuaram na profissão em que se formaram. Entre as razões por eles alegadas, a baixa remuneração (28,1%) foi preponderante, seguida pela falta de oportunidade de trabalho na área (15,7%) e pela opção de permanecer na profissão exercida antes da conclusão do Curso (14,3%). O início de um curso superior (12,5%) e o interesse por outra área profissional (9,3%), também foram apontados como razões para o não exercício da profissão de TSB (Tabela 28).

Tabela 28 – Motivações referidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU para não exercer a profissão de Técnico em Saúde Bucal

Motivações	n (%)
Baixo salário	9 (28,1)
Outros motivos não declarados	6 (18,7)
Falta de oportunidade	5 (15,7)
Continuou exercendo a profissão que tinha antes de concluir o curso	5 (15,7)
Ingresso no ensino superior	4 (12,5)
Interesse por outra área	3 (9,3)
Total	32 (100)

TSB = *Técnico em Saúde Bucal*; ESTES = *Escola Técnica de Saúde*; UFU = *Universidade Federal de Uberlândia*

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Foi também observado em nossa pesquisa que 45 (56,2%) dos egressos que atualmente exercem alguma das profissões listadas na Tabela 8 trabalharam anteriormente como TSB e 10 (12,5%) como ASB. Os baixos salários oferecidos à categoria relacionados, principalmente, com a falta de valorização dessa profissão por parte dos cirurgiões-dentistas e com a falta de legislação que, efetivamente, proteja o exercício profissional, foram ressaltados como motivos para não mais exercer a profissão de TSB nos registros feitos pelos egressos no espaço livre a eles reservado no final do questionário:

O curso foi importante para que eu conseguisse o primeiro emprego. No entanto, os baixos salários, a exploração e a desvalorização por parte dos dentistas me fizeram desistir. (Q 2007,20)

[...] fiquei muito decepcionada com o mercado de trabalho, porque o cirurgião-dentista não valoriza a nossa profissão e eu não pretendo trabalhar mais na área devido à essa falta de consideração. Investindo tanto tempo estudando e nos preparando para qualificarmos e no final o salário é muito pequeno. Mas eu amei fazer o curso, a profissão em si é muito importante e muito gostosa de trabalhar, mas por enquanto não é o suficiente para mim. (Q 2008,5)

O curso em si é bom, porém o mercado é ruim. O dentista não reconhece o valor do TSB, prefere ele mesmo treinar uma pessoa e, quando um TSB é empregado, o salário não corresponde ao de um profissional de nível técnico, mas de um profissional que tenha apenas ensino fundamental. A reforma deve ocorrer primeiro verticalmente, com leis que obriguem os consultórios a empregar pessoal especializado, que fixem um piso salarial justo à formação. Sem esse reconhecimento, como o CD poderá nos valorizar? Sem esse reconhecimento, como fica a realização profissional do TSB? Acredito que a UFU e a comunidade acadêmica deveriam realizar uma forte pressão sobre a elaboração e execução dessas leis, pois sem apoio, reconhecimento e incentivo, a profissão está fadada à extinção. (Q 2003,17)

Cento e cinquenta e seis egressos opinaram acerca do grau de importância do seu trabalho para os cirurgiões-dentistas. Quase a metade (44,9%) considerou que seu trabalho é pouco valorizado pelos cirurgiões-dentistas e 15 (9,6%), desvalorizado (Tabela 29).

Tabela 29 – Opiniões dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU sobre o grau de importância do seu trabalho para os Cirurgiões-Dentistas (CD)

Importância do trabalho do TSB e ASB para o CD	n (%)
Pouco valorizado	70 (44,9)
Valorizado	62 (39,8)
Desvalorizado	15 (9,6)
Muito valorizado	9 (5,7)
Total	156 (100)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Pode-se afirmar que os egressos do Curso TSB/ESTES/UFU tiveram uma boa inserção no mercado de trabalho, a maioria exercendo a profissão para a qual foram formados por mais de cinco anos. Foi verificado também que a maioria dos egressos que atualmente exercem a profissão de TSB está empregada no setor público. A maior inserção dos TSB no setor público também foi verificada em pesquisas realizadas em outras regiões do país como a de Ribeiro, Fischer e Marques (1999); Aquino e Miotto (2005); Bonan *et al.* (2009).

As declarações dos egressos que exercem a profissão de TSB sobre a importância do Curso quanto à inserção no mercado de trabalho e para sua realização profissional e pessoal atestam que o Curso TSB da ESTES/UFU correspondeu ao objetivo de muitos deles quando optaram por um curso técnico, ou seja, o de “ter uma profissão”.

No entanto, quando prosseguimos em nossa análise, verificamos que, atualmente, quase a metade dos egressos do referido Curso não atuam na profissão. Para a compreensão dessa realidade, é importante, primeiramente, analisar os motivos que levaram 16% dos pesquisados a não exercerem a profissão de TSB e/ou ASB. Como observado na pesquisa realizada por Sbravati *et al.* (1999), a baixa remuneração oferecida à categoria e a pouca oportunidade de emprego para o TSB são os principais motivos que levam esses profissionais a desistirem de trabalhar na área odontológica. Com efeito, como constatado no presente trabalho e em pesquisas realizadas em outras regiões do Estado de Minas Gerais (FERREIRA *et al.*, 2001; BONAN, 2009 e OLIVEIRA, 2012), a renda mensal da maioria dos TSB é baixa, variando de um a dois salários mínimos, enquanto que no estado de São Paulo, como observado na pesquisa realizada por Liñan e Bruno (2007), os TSB recebem uma melhor remuneração, de dois a quatro salários mínimos.

Foi verificado também, nas declarações dos egressos que deixaram de exercer a profissão de TSB, que a baixa remuneração da categoria, fator principal do não exercício da profissão, está relacionada com a pouca valorização da profissão de TSB pelos cirurgiões-dentistas e com a falta de fiscalização do exercício profissional dos auxiliares da Odontologia.

O mercado de trabalho para o TSB e ASB apresenta características distintas entre o setor público e o privado. Em geral, comparado ao setor privado, o setor público oferece maiores vantagens ao trabalhador, como contrato de trabalho, salários correspondentes ao piso salarial da categoria, estabilidade de emprego, plano de carreira, etc. Essas vantagens fazem com que exista um forte interesse de várias categorias profissionais, como o TSB, pelo emprego nesse setor.

De grande importância para a inserção dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU no mercado de trabalho de Uberlândia e região, principalmente no setor público, foi a Resolução nº 157/87 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) que determinou a exigência, para inscrição do ASB e TSB em seus conselhos regionais, do certificado de conclusão de curso que atendesse ao disposto no Parecer nº 460/75 do CFE. Tal Resolução teve como objetivo impedir o exercício informal dessas profissões após a data-limite de 31/12/88 (CFO, 2000). A partir daí, o setor público, representado no município de Uberlândia, pela Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) e a UFU, passou a exigir dos candidatos aos seus cargos de TSB o diploma de conclusão do referido curso.

Na presente pesquisa verificamos que, na década de 1990, a Prefeitura Municipal de Uberlândia iniciou seu Programa de Atenção Odontológica em que as equipes de saúde bucal, formadas por cirurgiões-dentistas e TSB, foram responsáveis pelas ações desenvolvidas nos Programas de Saúde Escolar e nas Unidades Básicas de Saúde (UBERLÂNDIA, 1991). Esse Programa absorveu um grande número dos egressos formados pelo Curso TSB/ESTES/UFU, principalmente na década de 1990. Cabe aqui ressaltar que um dos objetivos da criação do referido Curso foi solucionar a falta de pessoal qualificado para atuar nesse Programa (ESTES,1987), o que ficou evidenciado no presente estudo haja vista que, entre os egressos que participaram da pesquisa, cinquenta e nove relataram ter atuado nas equipes de saúde bucal da PMU. Da mesma forma que a PMU, a UFU, a partir da década de 1990, passou a exigir o diploma de conclusão do curso TSB para preenchimento de suas vagas.

Diante do exposto, fica evidente que, na década de 1990, as oportunidades de trabalho para o egresso do Curso TSB/ESTES/UFU no setor público de Uberlândia eram amplas, o que justifica o fato de que, atualmente, a maior parte dos egressos empregados no setor público concluiu o Curso entre os anos de 1989 e 1999. Foi também constatado na presente pesquisa que os salários oferecidos ao TSB nesse setor são superiores aos oferecidos pelo setor privado, visto que o número de egressos que recebem mais de dois salários mínimos é maior entre os que concluíram o Curso no referido período.

Considerando as melhores condições de trabalho oferecidas pelo setor público, é de se esperar que esses trabalhadores permaneçam no setor por longos períodos de tempo. Assim sendo, a contratação de novos profissionais, geralmente, ocorre quando há a ampliação dos serviços de assistência e conseqüente aumento do número de vagas no setor.

Pesquisa realizada por Oliveira (2011) junto a TSB atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no estado de Minas Gerais, demonstrou que quase a metade deles foi

diplomada entre os anos 2004 e 2007 e que a maioria foi admitida nesse setor entre os anos de 2004 e 2009. Para a referida autora, esse fato está relacionado com o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal, que aumentou repasses financeiros para as Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia da Saúde da Família (ESF), o que concorreu para o incremento do número dessas equipes no estado, passando de 65, em 2004, para 545, em 2010.

A inclusão de equipes de saúde bucal na ESF surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, com o objetivo de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas (BRASIL, 2001). A composição da equipe de saúde bucal, o sujeito do novo processo de trabalho em saúde instituído pelo SUS, pode ser feita sob a forma da modalidade I (cirurgião-dentista + ASB ou TSB) ou da modalidade II (cirurgião-dentista + TSB). Entretanto, apenas na modalidade II é imprescindível a presença do TSB.

O empenho do Ministério da Saúde na formação das equipes de saúde bucal ficou evidenciado no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica da Portaria Ministerial nº 267 de 06/03/2001 (BRASIL, 2001), quando considerada a enorme discrepância entre o número de cirurgiões-dentistas e o de recursos humanos auxiliares, existentes na época, foi proposta a formação de 1.897 ACD e 2.151 THD por meio de cursos gestados por Escolas Técnicas Profissionalizantes do SUS/Centros Formadores de Recursos Humanos e, onde não existissem, por meio de alianças com parceiros habilitados e aptos a certificarem seus egressos.

Como mencionado anteriormente, a partir de 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada “Brasil Sorridente”, impulsionou a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. No entanto, os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2009) revelaram que a grande maioria dessas equipes é da modalidade I, que não necessariamente empregam o TSB. Zanetti (2012), tendo como base os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), observou que, atualmente, nas mais de 20 mil ESB implantadas no país, os postos de trabalho para o CD, TSB e ASB são, respectivamente, distribuídos formalmente da seguinte maneira: 48%, 4% e 48%. Portanto, fica claro que a expansão dos postos de trabalho da área odontológica no SUS não expandiu, efetivamente, o campo de trabalho dos TSB no setor público.

Pesquisas realizadas pelo autor acima citado apontaram que a ausência do TSB na ESB diminui a cobertura populacional dessas equipes, pois enquanto uma equipe de modalidade I sem a presença do TSB consegue adscrever¹⁴ apenas três mil habitantes, essa mesma equipe, com a presença do técnico, poderia adscrever o dobro. Desse modo, a ausência do TSB na ESB dobra o custo unitário de cada alta clínica e o custo de implantação de cada ESB e evidencia que a escolha por uma ESB de modalidade I, como é feita na maioria dos municípios do país, não é eficaz para a universalização do acesso à assistência eletiva, devido à baixa adscrição obtida quando há a falta do TSB na equipe. Assim sendo, para o referido autor, a maior falha normativa da política de implantação das ESB é ter admitido o TSB como variável nessas equipes.

Frente a essas constatações, a forma não racional como se deu a implantação no país, a partir de 2004, das ESB de modalidade I sem a presença do TSB é explicada pela expansão rápida, sem planejamento, do Programa de Saúde Bucal devido às pressões político-eleitorais e político-profissionais, bem como à ausência de contrapartidas financeiras, políticas e técnicas dos estados e municípios aos esforços federais. Somados a esses fatores estão, como resultado do recente embate político sobre a divisão do trabalho na equipe odontológica, a falta de valorização do trabalho do TSB na assistência clínica direta e o direcionamento da atuação dos mesmos para a prevenção das doenças bucais (ZANETTI, 2012).

Presencia-se, portanto, no país, um conflito entre as políticas governamentais que de um lado estimulam a formação do TSB, necessário para a composição das ESB de modalidade II comprovadamente mais eficaz para a expansão qualificada da assistência odontológica e, de outro, restringe a inserção dos mesmos nos serviços públicos, ao permitir a composição das equipes sem a presença do TSB.

Conforme os dados levantados, até o momento da presente pesquisa, o município de Uberlândia contava apenas com uma equipe de saúde bucal na ESF (BRASIL, 2011b). Infelizmente, portanto, o esperado aumento de oportunidade de trabalho do TSB no setor público, a partir principalmente de 2004, por meio da inserção dos mesmos nas equipes de saúde bucal da ESF ainda não ocorreu no município de Uberlândia. Podemos inferir que esse fato contribuiu para que a maioria dos egressos aqui pesquisados, formados no período de 2000 a 2009, tivessem pouca inserção nesses serviços.

Diante do exposto, entende-se que é importante que os governos municipais apresentem políticas responsáveis de saúde bucal como a efetiva inserção no modelo de

¹⁴ adscrever significa tornar-se responsável pela população de uma área geográfica.

assistência odontológica preconizada pela Política Nacional Brasil Sorridente ampliando o número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família com a presença do TSB.

Teoricamente, os setores de assistência odontológica oferecem um amplo mercado de trabalho para o TSB. De acordo com Kovalesski *et. al.* (2005), em contraste com a situação do CD no Brasil, em que há plethora profissional, existe falta de pessoal auxiliar no mercado, principalmente de TSB, o que levou o autor a considerar a necessidade de aumento na formação desse profissional como forma de garantir o acesso da população aos serviços odontológicos.

Com efeito, como enfatizado no Plano do Curso TSB/ESTES/UFU de 2003 (ESTES, 2003), uma simples análise da relação número de cirurgiões-dentistas (1.106) / TSB (140), do município de Uberlândia, inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais no em 2002, e da quantidade de odontólogos diplomados por ano apenas pela UFU (em torno de oitenta) e de TSB formados pela ESTES/UFU (em torno de quinze), percebemos o quanto o mercado de trabalho é potencialmente favorável ao egresso do Curso TSB/ESTES/UFU, fato comprovado na presente pesquisa quando se verificou a grande inserção desses egressos nos serviços odontológicos do município, principalmente no setor privado.

Cabe ressaltar o papel do Setor de Relações Empresariais da ESTES/UFU que, em constante contato com o mercado de trabalho, atende as demandas do momento e verifica as perspectivas de incremento da procura por seus profissionais. É responsabilidade desse Setor identificar e estabelecer convênios com instituições, laboratórios, empresas ou potenciais locais de estágio que ofereçam as melhores oportunidades ao aluno de conjugar os conhecimentos adquiridos nas aulas com a realidade do mundo do trabalho. Embora não haja, por parte do Projeto Pedagógico da ESTES, o compromisso com a empregabilidade de seus egressos, o Setor mantém, em seu banco de dados, um cadastro constantemente atualizado, a partir de informações enviadas pelos ex-alunos, sobre as necessidades de novas ocupações que é sempre consultado frente às solicitações que chegam ao setor, dada a necessidade desses profissionais no mercado de trabalho. Ao longo dos anos de oferta do Curso TSB, o Setor identificou uma grande procura por seus egressos, gerando empregos em todas as especialidades odontológicas. No entanto, cabe aqui enfatizar que a maioria das vagas, oferecidas ao egresso do Curso TSB, é para a atuação como ASB nas clínicas e consultórios odontológicos da rede privada.

O fato de não existir, no município de Uberlândia, até o momento da realização desta pesquisa, nenhuma instituição pública que oferecesse um Curso de ASB e, sendo a

ESTES/UFU a única instituição, na cidade, formadora de TSB que pode atuar legalmente também como ASB, era de se esperar que as vagas disponíveis para esse profissional fossem preenchidas pelos egressos aqui pesquisados. Ou seja, frente às poucas oportunidades de trabalho como TSB, esses egressos atuavam como ASB no setor privado.

No entanto, foi também verificado na presente pesquisa que poucos egressos permaneceram no setor privado, pois como relatado anteriormente, 41% dos egressos pesquisados, atualmente, não exercem a profissão de TSB ou ASB e, entre aqueles que a exercem, a maioria (67%) está lotada no setor público. Também Bonan *et al.* (2009) encontraram, em sua pesquisa, uma pequena porcentagem (7,8%) de egressos inseridos na prática privada e um relevante percentual de egressos atuando em profissões não relacionadas com a de TSB. Pesquisas realizadas por Garcia *et al.* (2004), Queluz (2005), Paranhos *et al.* (2009) também atestaram o baixo percentual de TSB inseridos no setor privado no país.

De acordo com os dados coletados por meio do questionário de pesquisa, entre os 26 egressos que declararam atuar, no momento da realização da pesquisa, como TSB e/ou ASB no setor privado, a maioria foi diplomada no período de 2000 a 2009. Analisando os dados colhidos nesse grupo de egressos, verificamos que é nesse grupo que se concentram os menores salários, maior número de egressos que não possuem registro no CRO e que não são registrados nos serviços com a função de TSB.

O registro em carteira de trabalho de TSB como ASB, bem como o desses dois profissionais como secretárias e recepcionistas foi, também, apontado nas pesquisas realizadas por Queluz (2005) e Paranhos *et al.* (2009). Esse quadro é resultado do fato de o salário ser proporcional à função registrada em carteira. Como um TSB tem remuneração maior do que a um ASB, que por sua vez recebe mais do que uma secretária, o cirurgião-dentista, obedecendo à consolidação das leis trabalhistas, que impede o trabalho sem registro em carteira, registra seus auxiliares em funções que requerem menor remuneração (QUELUZ, 2005).

A contratação de Técnicos na função de Auxiliar também foi verificada por Cerqueira *et al.* (2013) em um estudo de acompanhamento de egressos da Escola Técnica de Saúde da Universidade de Montes Claros (Unimontes). Entre os egressos do Curso TSB daquela instituição, 32,3% exercem a função para a qual foram formados e 32,3% exercem a função de Auxiliar de Saúde Bucal.

Essa realidade não está restrita à área de saúde bucal, atingindo também, por exemplo, os técnicos em enfermagem. Os autores acima citados constataram que as instituições de

saúde exigem, para a contratação do trabalhador na função de auxiliar de enfermagem, o certificado de técnico em enfermagem. Desse modo, eles exercem a função de técnicos, mas são remunerados como auxiliares. Esses resultados evidenciam que, ao contrário do postulado pelos defensores da lógica da teoria do capital humano que associaram o sucesso individual ao acúmulo de conhecimentos ou de certificações, os fatores determinantes da inclusão dos trabalhadores no mercado de trabalho dependem, de fato, das demandas do processo produtivo e não da presença ou da ausência de qualificação da força de trabalho (KUENZER, 2007).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. A forma como foi feita a inscrição do ACD, atual ASB na CBO de 1994, muito contribuiu para a situação descrita acima, pois ela foi considerada similar à de auxiliar de dentista e recepcionista de consultório médico ou dentário, o que dificultou a identidade desses profissionais e, conseqüentemente, a obtenção de seus direitos trabalhistas (QUELUZ, 2005).

A possibilidade de registro desses auxiliares como secretárias e recepcionistas colaborou para que houvesse uma maior oferta de mão de obra para o exercício dessas funções. De acordo com Leite e Pinto (1983, p. 43), essa opção vem ao encontro dos interesses econômicos dos cirurgiões-dentistas que

[...] historicamente, não vêm motivos para contratar pessoal com treinamento específico que seguramente lhe pediria salários bem mais altos que os costumeiramente pagos para leigos pinçados em um mercado com ampla oferta de mão de obra primária, para a qual o aprendizado de uma nova função é tido como dádiva que condiciona uma remuneração inicial baixa.

A descrição acima indica que, na concepção desses cirurgiões-dentistas, a realização das tarefas que deveriam ser executadas por um “auxiliar de consultório” por, supostamente, não interferir no resultado final de seu trabalho e na preservação da saúde de seus pacientes, não demanda profissionais qualificados por meio do ensino formal, mas apenas de leigos devidamente treinados. Se já na década de 1980 essa prática foi questionada de forma categórica, com o advento da AIDS, na década de 1990, e de novas normas de biossegurança decorrentes, atualmente, ela é considerada irresponsável e inadmissível.

A exigência de registro no CRO para aqueles que exercem a função de ASB e TSB data de 1984 (CFO, 2000). Já a exigência de diploma de conclusão de curso, para a inscrição

nesse Conselho, data de 1987 (Resolução 157/87, CFO). Esta última exigência valeu apenas para o TSB, pois para o ASB, a inscrição sem o correspondente certificado de conclusão de curso continuou sendo aceita, praticamente, até a aprovação da Lei 11.889, em 2008, o que parece indicar que a concepção sobre a importância do trabalho do auxiliar no atendimento odontológico, descrita acima, continuou válida até muito recentemente.

Cabe aqui ressaltar ainda que, de acordo com o Código de Ética Odontológica, a utilização de serviços prestados por profissionais não habilitados legalmente ou por profissionais da área odontológica não regularmente inscritos no conselho regional de sua jurisdição, constitui infração ética (CFO, 2003).

Como demonstrado em recentes pesquisas (QUELUZ, 2005; TOMASSO, 2001; PARANHOS *et al.*, 2009), ainda é comum o treinamento em serviço de auxiliares odontológicos. Esses trabalhadores, mesmo não sendo registrados como TSB ou ASB, muito frequentemente, executam funções atribuídas a essas profissões pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). Como resultado dessa prática, temos um grande número de auxiliares prestando serviço à população sem habilitação específica para a função que desempenham, recebendo baixos salários e ocupando as vagas de trabalho que deveriam ser preenchidas por profissionais habilitados e inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO), órgão responsável pela fiscalização do exercício dos profissionais da área odontológica.

A falta de regulamentação das profissões de TSB e ASB contribuiu para a fraca inserção desses profissionais no mercado de trabalho, principalmente no setor privado, fato esse percebido e registrado por alguns dos egressos pesquisados (Q 2003,17). Isso parece explicar, pelo menos parcialmente, a queda observada, no presente trabalho, no número de egressos inscritos no CRO que se mostrou menor entre os diplomados depois do ano 2000.

De acordo com a atual legislação (Lei 11.889/2008), para o exercício da profissão de TSB e ASB é necessária inscrição no CRO. Nesse sentido, Paranhos *et al.* (2009) alertam que o auxiliar sem registro no CRO, quando extrapola suas funções, ou seja, desenvolve tarefas que são restritas às funções de TSB ou ASB, responde pelo exercício ilegal da Odontologia, podendo se enquadrar no art. 282 do Código Penal Brasileiro, que rege o exercício ilegal da profissão, com pena de detenção e possível multa.

Não se pode desconsiderar, nessa breve análise das dificuldades de inserção do TSB e ASB no setor privado de serviços odontológico, a crise vivida por esse setor nos últimos tempos. De acordo com Morita (2010) em 2008, o Brasil contava com 220.000 cirurgiões-dentistas, aproximadamente 20% do total existente no mundo. A esse enorme contingente foi

somado, a cada ano, os profissionais graduados pelos 197 cursos de Odontologia existentes no país. Além disso, distribuição desses profissionais no território brasileiro é desigual, com altíssima concentração (58,3%) na região Sudeste.

A análise dos potenciais consumidores dos serviços odontológicos privados, realizada por Moysés (2004), demonstrou que apenas 30% da população brasileira tem acesso anual aos serviços odontológicos públicos e privados e, dentro desse contingente, somente aqueles que possuem renda acima de 10 salários mínimos, ou seja, não mais do que 9,4%, poderia sustentar o custo de um tratamento odontológico na rede privada de forma regular. O autor observou ainda que, entre os anos de 1996 e 2003, o número de cursos de Odontologia saltou de 90 para 165. Nesse mesmo período, a população cresceu em torno de 1,8 % ao ano e, o aumento do número de dentistas foi de 2,5% ao ano. Como resultado desse quadro, tem-se, no Brasil, cirurgiões-dentistas progressivamente sem pacientes em seus consultórios, dependentes de convênios/credenciamentos, que é uma forma indireta de assalariamento, com duplo vínculo com emprego público ou privado, e com baixa renda familiar (MOYSÉS, 2004).

Diante dessa realidade, compreende-se porque a contratação, na rede privada de serviços odontológicos, de TSB para o aumento da produtividade do setor é questionada por muitos cirurgiões-dentistas. Tomasso (2001) e Paranhos *et al.* (2009) constataram que entre os motivos referidos pelos cirurgiões-dentistas para não contratar o TSB estão as dificuldades financeiras e o fato de não considerarem necessário o trabalho desse profissional em seus consultórios ou clínicas.

Como demonstrado na presente pesquisa, se por um lado, o maior número de vagas regularmente oferecidas está no setor privado, na realidade, as condições de trabalho oferecidas pelo setor não condiz com a qualificação e expectativas dos egressos do Curso. Por outro lado, o setor público não ampliou o número de vagas para os técnicos, absorvendo apenas 56,% dos egressos pesquisados. Portanto, concordamos com a opinião de muitos egressos que consideraram que, atualmente, o mercado de trabalho para o TSB no município de Uberlândia é restrito e sua remuneração incompatível com suas expectativas e estímulos governamentais. A constatação de que, atualmente, quase a metade dos egressos pesquisados não exerce a profissão de TSB, vem corroborar com essa conclusão.

Leitura similar sobre o mercado de trabalho do TSB foi encontrada na pesquisa realizada por Liñan e Bruno (2007) junto aos egressos dos cursos de formação de ASB e TSB ofertados por instituições públicas e privadas na Grande São Paulo. Na opinião dos TSB

pesquisados, o mercado de trabalho para esse profissional é muito restrito, pois no âmbito do serviço público faltam concursos e no setor privado, que raramente emprega o TSB, o salário é muito baixo e o TSB nesse setor acaba exercendo a função de ASB, recepcionista e outros.

Por outro lado, a recente regulamentação da profissão (BRASIL, 2008), torna as considerações feitas por Queluz (2005, p. 279) sobre o mercado de trabalho desses profissionais, atualmente, relevantes e passíveis de se concretizarem. De acordo com a autora,

[...] Trata-se de um mercado de trabalho em ascensão. A obrigatoriedade de habilitação e registro no Conselho Profissional elevará os padrões dessas categorias, permitindo que a entrada para o mercado de trabalho seja através de pessoal qualificado, garantindo proteção dos interesses do público e se seguir essa tendência, esse fato também permitirá que o salário seja colocado num patamar mais elevado.

Conscientes de que a análise da inserção dos egressos no mercado de trabalho aqui realizada é apenas um recorte da realidade presente, pois a oferta de empregos em uma sociedade é resultado das políticas econômicas e sociais por ela adotadas ao longo do tempo e frente ao exposto até aqui, concluímos que, para a ampliação desse mercado faz-se urgente uma maior divulgação junto aos cirurgiões-dentistas, da Lei 11.889/2008 e da Resolução do CFO (CFO, 2009) de modo que eles sejam alertados da importância de se empregar pessoal auxiliar devidamente habilitado, sob pena de se incorrer em infração ética. É também necessário que o CFO cumpra seu papel de fiscalizar o exercício da Odontologia no país colaborando, assim, para que população seja atendida por pessoas realmente capacitadas.

É importante também, como foi enfatizado pelos egressos nesta pesquisa, que haja uma ampla divulgação junto à sociedade do importante papel do TSB e ASB na prestação dos serviços odontológicos tanto na qualidade dos serviços ofertados à população, quanto na melhor alocação dos recursos públicos para a ampliação do acesso a esses serviços.

Diante da realidade do mercado de trabalho aqui apresentada e apostando na demanda por profissionais habilitados em resposta à aplicação da Lei 11.889/2008, entende-se que um amplo mercado se abre para o ASB tanto no setor privado como no público, já que esse profissional está presente nas duas modalidades de equipes de saúde bucal da ESF. Desse modo, seria interessante que a ESTES ofertasse, de forma regular, a qualificação do ASB como itinerário formativo intermediário do Curso TSB, à similaridade do que já acontece com os Cursos Técnicos em Enfermagem e Prótese Dentária da Instituição, que oferecem ao aluno a possibilidade de formação intermediária em Auxiliar em Enfermagem e Auxiliar em Prótese Dentária, respectivamente.

A análise aqui realizada foi baseada nas declarações feitas pelos egressos sobre as possibilidades de inserção no mercado de trabalho dada pela formação recebida no Curso. O longo período que abrange a presente investigação (egressos diplomados entre 1989 e 2009) permitiu visualizar a percepção dos egressos que concluíram o Curso há apenas um ano como também daqueles com mais de vinte anos de formados, obtendo-se, assim, declarações distintas e por vezes conflitantes a respeito das possibilidades de inserção no mercado de trabalho.

Percebe-se nas falas daqueles que foram inseridos no mercado como TSB, principalmente no setor público, que o Curso permitiu o ingresso no mercado de trabalho e a remuneração obtida pela profissão foi importante para sua realização profissional e pessoal. Para outros, inseridos no setor privado, o salário obtido não foi satisfatório e levou ao abandono da profissão.

Procurou-se identificar os fatores que levaram os egressos a não exercer a profissão para a qual foram formados, posto que os dados coletados revelaram que 31 egressos nunca exerceram a profissão e que, atualmente, 45 egressos que atuaram como TSB e dez como ASB não exercem mais essas profissões. Nesse sentido, os baixos salários oferecidos e a falta de vagas no setor público e privado para o exercício da ocupação de TSB parece ter sido determinante. O desapontamento com a realidade do mercado de trabalho foi evidenciado na fala de alguns egressos quando argumentam, por exemplo, que o tempo investido nos estudos para a qualificação não é recompensado pelo salário oferecido à categoria.

Foi constatado, também, que 101 egressos prosseguiram seus estudos em um curso superior ou outro curso técnico. Desse total, 50 estão atualmente exercendo profissões diferentes da do TSB e ASB. É louvável o esforço desses egressos na busca de melhor qualificação para o ingresso no mercado de trabalho. Muitos o fizeram custeando seus estudos por meio da remuneração recebida com a profissão de TSB. Esses dados devem, portanto, ser considerados na análise dos motivos da não atuação na profissão de TSB pelos egressos.

Da análise feita até aqui, depreende-se que a formação oferecida pelo Curso TSB/ESTES/UFU possibilitou a inserção dos egressos no mercado de trabalho, mas as condições adversas não permitiram que muitos ali permanecessem exercendo a profissão para a qual se formaram. A atual situação de pleora profissional vivida na Odontologia; a ausência, até o final de 2008, de legislação que regulamentasse o exercício das profissões de TSB e ASB; a ineficácia do CFO em fiscalizar a legalidade do exercício profissional dos empregados como auxiliares em clínicas e consultórios odontológicos e a fraca inserção do

TSB na recente ampliação dos programas de assistência odontológica governamentais contribuíram para que a profissão de TSB fosse pouco valorizada na sociedade o que impulsionou a busca por outras profissões por parte dos egressos.

4.2.1.4 A prática profissional (as tarefas desenvolvidas durante o exercício da profissão)

A investigação das tarefas que os egressos do Curso TSB/ESTES/UFU desenvolveram durante o exercício da função de TSB e/ou ASB foi realizada por meio do questionário de pesquisa (Questões nº 35 e 40) e de entrevistas com TSB, egressos do Curso ora pesquisado, atuantes nas equipes de saúde bucal de Prefeitura Municipal de Uberlândia, e cirurgiões-dentistas que com eles trabalharam.

Para identificar as atividades desenvolvidas pelos egressos no exercício da profissão de TSB e/ou ASB, foi elaborada uma lista contendo as tarefas passíveis de ser atribuídas a esses profissionais, tendo como referência as competências e habilidades constantes no perfil de conclusão do Curso TSB/ESTES/UFU (ESTES, 2003) e os principais instrumentos normativos do exercício profissional do TSB e ASB que vigoraram até a publicação da Lei 11.889/2008, ou seja, o Parecer n.º 460/75 do Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1975); a Resolução n.º 63/2005, do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2005) e o “Perfil de competências profissionais do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário” homologado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004). Desse modo, foi possível averiguar a adequação de alguns aspectos do perfil de conclusão do Curso à prática profissional dos egressos e a visualização das tarefas desempenhadas pelos egressos antes das restrições impostas pela atual legislação.

Os dados obtidos com a questão nº 35 do questionário de pesquisa dão uma visão geral das tarefas desenvolvidas por todos os egressos, participantes da pesquisa, que trabalham ou trabalharam como TSB e/ou ASB depois da conclusão do Curso (Tabelas 30, 31, 32, 33). Já os obtidos com a questão nº 40 e nas entrevistas se referem à presença ou não de mudanças na forma de atuação dos egressos devido à aprovação da Lei 11.889/2008 que regulamentou as profissões de TSB e ASB (Tabelas 34, 35, 36).

De acordo com os principais instrumentos normativos do exercício profissional do ASB e TSB acima citados, entre as ações listadas na questão 35 do questionário de pesquisa,

algumas são atribuições tanto do ASB como do TSB e outras são específicas da função de TSB.

Das atividades administrativas e educativas atribuídas ao TSB e ao ASB, a maioria foi executada por mais de 80% dos entrevistados.

Tabela 30 – Ações administrativas e educativas atribuídas ao TSB e ASB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional

Ações	TSB (n=137) n (%)	ASB (n=27) n (%)
Limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamento e do ambiente de trabalho	131 (95,6)	25 (92,5)
Controle de estoque	129 (94,1)	24 (88,8)
Armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.	129 (94,1)	24 (88,8)
Agendamento dos pacientes	125 (91,2)	26 (96,2)
Preenchimento de fichas clínicas	110 (80,2)	22 (81,4)
Orientação de bochechos fluorados	86 (62,7)	11 (40,7)

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

As ações clínicas atribuídas ao TSB e ASB também foram bastante executadas por esses profissionais visto que, entre essas ações, apenas o Isolamento do campo operatório e o preparo de modelos em gesso foi desenvolvido por menos de 60% dos egressos pesquisados.

Tabela 31 – Ações clínicas atribuídas ao TSB e ASB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional

Ações	TSB (n=137) n (%)	ASB (n=27) n (%)
Preparo de mesa clínica	130 (94,8)	25 (92,5)
Manipulação de materiais odontológicos	130 (94,8)	21 (81,4)
Auxílio e instrumentação do dentista junto à cadeira odontológica	125 (91,2)	23 (85,1)
Revelação de filmes e arquivo de radiografias	94 (68,6)	22 (81,4)
Preparo do paciente para atendimento	93 (67,8)	22 (81,4)
Isolamento do campo operatório	69 (50,3)	4 (14,8)
Preparo de modelos em gesso	54 (39,4)	7 (25,9)

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Todas as ações restritas à função do TSB foram também desenvolvidas, em menor proporção, por egressos que exerceram a função de ASB. Entre as administrativas e educativas, a participação em levantamentos e estudos epidemiológicos foi a menos executada pelos TSBs (27,7%) (Tabela 32). Entre as ações clínicas, a raspagem e polimento coronário, aplicação de selantes e a inserção e distribuição de materiais restauradores em dentes preparados pelo dentista foram executadas por menos de 55,0% dos que exerceram a função de TSB (Tabela 33).

Tabela 32 – Ações administrativas e educativas restritas ao TSB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional

Ações	TSB (n=137) n (%)	ASB (n=27) n (%)
Participação no treinamento e supervisão do trabalho dos auxiliares de consultório	129 (94,1)	7 (25,9)
Ensino de técnicas de higiene bucal	114 (83,2)	14 (51,8)
Participação em ações educativas atuando na promoção da saúde e prevenção das doenças bucais	83 (60,5)	7 (25,9)
Participação em levantamentos e estudos epidemiológicos	38 (27,7)	1 (3,7)

ASB = *Auxiliar de Saúde Bucal*; TSB = *Técnico em Saúde Bucal*; ESTES = *Escola Técnica de Saúde*; UFU = *Universidade Federal de Uberlândia*

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Tabela 33 – Ações clínicas restritas ao TSB desenvolvidas pelos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, de acordo com o exercício profissional

Ações	TSB (n=137) n (%)	ASB (n=27) n (%)
Aplicação tópica de flúor	103 (75,1)	11 (40,7)
Profilaxia	101 (73,7)	13 (48,1)
Limpeza e antissepsia do campo operatório antes e após atos cirúrgicos	101 (73,0)	14 (51,8)
Remoção de suturas	97 (70,8)	11 (40,7)
Tomadas radiográficas intraorais	85 (62,0)	8 (29,6)
Raspagem e polimento coronário	74 (54,0)	5 (18,5)
Aplicação de selantes	74 (54,0)	6 (28,7)
Inserção e distribuição de materiais restauradores em dentes	71 (51,8)	5 (18,5)
Moldagem	52 (37,9)	8 (29,6)

ASB = *Auxiliar de Saúde Bucal*; TSB = *Técnico em Saúde Bucal*; ESTES = *Escola Técnica de Saúde*; UFU = *Universidade Federal de Uberlândia*

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Quanto à especialidade dos cirurgiões-dentistas com os quais os egressos trabalharam, verificou-se que a maioria (70,9%) atuou com clínicos gerais.

De acordo com os resultados obtidos, os egressos que foram empregados como ASB desenvolveram, além das tarefas atribuídas a essa função, as atribuídas ao TSB, tanto clínicas como educativas e administrativas, portanto pode-se inferir que esses egressos não foram registrados de acordo com as funções que desempenhavam e que, provavelmente, não receberam remuneração justa ao trabalho por eles desenvolvido. Como discutido anteriormente, o registro em carteira de TSB como ASB é uma prática comum no país, decorrente das restrições impostas pelo mercado de trabalho na área odontológica e pela falta de fiscalização do exercício das profissões auxiliares pelos Conselhos Regionais de Odontologia (QUELUZ, 2005; PARANHOS *et al.*, 2009; SERRA e GARCIA, 2002).

Alguns estudos confirmam esse cenário (QUELUZ, 2005; PARANHOS *et al.*, 2009; SERRA e GARCIA, 2002; AQUINO e MIOTTO, 2005). Aquino e Miotto (2005) compararam as atividades desenvolvidas por 30 TSB que desempenhavam as funções de TSB com as de 30 TSB que atuavam em outra função na área odontológica, mas com o pressuposto de que, na realidade, trabalharam como ASB. A autora verificou que esses últimos extrapolavam as atividades inerentes ao cargo que ocupavam, desenvolvendo tarefas restritas à função de TSB. Em torno de 50% deles realizavam aplicação tópica de flúor e aplicação de selantes, 26,6% faziam a inserção e condensação de materiais restauradores, quantidades essas superiores às encontradas no presente estudo (40,7%, 26,7% e 18,5%, respectivamente).

Por outro lado, foi verificado também, na presente pesquisa, que durante o desempenho da função de TSB, a maior parte dos egressos pesquisados desenvolveram praticamente todas as tarefas que poderiam ser delegadas ao ASB, o que parece indicar a subutilização desses profissionais nos setores em que atuaram. Cabe ressaltar o alto número de egressos que executaram as tarefas de ASB, visto que a maioria delas foi desenvolvida por mais de 90% dos egressos pesquisados e que apenas o “isolamento do campo operatório” e o “preparo de modelos em gesso” foram desenvolvidos por menos de 60% deles.

Entre os TSB entrevistados por Queluz (2005), a maioria também desempenhou as atividades de ASB como “o preparo do paciente para o atendimento odontológico” (40,4%), “instrumentação do CD” (40,4%), “manipulação de materiais” (40,4%), “conservação e manutenção do equipamento odontológico” (31,9%) e “esterilização dos instrumentais” (31,9%). Do mesmo modo, Oliveira (2011) observou, em sua dissertação, que os TSB que atuavam nas equipes de saúde bucal da ESF do estado de Minas Gerais executavam funções de ASB durante o desenvolvimento do seu trabalho tais como: “manutenção de equipamentos

odontológicos” (87,3%), a “lavagem” (52,5%) e esterilização (44,6%) dos instrumentais” e “instrumentalização do cirurgião-dentista” (45,1%).

Em alguns discursos (CD2, CD3, TSBu,2, p.143, 144) foi evidenciado que os TSB que atuam nas equipes de saúde da PMU também executam várias tarefas que poderiam ser destinadas a um ASB tais como: “lavagem e esterilização de instrumentais”, “preenchimento de fichas”, “auxílio e instrumentação do cirurgião-dentista junto à cadeira odontológica”. Para Oliveira (2011), nos serviços públicos de saúde, essas atribuições deveriam ser desempenhadas pelos ASB, de maneira que os TSB pudessem realizar atividades preventivas e promocionais. O subdimensionamento do número de ASB nas equipes de saúde bucal é uma das barreiras apontadas por Aguiar (2010) para que o TSB execute as ações inerentes à sua função.

As ações administrativas, educativas e clínicas restritas a TSB também foram bastante desenvolvidas pelos egressos. A maioria (94,1%) relatou a participação no treinamento e supervisão do trabalho dos ASB, o que parece indicar a capacidade de difusão dos conhecimentos adquiridos no Curso e a obtenção de uma posição hierárquica superior ao do ASB na equipe de trabalho, conferida por sua formação. Quase dois terços dos TSB pesquisados por Oliveira (2011) participaram do treinamento de ASB ou de outros auxiliares de saúde. Porém, durante o trabalho em equipe, apenas 4,4% dos TSB fizeram a supervisão do trabalho do ASB o que, segundo a autora, pode indicar que os TSB tenham algum receio na supervisão dos ASB ou não se consideram capacitados para isso. Para a autora, tanto o treinamento como a supervisão do ASB pelo TSB deveria ser mais estimulada, pois é uma forma de integração entre os membros da equipe. Um terço dos TSB entrevistados por Queluz (2005) desenvolveram essa atividade.

No que concerne às ações educativas, o ensino de técnicas de higiene bucal foi realizado por 83,2% dos egressos e 60,5% deles participaram de ações educativas, atuando na promoção e prevenção das doenças bucais. Esses resultados foram acima dos encontrados por Queluz (2005) que verificou que as ações listadas acima foram desenvolvidas por apenas 36,2% dos TSB entrevistados, e abaixo do encontrado por Oliveira (2011), em cuja pesquisa 100,0% dos TSB participavam de ações educativas, atuavam na promoção de saúde e na prevenção de doenças bucais e 99,0% faziam a demonstração de técnicas de higiene bucal.

Os diferentes resultados citados acima podem ser explicados, provavelmente, pelas diferenças quanto ao local de atuação dos TSB pesquisados. A maior parte de TSB entrevistada por Queluz (2005) declarou trabalhar no setor privado. Foi constatado, na

presente pesquisa, que 68,2% dos egressos atuaram no setor privado e 56,6%, no público. Na pesquisa de Oliveira (2011), todos os TSB estavam alocados nas equipes de saúde da ESF onde a execução de tarefas direcionadas à promoção da saúde é estimulada, pois é de importância fundamental para que os objetivos desse modelo de atenção sejam alcançados. Assim, pode-se inferir que as diferenças de resultados encontrados entre essas pesquisas indicam que as ações educativas e promocionais são realizadas em maior número pelos TSB que atuam no setor público.

As atribuições conferidas ao TSB na prevenção e na promoção de saúde o tornaram um multiplicador e educador com intervenção direta extraclínica, ao participar e colaborar na programação das visitas aos domicílios na Estratégia da Saúde da Família (OLIVEIRA, 2007). Pode-se inferir que o desenvolvimento dessas atribuições contribui para a divulgação e valorização dessa profissão na sociedade. Por outro lado, os resultados acima apontam que se faz necessário pensar em estratégias que valorizem o papel do TSB no desenvolvimento dessa atividade nas clínicas e consultórios particulares.

Como verificado na presente pesquisa e por Oliveira (2011), a participação do TSB em levantamentos e estudos epidemiológicos é baixa e, uma maior atuação (em torno de 70 a 80% dos entrevistados) foi verificada nas atividades clínicas de aplicação tópica de flúor, profilaxia e remoção de sutura. Valores menores para essas tarefas (em torno de 27,0%) foram obtidos por Queluz (2005).

Comparado aos outros estudos, a tomada de radiografias intraorais foi mais realizada pelos egressos aqui pesquisados (62,2%) do que pelos TSB que participaram das pesquisas realizadas por Queluz (2005) (21,3%) e Oliveira (2011) (13%). Para Oliveira (2011), a falta de aparelho de Raio x na maioria dos serviços de saúde bucal públicos impede o desenvolvimento dessa atribuição pelos TSB que atuam nesse setor. De acordo com os depoimentos colhidos nas entrevistas do presente trabalho, no setor público, essa atividade é realizada somente pelos TSB que atuam nas unidades básicas de saúde da rede municipal de Uberlândia que são dotadas de aparelho de Raio x.

Diante da análise acima pode-se deduzir que a alta porcentagem de egressos que realizaram tomadas radiográficas intraorais, nessa pesquisa, está relacionada com a atuação dos mesmos na rede privada de prestação de serviços odontológicos, como consultórios e clínicas odontológicas. A contratação de um TSB em clínicas de radiologia odontológica, no lugar de um Técnico de Radiologia, pode oferecer vantagens para a administração dos serviços, pois a formação do TSB confere a esse profissional, além dos conhecimentos e

habilidades específicos da radiologia odontológica, outras competências, como seleção de moldeiras para moldagem, confecção de modelos de gesso e manipulação de materiais de uso odontológico. Cabe aqui ressaltar que, de acordo com a nova legislação, as ações do TSB na área de radiologia odontológica foram ampliadas, cabendo a esse profissional, além das atribuições já citadas, a realização de fotografias dos pacientes e de todas as tomadas radiográficas de uso odontológico, tanto intra como extraorais. Esse é, portanto, um campo promissor para a inserção profissional do TSB no mercado de trabalho.

A aplicação de selantes para prevenção da cárie foi desenvolvida por 54,0% dos egressos pesquisados. No entanto, cabe aqui observar que, de acordo com os depoimentos junto aos entrevistados das equipes de saúde bucal da PMU, esta atividade não foi mencionada por nenhum dos egressos entrevistados indicando que a mesma não é desenvolvida por TSB na rede municipal de Uberlândia, o que também pode ser observado em outros municípios do estado de Minas Gerais segundo a pesquisa realizada por Oliveira (2011). Resultado diverso foi encontrado no estudo realizado por Aquino e Miotto (2005) junto aos TSB que atuavam no setor público da região da Grande Vitória, onde 70,0% faziam a aplicação de selantes. Já Queluz (2005) constatou que uma pequena porcentagem (17,0%) de TSB realizava aplicação de selantes. A autora argumenta que essa tarefa deveria ser mais delegada a esses profissionais, pois além do custo desse procedimento poder ser reduzido em até quatro vezes quando realizado por um TSB, o tempo gasto para realização dessa atividade, considerada simples, poderia ser utilizado pelo CD noutra atividade mais complexa.

Estudos realizados antes da publicação da Lei 11.889 de 2008 revelaram que a remoção de cálculo por meio de raspagem e polimento coronário, bem como a inserção, condensação e escultura de restaurações foram pouco desenvolvidas pelos TSB. Serra e Garcia (2002), ao pesquisarem as tarefas delegadas pelos cirurgiões-dentistas da rede privada aos seus auxiliares, observaram que a condensação de substâncias restauradoras, embora permitida pelo CFO, não foi delegada por nenhum cirurgião-dentista. De acordo com Queluz (2005), 25% dos TSB realizaram remoção de cálculo e 21% realizaram o procedimento de inserir e condensar substâncias restauradoras. Esse último procedimento foi desenvolvido, nos serviços públicos, por 26% dos TSB pesquisados por Aquino e Miotto (2005). Na presente pesquisa foi encontrada uma porcentagem maior de TSB que desenvolveram essas tarefas (54,0%) antes da nova legislação, o que parece estar diretamente relacionado com o trabalho desenvolvido por aqueles que foram inseridos nas equipes de saúde bucal da PMU, como evidenciado nas falas dos entrevistados (TSBe3; TSBu3; TSBu2; CD2; CD3 p.143,144).

A análise desses resultados indica que, antes da regulamentação da profissão, os egressos aqui pesquisados desenvolveram, durante sua prática profissional, grande parte das habilidades inerentes à sua formação. As atividades comuns ao ASB e TSB foram as mais desenvolvidas e a maioria dos TSB despendeu parte de sua jornada de trabalho com tarefas que poderiam ser realizadas por um ASB, o que indica a subutilização desse profissional nos serviços.

A prática das tarefas restritas ao TSB esteve diretamente relacionada com o local de atuação do mesmo, se no setor público ou privado. Assim, as tomadas de radiografias intraorais e aplicação de selantes parecem ter sido mais desenvolvidas no setor privado e a raspagem de cálculo, confecção de restaurações e ensino de técnicas de higiene bucal, no setor público.

A prática profissional de cerca da metade (54,4%) dos egressos pesquisados não foi alterada após a aprovação da Lei 11.889/2008. Foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre a opinião dos egressos sobre a presença ou não de mudanças na prática profissional, segundo a época de conclusão do Curso (1989-1999 versus 2000-2009). Verificou-se, entre os formados a partir do ano 2000, um aumento significativo no número de egressos para os quais a aprovação da Lei 11.889/2008 não provocou alterações na rotina de seu trabalho (Tabela 34).

Tabela 34 – Frequência da declaração de mudança na prática profissional dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU após a aprovação da Lei 11.889/2008, conforme período de conclusão do Curso

Período	Mudança na prática profissional		Pvalor*
	Sim n (%)	Não n (%)	
1989 – 1999 (n=49)	34 (69,4)	15 (30,6)	
2000 - 2009 (n=54)	13 (20,1)	41 (75,9)	<0,05
Total (n=103)	47 (45,6)	56 (54,4)	

*teste do Qui-Quadrado

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde;

UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Dos 47 egressos que acreditam que a atuação no trabalho mudou depois da aprovação dessa lei (pergunta número 40 do questionário de pesquisa), 30 explicaram como isso se deu

(Tabela 35). “Deixar de executar restaurações em dentes preparados pelos cirurgiões-dentistas” foi a mudança mais mencionada pelos egressos (50,0%).

Tabela 35 – Frequência da declaração sobre o tipo de mudança na prática profissional dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU (n = 30) após a aprovação da Lei 11.889/2008*

Mudança na atuação profissional	n (%)
Deixar de executar restaurações	15 (50,0)
Executar apenas as funções de ASB	9 (30,0)
Deixar de executar vários procedimentos	7 (23,3)
Trabalhar apenas a quatro mãos e fazer profilaxias	5 (16,6)
Deixar de realizar raspagem supragengival	5 (16,6)

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

*alguns egressos relataram mais de um tipo de mudança na sua prática profissional

Como sublinhado nas narrativas abaixo, os TSB, egressos do Curso, membros de equipes de saúde bucal da SMS da PMU, no final de 2009, em conformidade com a lei 11.889, deixaram de restaurar e de fazer raspagens passando a atuar mais em procedimentos coletivos de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. Algumas equipes de saúde tentaram dividir as tarefas do processo restaurador com o TSB, inserindo e distribuindo o material e o cirurgião-dentista esculpindo as restaurações. Porém, segundo os entrevistados, essa divisão de tarefas se mostrou complicada, o que levou à sua abolição, passando o cirurgião-dentista a realizar todo o processo. A partir de então, durante a confecção de restaurações, o TSB apenas auxilia o cirurgião-dentista junto à cadeira odontológica desenvolvendo o trabalho a quatro mãos.

[...] nos setores que trabalho, deixamos de exercer funções que considero carros-chefes na profissão de TSB, porque nós deixamos de restaurar, a verdade é essa. Podemos inserir o material, podemos condensar o material, mas não podemos esculpir. Então ficou assim, como que a gente passa um paciente prá lá, condensa, aí o dentista está atendendo o outro, então ficou assim, uma coisa meio perdida, então a gente deixou de fazer restauração, deixou de fazer tudo, a gente não faz nenhum destes três procedimentos. (TSBe, 3)

[...] em relação à interpretação da lei, que eu acho que é questionada até hoje, é que a gente poderia somente inserir o material na cavidade e não mais esculpir, como a gente fazia antes. Então, passou o profissional (CD) a fazer a parte que normalmente a gente fazia. A gente não restaura mais, praticamente. A gente auxilia a quatro mãos, mas restaurar, as raspagens que a gente fazia antes, tudo que era passado pra gente, não fazemos mais. (TSBu,3)

Eu lavo instrumental, esterilizo, atendo telefone, tiro raio x, faço remoção de sutura, preencho fichas de pacientes, faço profilaxia, aplicação de flúor, dou aula de escovação, ensino como passar fio dental, e hoje eu não restauro mais. Até um e meio mais ou menos atrás, a gente restaurava ... (TSBu, 2)

[...] Antes os técnicos trabalhavam muito mais direto com os pacientes porque eles inseriam material nas cavidades, realizavam raspagem supragengival, realizavam profilaxia. [...] Atualmente, o trabalho do técnico está muito parecido com o do auxiliar. A diferenciação é que eles têm conhecimento técnico, maior prática do que executar, mas eles deixaram de exercer muitas atividades mais diretas com o paciente, então fica mais pra eles a parte de prevenção e auxiliar de forma mais direta o profissional dentista, do que executar o procedimento diretamente com o paciente... (CD2)

[...] então, era assim: a gente abria o dente, eles sentavam e restauravam, depois, lavavam as marmitinhas de instrumentais, punham para esterilizar, preenchiam as fichas, ajudavam tudo, só escovavam mais o paciente que vinham na cadeira, escovavam tudo, faziam bochecho, tudo. Aí, depois da Lei, como eles não restauravam mais, aí inseriram essas atribuições que deram ênfase na promoção, começaram a fazer as palestrinhas nas salas de aula para a sala inteira, para ter promoção, procedimentos coletivos que incluem ensinar a escovar e bochechos, mas para aquela quantidade maior nas salas, ou seja, antes era mais o curativo e aquele procedimento individual. Depois da Lei, a gente pôs ele mais para atuar nos procedimentos coletivos que são a prevenção e promoção, mais coletivo, uma quantidade maior de pessoas. (CD3)

Segundo o CD 2, atualmente, o trabalho desenvolvido pelo técnico é parecido com o trabalho do auxiliar o que também é evidenciado nos relatos seguintes. De acordo com os entrevistados, atualmente, todas as tarefas desenvolvidas pelo TSB na equipe de saúde podem ser desenvolvidas pelo ASB. Foi ressaltado que a diferença entre a atuação desses dois profissionais está somente nas ações preventivas, visto que, na opinião dos entrevistados, o ASB não pode ensinar as técnicas de higiene bucal sem a presença do TSB e/ou CD.

A única diferença que eu consegui perceber foi que a ASB não pode, por exemplo, ensinar escovação, a técnica de escovação. Já o TSB pode. Então, sempre que uma ASB está orientando uma criança, o dentista ou o técnico tem que estar presente. É mais essa diferença, o restante não mudou de um para outro. (CD4)

[...] Não vejo diferença entre TSB e ASB. [...] Sinceramente, no que a gente está na prática já tem um ano e meio, eu acho, com o TSB só trabalhando a quatro mãos, as coisas que eu fiz até hoje uma ASB poderia fazer. [...] Então, eu acho que existe diferença só na parte de prevenção. (TSBu,5)

[...] a gente ficou como se fosse uma auxiliar com diploma de TSB. É assim que eu vejo, não só por mim, mas também pelas minhas colegas de trabalho. [...] porque uma ASB pode fazer tudo isso aqui. (TSBu,6)

A aprovação da Lei 11.889/2008 causou mudanças na prática profissional de 45,5% dos egressos, principalmente entre os formados na década de 90, cuja maioria, de acordo com os dados coletados na presente pesquisa, está inserida no setor público, onde as atividades restritas ao TSB são mais desenvolvidas. Portanto, pode-se deduzir que existe uma relação

direta entre a presença ou não de modificações na rotina de trabalho dos egressos, devido à atual legislação e a inserção dos mesmos no mercado de trabalho, se no setor público ou privado. Corroboram com esse entendimento o fato de que, como atestado nos trabalhos de Queluz (2005) e Serra e Garcia (2002), as atribuições que são de competência restrita do TSB, principalmente as que requerem uma atuação direta na cavidade bucal dos pacientes, são pouco delegadas à esse profissional pelos cirurgiões-dentistas que atuam em clínicas privadas.

O programa de saúde escolar da PMU, iniciado em 1985 e desenvolvido até os dias atuais, absorveu muitos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU. Tendo como objetivo o aumento da cobertura da assistência odontológica com menor custo sem perda de qualidade, esse programa utilizou pessoal auxiliar em funções expandidas à cavidade bucal, dividindo com o cirurgião-dentista os passos técnicos na confecção de restaurações, como também nas atividades preventivas como, por exemplo, a remoção de cálculo por meio de raspagem coronária. A partir de 1991, os egressos ingressaram também nas equipes de saúde bucal das unidades de saúde da rede municipal de Uberlândia e desenvolveram as atividades listadas acima.

De acordo com as declarações feitas pelos TSB e cirurgiões-dentistas entrevistados (TSBe3; TSBu3; TSBu2; CD2; CD3 p. 143, 144), devido à regulamentação da profissão por meio da Lei 11.889/2008, a rotina de trabalho das equipes de saúde, nas quais atuaram, foi radicalmente modificada, pois eles deixaram de “restaurar e de fazer raspagens”, tarefas que ocupavam a maior parte do seu tempo de trabalho.

Embora amplamente reconhecido que a sanção da lei 11.889 representa um marco regulatório importante no campo da gestão do processo de trabalho em saúde, as modificações introduzidas pela nova legislação têm suscitado dúvidas quanto à prática e formação do TSB. Esse é o caso da atribuição conferida ao TSB “fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista” que gera dúvidas quanto à legalidade da remoção de cálculos por esses profissionais, pois o termo biofilme¹⁵ pode ser compreendido de diversas maneiras. Sobre essa questão, Frazão e Narvai (2011) argumentam que, conforme a relação de descritores das Ciências da Saúde (BVS, 2010), o cálculo é um tipo de depósito dentário mineralizado incluído entre os tipos de biofilme. Como não foi especificada na lei, a consistência do biofilme que pode ser removido pelo TSB, se mineralizado ou não, para esses,

¹⁵ biofilme diz respeito às incrustações, formadas por micróbios (bactérias, algas, fungos, plâncton ou protozoários) mergulhados em polímeros extracelulares, que aderem a superfícies como dentes (depósitos dentários), próteses, implantes e cateteres (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: **Biblioteca regional de Medicina/Organização Pan- Americana da Saúde**. 2011. Disponível em [HTTP://decs.bvs.br](http://decs.bvs.br)).

compete a esse profissional a remoção de cálculo e cabe ao cirurgião-dentista “avaliar cada caso e indicar a técnica mais adequada compatível com a formação e a experiência do TSB” (FRAZÃO e NARVAI, 2011 p.119).

Por outro lado, na opinião do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CROMG), biofilme se refere apenas à placa bacteriana removida por meio de profilaxia e não por raspagem dental, como é o caso do cálculo. Portanto, para esse órgão, a lei proibiu ao TSB a remoção de cálculo dental (CROMG, 2012).

Há poucas publicações sobre a atuação do TSB nas equipes de saúde bucal depois da sanção da Lei 11.889/2008 e, portanto, são necessárias pesquisas sobre o impacto dessa legislação no trabalho desses profissionais no país. O que foi observado até o momento é que, como resultado dessas interpretações divergentes em alguns serviços públicos, como verificado por Oliveira (2011), o TSB continua realizando a remoção de cálculo e, como evidenciado na presente pesquisa (Tabela 33 e depoimentos TSBu3 e CD2), o TSB foi impedido de realizar essa função.

Outro ponto polêmico é a participação do TSB na confecção de restaurações. De acordo com a atual legislação, em seu artigo 5, inciso VIII, compete ao TSB “inserir e distribuir, no preparo cavitário, materiais odontológicos na restauração dentária direta vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista”. O termo “distribuir”, não usual na literatura odontológica referente às restaurações diretas, pode levar a interpretações distintas sobre o desenvolvimento dessa tarefa pelo TSB. Para alguns autores como Frazão e Narvai (2011), a substituição do verbo “condensar”, restrito ao amálgama de prata, pelo verbo “distribuir” pode significar que houve uma ampliação da atuação clínica dos TSB para trabalhar com outros materiais restauradores.

Para Zanetti *et al.* (2012), existem duas formas de interpretar o termo “distribuir” presente no artigo da Lei 11.889/2008 descrito acima. De uma forma mais restritiva, pode-se entender que “distribuir” é diferente de inserir, condensar, esculpir, brunir e polir que são verbos usuais no processo de confecção de uma restauração. Dessa forma, entende-se que houve a supressão, na ação do TSB, de outras etapas do tratamento restaurador, levando a uma fragmentação do trabalho e inviabilização da sua efetiva participação na divisão dos passos técnicos durante a confecção de restaurações. Essa forma de interpretação restringe a atividade do TSB, pois a ele competiria apenas a “confecção de restaurações”, como Cimento de Ionômero de Vidro, o único material cuja técnica de restauração coaduna com o termo distribuir.

Por outro lado, para Zanetti *et al.* (2012, p. 215), admitindo-se uma interpretação mais ampla da habilitação descrita na Lei, o TSB pode executar todas ações do procedimento restaurador. Para isso, basta entender o verbo “distribuir” em associação ao que foi escrito no final do parágrafo do artigo: “vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista.”

[...] logo, se a indicação do CD é, por exemplo, de resina composta e o instrumental é o *kit* completo correspondente, fica claro que o conjunto de material e instrumental indicado cobra do TSB a competência para realizar toda e qualquer ação de isolamento, inserção, escultura e polimento com resina composta. Esse mesmo raciocínio vale para todos os demais materiais restauradores indicáveis (ZANETTI *et al.* 2012, p. 215-216).

Porém, a falta de uma clara orientação das coordenações dos serviços públicos de saúde bucal para interpretação da Lei de 2008 de forma mais ampla, como aqui descrito, fez com que se multiplicasse pelo país a forma restrita de interpretação da Lei que retira a competência do TSB de “fechar as restaurações” (ZANETTI *et al.* 2012).

Aguiar (2010) em sua pesquisa junto às equipes de saúde bucal de quatro municípios brasileiros, que receberam um equipo odontológico completo para a atuação do TSB, identificou que, dentre os vários fatores que funcionavam como barreiras para a atuação do TSB nas ações diretas de assistência, estavam as diferentes linhas de orientação por parte das secretarias de saúde sobre a atuação do TSB na equipe, com algumas secretarias incentivando as atividades clínicas do TSB e outras interrompendo essas atividades.

A forma restrita de interpretação da Lei, descrita por Zanetti *et al.* (2012) parece ter sido a forma de interpretação dos gestores dos serviços Odontológicos da PMU, visto que, de acordo com os relatos dos TSB e cirurgiões-dentistas entrevistados (TSBe3; TSBu3; TSBu2; CD2; CD3 p.143,144), a partir da homologação da Lei 11.889/2008, o TSB dessas equipes deixaram de realizar restaurações. Segundo o depoimento de um TSB, a sua equipe tentou distribuir as tarefas na confecção das restaurações de acordo com a nova legislação, tendo o TSB a função de inserção e distribuição do material restaurador e o cirurgião-dentista, a de esculpir e brunir as restaurações. Como essa distribuição não se mostrou eficaz, os TSB deixaram de participar diretamente da confecção das restaurações e passaram a apenas auxiliar o cirurgião-dentista junto à cadeira odontológica durante todo o procedimento.

Resultado semelhante foi verificado no trabalho realizado por Oliveira (2011) junto a equipes de saúde bucal da ESF em Minas Gerais. Apenas uma baixa porcentagem de TSB (14,7%) relatou fazer a inserção e condensação de substâncias restauradoras. A autora acredita

esse resultado ao fato de a nova legislação ter causado uma debilidade técnica do trabalho do TSB ao permitir-lhes apenas a inserção e distribuição de materiais restauradores em cavidades preparadas pelo cirurgião-dentista.

Diante do exposto, percebe-se que a Lei 11.889 não definiu, com clareza e objetividade, as competências do TSB nos procedimentos de raspagem de cálculo e de confecção de restaurações em dentes preparados pelos cirurgiões-dentistas, deixando lacunas para diversas interpretações que acabam tornando a aplicação da Lei, de certa forma, incorreta. Assim sendo, fazem-se necessários o esclarecimento e a normatização, a nível nacional, pelos órgãos competentes (MS, MEC, CFO), das atribuições clínicas do TSB, descritas na referida Lei, para que os gestores dos serviços públicos e cirurgiões-dentistas tenham um efetivo respaldo legal para delegar essas atribuições aos TSB de suas equipes. Tais urgentes ações são, também, de suma importância para que sejam feitas as devidas adequações quanto ao desenvolvimento dessas competências nos currículos dos cursos que tratam da formação desse profissional.

Dos 160 egressos que, no questionário de pesquisa, manifestaram sua opinião a respeito da Lei 11.889/2008, 31,9%, considerou que a aprovação dela representou um avanço para a profissão e 45,0%, um retrocesso (Tabela 36). Entre aqueles que no momento da pesquisa estavam exercendo a profissão de TSB, 64,1% consideraram que a aprovação da referida lei foi um retrocesso.

Tabela 36 – Opinião dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU sobre o impacto da Lei 11.889/2008 na profissão de TSB

Opinião dos egressos	n (%)
Retrocesso	72 (45,0)
Avanço	51 (31,9)
Não sabe	37 (23,1)
Total de respondentes	160 (100)

ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

A partir desses dados, pode-se concluir que uma grande parte dos egressos que consideraram a aprovação da Lei 11.889/2008 um retrocesso para a profissão tiveram sua prática alterada pela nova legislação. A relação entre a avaliação da nova legislação com a presença ou não de mudanças na prática profissional dos TSB foi também verificada no estudo feito por Oliveira (2011). Nesse estudo, apenas 14,7% dos TSB consideraram a Lei

11.889/2008 um retrocesso, o que, segundo a pesquisadora, se deve ao fato de que após a sanção da Lei, em alguns municípios mineiros, os técnicos foram impedidos de realizar algumas atividades clínicas como a raspagem de cálculo. Por outro lado, para a maioria dos técnicos que continuou executando as funções que exerciam antes da nova legislação, a lei foi um avanço.

As declarações obtidas nas entrevistas não deixam dúvidas que a Lei 11.889/2008 alterou a prática profissional dos egressos do Curso que estavam atuando, no momento da pesquisa, nas equipes de saúde bucal da PMU. A ênfase dada pelo entrevistado TSB_{e,3} (p. 143) ao impedimento de realizar restaurações devido a aplicação da nova legislação (*“nos setores que trabalho, deixamos de exercer funções que considero carros-chefes na profissão de TSB, porque nós deixamos de restaurar”*) retrata, de forma exemplar, a importância dada ao desenvolvimento dessa atribuição pelos TSB e o impacto da Lei de 2008 na profissão.

Verificou-se que, enquanto o veto à realização de raspagem de cálculo foi diretamente mencionado por alguns dos egressos entrevistados (TSB_{u,2}), o relativo à realização de restaurações foi mencionado por todos. Sem desconsiderar o fato de que a raspagem de cálculo é menos realizada no programa de saúde escolar, daí o menor número de TSB que deixaram de realizar esse procedimento, a ênfase encontrada na fala dos egressos ao fato dos TSB não mais realizarem restaurações em dentes preparados pelo cirurgião-dentista é notória e indicativa de que, para eles, essa era uma importante função desenvolvida por eles na equipe de saúde bucal.

A participação do TSB nas equipes de saúde bucal da PMU teve início em 1985, quando foi implantado o Programa de Saúde Escolar do município. Durante mais de vinte anos, ou seja, do início do referido programa até a sanção da Lei 11.889, em 2008, os TSB, inseridos nas equipes de saúde bucal da PMU, atuaram diretamente na cavidade bucal dos pacientes, dividindo com o cirurgião-dentista as tarefas do processo restaurador. Essa longa experiência, somada ao *“status”* profissional conferido pelo desenvolvimento dessa tarefa, pois denota a aquisição de uma competência profissional que diferencia o TSB do ASB, fez com que, do mesmo modo que a profissão de cirurgião-dentista, antigamente ligada à tarefa de extração de dentes, a imagem do profissional TSB inserido na rede de prestação de serviços odontológicos da PMU fosse ligada à tarefa de confecção de restaurações.

Interessante notar que, apesar de outras atribuições inerentes à profissão de TSB ainda serem desenvolvidas por esses profissionais, como por exemplo, a tomada de radiografias intraorais, a educação do paciente e o ensino de técnicas de higiene bucal, o veto à

competência de restaurar as cavidades preparadas pelos cirurgiões-dentistas resultou em perda da identidade profissional. Para a maioria dos egressos e cirurgiões-dentistas entrevistada, depois da nova legislação, a atuação dos TSB na equipe de saúde bucal ficou muito parecida com a de um ASB.

Com efeito, segundo os depoimentos colhidos, o tempo que antes era gasto pelo TSB, particularmente na confecção de restaurações e na raspagem de cálculo e profilaxias, passou a ser despendido no auxílio do trabalho do cirurgião-dentista junto à cadeira odontológica. Porém, percebe-se em alguns depoimentos (TSBu2, CD3, p.143) que as demais atividades típicas de um ASB já eram desenvolvidas pelos egressos, mesmo antes das modificações ocorridas na dinâmica do trabalho das equipes devido à nova legislação o que, provavelmente, está relacionado com o subdimensionamento do número de ASB nessas equipes, como apontado no depoimento do CD3 (p.158). Isso vem confirmar a hipótese de que, na percepção dos entrevistados, a atuação direta na cavidade bucal dos pacientes, durante a confecção de restaurações era a que mais definia a função do TSB, diferenciando-o de um ASB.

Os depoimentos dos egressos e cirurgiões-dentistas entrevistados (p.144) ilustram bem a dificuldade dos mesmos em apontar quais seriam as ações desenvolvidas por um TSB, a partir das mudanças ocorridas na dinâmica do trabalho em equipe, devido à nova legislação, que justificariam a contratação, pela instituição, de um técnico no lugar de uma auxiliar, de custo mais baixo. Faz-se alusão à tomada radiográfica intraoral, o contato direto com o paciente e o ensino de técnicas de escovação, mas eles não parecem convencidos da necessidade de permanência do técnico nas equipes e temem pelo futuro da profissão de TSB.

A nova proposta de trabalho da equipe de saúde bucal da rede municipal de Uberlândia encontra-se resumida na declaração do CD3 (p.144) onde se observa que o cirurgião-dentista passou a realizar todas as atividades do tratamento curativo e o TSB, a atuar na promoção da saúde realizando ações como bochechos com flúor, ensino de técnicas de higiene bucal e palestras sobre prevenção das doenças bucais. Quanto ao desenvolvimento das ações clínicas, os técnicos passaram a despender grande parte do sua jornada de trabalho auxiliando o cirurgião-dentista junto à cadeira odontológica e realizar tarefas que poderiam ser delegadas a um ASB. Há, portanto, uma clara mudança no perfil de atuação do TSB.

Um maior direcionamento da atuação do TSB no setor público para a promoção da saúde bucal, em detrimento das ações de assistência odontológica individual já tinha sido verificada por Frazão (1998) em um estudo sobre a participação de pessoal auxiliar nas ações de promoção da saúde, em cinco municípios do estado de São Paulo. De acordo com o autor,

o fato de, em alguns municípios, o pessoal auxiliar odontológico dedicar sua jornada de trabalho mais para promoção da saúde do que para as ações de assistência individual contribuía para a transformação das práticas da odontologia em saúde coletiva e do sistema de saúde em construção no Brasil. Estudos recentes (AGUIAR, 2010; FERREIRA *et al.* 2011; OLIVEIRA, 2011) também apontaram um maior direcionamento da atuação do TSB, no setor público, para a promoção da saúde bucal, em detrimento das ações de assistência odontológica individual.

Como consequência da mudança da prática profissional dos TSB inseridos nas equipes de saúde bucal da PMU, provocada pela aplicação da Lei 11.889, foi apontada, nas entrevistas, a queda na produtividade dos serviços de assistência individual (no que se refere aos níveis de intervenção restauradora) das equipes de saúde bucal, como destacado nos trechos abaixo:

[...] o único prejuízo que eu acho(que eu senti pra comunidade), foi isso: o atendimento em quantidade, agilidade do tempo que a gente tinha mais pacientes. Havia um maior número de procedimentos em um dia, atendia um maior número de pessoas. No momento a gente teve que diminuir a meta de procedimentos um pouquinho. (CD 3)

[...] eu acho que perderam a produtividade. Eu acho que isso na prefeitura é óbvio. Se a gente chegava numa escola e ficava um ano, agora a gente está ficando um ano e meio, dois anos, depois que passou a não restaurar mais. Então, quer dizer, caiu a produtividade. (TSBe3)

Quando eu restaurava, agilizava mais porque atendia mais pacientes. Eram marcados oito pacientes por quatro horas e agora diminuiu o número, então está atendendo um pouco menos. Então a população perdeu um pouco. A cobertura, nesse sentido. Porque a gente continua fazendo a parte da prevenção com os pacientes, só não está restaurando mais. Então perdeu um pouco no número de atendimentos. (TSBu2)

[...] eu falo na questão de cobertura, porque diminuiu demais o atendimento, eu acho que a população sente isso porque o número de vagas oferecidas despencou, caiu pela metade ou mais. (TSBu1)

Outras pesquisas são necessárias para avaliar o real impacto das mudanças no modelo de atenção à saúde bucal da PMU na assistência da população. Porém, as declarações acima citadas levam à reflexão sobre a importância da atuação do TSB nas ações de assistência clínica direta, que têm objetivo de contribuir com a equidade e integralidade das ações de saúde bucal no SUS. Não se pode desconsiderar a importância da atuação deles nas ações clínicas diretas, devido às imensas necessidades de tratamento odontológico por parte da população. De acordo com Zanetti (2012, p. 216), considerando que o Brasil é um país de

transição epidemiológica bucal incompleta¹⁶, os problemas advindos da interpretação da nova legislação sobre a participação dos TSB nos procedimentos operatórios restauradores intrabucais colocou “novas dificuldades para a tarefa pública de se saldar uma dívida assistencial secular.” A demanda por tratamento curativo ainda é muito elevada e o acesso aos serviços odontológicos são restritos. Há, portanto, a necessidade do aumento da oferta e da resolutividade desses serviços.

De acordo com os depoimentos colhidos nas entrevistas realizadas nessa pesquisa, tanto os TSB como os cirurgiões-dentistas consideram que, como resultado da aplicação da Lei 11.889/2008, a atuação do TSB nas equipes de saúde ficou similar à do ASB o que, somado ao fato de a contratação de auxiliares ter um custo menor do que a de técnicos, acarretará, no futuro, uma diminuição da inserção do TSB na rede municipal de saúde. Esses aspectos foram destacados nas falas seguintes:

[...]acredito que a PMU vai contratar ASB, apesar de que, se você ler lá as atribuições, você vê que o TSB ainda pode muito mais do que o ASB, mas eu me vejo exercendo uma profissão que o ASB pode exercer, apesar de ter a questão do raio x que o ASB não pode e o contato com o paciente. Mas eu acho que não existe muita diferença entre o TSB e o ASB. Segundo os coordenadores da prefeitura, ainda precisa do TSB, mas eu acho que é porque a gente ainda está na rede. Eu acho que na relação custo benefício, você acaba ficando com o ASB. (TSBu3)

[...] Eu vejo que a tendência é contratar mais auxiliares ao invés de técnicos, primeiro pelos próprios recursos financeiros, uma auxiliar é um profissional de custo mais barato e os técnicos, por eles terem agora uma limitação de não executar tantos procedimentos, ele está ficando mais restrito a clínicas, a universidades. Se bem que aqui em Uberlândia não tem muita implementação do PSF, mas no Brasil inteiro a gente vê que onde tem PSF implantado tem mais vaga para o técnico, para eles executarem as funções preventivas. Eu vejo de uma forma assim, que vai ter uma redução, mas está tendo uma abertura para o trabalho dos técnicos por parte do PSF. (CD2)

A preocupação com o futuro da profissão, devido à aprovação da Lei 11.899/2008, foi também mencionada por doze egressos que deixaram sua opinião no espaço a eles reservado no final do questionário. Como sublinhado na narrativa abaixo, o fato da referida Lei ter impedido o TSB de executar procedimentos que valorizavam a profissão, tornou sua prática profissional e remuneração salarial semelhante à do ASB, dificultando sua inserção no

¹⁶ De acordo com Moysés (2004), o Brasil atravessa uma importante transição demográfica e epidemiológica em saúde bucal: por um lado, tem-se o envelhecimento da população e o declínio da incidência de cárie na população jovem e por outro, ainda persiste o fenômeno da “polarização”, com um percentual importante de crianças e adolescentes com alta experiência de cárie. Problemas ligados aos acidentes traumáticos em meios urbanos e a ocorrência do câncer bucal, tornam-se cada vez mais importantes. Existe ainda na população adulta um estoque de doenças bucais acumuladas, refletidas no índice de edentulismo na terceira idade.

mercado de trabalho, fatos esses que podem levar à extinção do Curso de TSB, pois haverá maior procura pelo curso de ASB.

Quanto à lei 11889, esta retirou procedimentos que valorizavam o profissional TSB. Agora um TSB praticamente se assemelha a um ASB, o que provoca tal desvalorização, pois os CD contratam TSB como ASB, num jogo de valores financeiros que torna difícil a profissão de TSB. Dessa forma, em alguns anos, o curso de TSB corre o risco de extinção, pois as pessoas preferirão fazer um curso de ASB, já que é mais curto e fácil, ao invés de TSB, já que o mercado está absorvendo tais profissionais de maneira igualitária, sem grandes distinções, principalmente no tocante a valores de salários. (Q 2003, 15)

Os depoimentos acima deixam claro, mais uma vez, a forte ligação da imagem profissional do TSB com as atividades de assistência clínica direta, principalmente com a sua atuação na confecção de restaurações de dentes preparados pelo cirurgião-dentista. De fato, retirada essa atribuição do TSB, tanto os egressos como os cirurgiões dentistas entrevistados se mostraram incertos quanto às tarefas que o TSB poderiam desenvolver, depois de sancionada a Lei 11.889/2008, que realmente os diferenciasse dos ASB, nos serviços públicos.

No entanto, a leitura atenta das atribuições conferidas ao TSB na nova legislação revela que cabem, a esse profissional, importantes tarefas que contribuem sobremaneira com a consecução dos objetivos dos SUS. Como bem argumentou Oliveira (2011), as ações dos TSB inseridos nas equipes de saúde bucal do SUS deverão ir muito além da atuação clínica, estando voltadas para a promoção da saúde bucal e para a humanização da atenção, tendo o cuidado e o vínculo como eixo de suas ações.

De acordo com a legislação atual, um TSB pode executar todas as tarefas atribuídas a um ASB, porém, o inverso não é verdadeiro. Além disso, na equipe de saúde bucal, o TSB é responsável pelo treinamento e supervisão do trabalho do ASB. Essas são algumas das vantagens da contratação do TSB nos serviços.

Desde o início de sua formação, na década de 1950, com o objetivo de aumento da produtividade do CD, com qualidade, a atuação do TSB esteve mais voltada para os serviços públicos. Como já discutido anteriormente, quando não há a ampliação desse setor, o campo de trabalho para o TSB é restrito. No caso em questão, a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal sinalizou para a ampliação do campo de atuação dos auxiliares nas equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na maioria dos municípios. A partir de então, as políticas educacionais passaram a incentivar a formação do TSB. No entanto, na prática dos serviços implantados, o que se viu foi uma maior contratação de auxiliares e não de

técnicos que, comprovadamente, de acordo com as normas operacionais propostas para o setor, são fundamentais para que se alcancem os objetivos do Programa de Saúde Bucal proposto para o país.

Como bem pontuado por Wermelinger *et al.*,(2007), nenhum curso, seja ele de nível médio, graduação ou pós-graduação traz em si a garantia de ocupação de um posto de trabalho em razão, principalmente,

[...] do descompasso que se observa entre a esfera que forma (educação) e a que emprega (mercado), ocasionado por um mútuo desconhecimento de interesses, de necessidades e de distanciamento para desenvolverem, em parceria, ações conjuntas (WERMELINGER *et al.*, 2007, p.220).

A maior inserção do TSB no setor público passa, principalmente, pela correção do descompasso das políticas públicas citadas. A restrição das tarefas relacionadas à atuação desse profissional na assistência clínica dos pacientes, imposta pela nova legislação, modificou as possibilidades da sua atuação nos serviços, direcionando-a para as práticas de promoção de saúde. Esse fato não pode ser considerado como limitador da inserção desses profissionais no setor público, pois, de certo modo, vem ao encontro do objetivo traçado pelo Ministério da Saúde, explicitado no *Documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão*, relativo ao biênio 2010 – 2011, de aumentar a prevenção das principais doenças bucais: a cárie dentária e a doença periodontal (BRASIL, 2011a).

Para que uma profissão ocupe seu lugar no mercado de trabalho, não basta a regulamentação da profissão pelo governo. É de suma importância, nesse processo, que o seu trabalho seja reconhecido pelos membros da equipe de saúde e pela sociedade como um todo. Para isso, é preciso que a sociedade saiba que a profissão existe e por que existe. Esse é um processo que demanda tempo e exige a organização dos profissionais em associações que lutem pela legitimação da nova profissão pela sociedade.

4.2.2 Grau de satisfação com a profissão de TSB

Entre os egressos que, no momento da pesquisa, estavam inseridos no mercado de trabalho como TSB (n=79) e que responderam a questão referente ao grau de satisfação com a

profissão (n=75), 12,0% estavam totalmente satisfeitos com sua atividade profissional e 49,3%, satisfeitos. Nenhum deles se considerou insatisfeito com a profissão (Tabela 37).

Na opinião de cerca de 78,0% dos 133 egressos que atuaram e/ou ainda atuam como TSB, essa atividade profissional é bem valorizada pelos pacientes e por seus amigos e familiares (Tabela 38).

Tabela 37 – Grau de satisfação com a profissão de Técnico em Saúde Bucal dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU (n=75)

Grau de satisfação	n (%)
Satisfeito	37 (49,3)
Pouco satisfeito	29 (38,6)
Totalmente satisfeito	9 (12,0)
Insatisfeito	0 (0,0)
Total de respondentes	75 (100)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Tabela 38 – Opinião dos Técnicos em Saúde Bucal, egressos do Curso TSB/ESTES/UFU, sobre o grau de importância do trabalho deles para os pacientes e familiares

Opinião	Pacientes n (%)	Amigos e familiares n (%)
Muito valorizado	28 (21,0)	29 (21,8)
Valorizado	76 (57,1)	78 (58,6)
Pouco valorizado	28 (21,0)	23 (17,3)
Desvalorizado	1 (0,75)	3 (2,25)
Total de respondentes	133 (100)	133 (100)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Os trechos abaixo foram selecionados das narrativas escritas por doze egressos, no espaço livre no final do questionário, a respeito da valorização e reconhecimento obtidos com o desempenho da profissão de TSB:

[...] apesar de não ter feito um curso superior, o qual seria Odonto, me sinto realizada profissionalmente, pois é da minha profissão que obtenho recursos para manter minha família e realizei muito dos meus sonhos. Tenho uma profissão que é respeitada pelos outros profissionais, que sabem da grande importância do trabalho do TSB e ASB, que uma vez sem eles, o trabalho não rende. (Q 1996, 6)

[...] Tudo que tenho hoje foi fruto do meu trabalho e posso me vangloriar que por onde passei fui e sou considerada uma excelente profissional. (Q 1992, 7)

[...] com a minha formação, tudo mudou. Pessoas passaram a me valorizar mais, a me respeitar e ver em mim uma nova pessoa. Sinto-me útil em ajudar outras pessoas com o que aprendi e realizada com meus conhecimentos. Meus pais e meus irmãos sentem orgulho de ter na família um profissional de saúde e meu filho também tem orgulho de mim. Estou feliz. (Q 2009,1)

O fato de esses profissionais se sentirem valorizados pelos pacientes e familiares e a consecução de projetos pessoais por meio da remuneração recebida com o exercício profissional foram responsáveis pela satisfação dos egressos pesquisados. Por outro lado, como já discutido anteriormente nessa pesquisa, a baixa remuneração e a desvalorização do trabalho do TSB por parte dos cirurgiões-dentistas geraram insatisfações e contribuíram para que muitos egressos abandonassem a profissão. Esses resultados parecem confirmar que, quando existem condições favoráveis de inserção no mercado de trabalho, o desempenho da profissão de TSB proporciona reconhecimento e valorização social que se traduz em satisfação profissional.

Portanto, os resultados da presente pesquisa confirmam que conforme as condições para a realização do trabalho, facilitadoras ou desagregadoras, este pode ser, respectivamente, emancipador na medida em que é construtor e contribui para a realização do indivíduo criador e transformador de seu meio ou, alienador e fonte de sofrimento para o trabalhador, pois próprio do modo de produção capitalista atual (ARANHA e DIAS, 2009, p. 2).

Os seis TSB lotados nas equipes de saúde da SMS da PMU e que participaram da pesquisa declararam que estão satisfeitos com a profissão. Porém, como é observado nos depoimentos abaixo, o fato de eles, no momento da realização da pesquisa, apenas auxiliarem o cirurgião-dentista junto à cadeira odontológica durante a confecção de restaurações, causou insatisfação.

[...] ser TSB é algo que me dá muito orgulho, apesar de nos ter tirado o direito de fazer alguns procedimentos, ainda amo o que faço, mas me sinto incompleta por não fazer tudo o que sempre gostei. Gostaria que pudéssemos voltar a restaurar. (Q 1994, 5)

[...] Foi bom a Lei porque entendi que fomos reconhecidas como profissionais mas, ao mesmo tempo, o fato de não podermos mais restaurar me deprimiu muito porque eu amava restaurar, fazia com muito amor e profissionalismo. Espero que alguma coisa possa ser feita. (Q 1995, 2)

Depois da Lei 11889 acho que a profissão ficou desvalorizada, pois foram retiradas algumas funções. Em nossa cidade, ha algum tempo não são incluídos esses cargos nos concursos públicos. Vale ressaltar que gosto de trabalhar na área mas me sinto

desmotivada, desvalorizada. Independentemente, desempenho minha função de forma honesta, dinâmica, valorizando o paciente e meu trabalho. (Q 1996, 4)

Entre os TSB entrevistados, apenas um manifestou satisfação com o fato de ter mudado sua atividade profissional com a aplicação da Lei:

Me considero satisfeita. Eu gosto da minha profissão e eu acho que gostei até um pouquinho mais depois que parei de restaurar porque já estava assim, começando uma tendinite, então deu uma aliviada pra gente. Mas assim, eu continuo fazendo outras coisas que eu também gosto, eu também adorava restaurar, só que eu gosto também de dar aula, eu gosto de fazer a limpeza, tirar radiografia. Então tem muitas coisas que a gente faz ainda que eu sempre gostei de tudo na minha profissão. A única coisa que eu achei bom é que agora eu não sinto mais tanta dor que eu estava sentindo quando eu restaurava, porque eu restaurava muito. Eram oito pacientes por dia, mais ou menos. (TSBu,2)

A satisfação relatada acima com a mudança da prática profissional devido à redução das dores e do desconforto relacionados com o esforço despendido ao restaurar um grande número de dentes durante a jornada de trabalho, deve ser aqui destacada, pois muitos cirurgiões-dentistas e auxiliares desenvolvem doenças relacionadas ao desenvolvimento do trabalho (MEDEIROS e SEGATTO, 2012), motivo de grande preocupação dos gestores dos serviços de saúde.

As Lesões por Esforço Repetitivo (LER), também denominadas Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (Dort), representam um problema de saúde, provocado pela atividade laboral, muito comum na Odontologia. Vários fatores, como os movimentos repetidos, a má postura e o estresse, contribuem para o desenvolvimento desse distúrbio ocupacional que se manifesta de diversas formas¹⁷ podendo levar ao afastamento dos trabalhadores dos serviços e, em casos mais graves, à invalidez e aposentadoria precoce (MEDEIROS e SEGATTO, 2012). Nesse sentido, o fato de os TSB não mais realizarem os esforços repetitivos inerentes ao ato restaurador pode contribuir para a diminuição da incidência dessa doença entre esses profissionais.

Quanto à importância do trabalho do TSB nas equipes de saúde bucal da PMU, os seguintes depoimentos foram obtidos:

A importância é agilizar o atendimento e informar ao paciente a necessidade de se higienizar a boca, ensinar a ele como fazer isso, porque a única prevenção que existe contra a cárie é o uso da escova e fio dental, da maneira correta. Tem muita

¹⁷ Problemas como degeneração de discos intervertebrais na região cervical da coluna, bursite, tendinite e artrite nas mãos são doenças muito prevalentes em dentistas e estão relacionadas com desenvolvimento de LER/Dort ((MEDEIROS e SEGATTO, 2012).

gente que não sabe disso, não sabe como fazer isso. Então, nós que levamos isso até eles, então, acho que a importância nossa é essa. Na prevenção. (TSBu, 2)

Eu acho importante. Eu acho que, por exemplo, no caso como a gente trabalha em escola, então, são os pais das crianças ou qualquer pessoa, qualquer membro da escola, eles chegam primeiro pro técnico, depois que eles vão chegar pro dentista. Então já aconteceu de muitas vezes nem precisar falar com o dentista, o técnico mesmo resolveu o problema. Eu acho que a gente é como se fosse uma porta de entrada. Eu acho que a mesma população, quando você trabalha em UAI, ou mesmo na escola, parece que os pais, a comunidade, sentem-se mais à vontade em falar com a gente primeiro do que falar com o dentista. Então eu acho, assim, de extrema importância. (TSBe, 1)

[...] Com o trabalho que o técnico desenvolve você consegue atender mais a população sem perda de qualidade [...] nós temos pessoas que são verdadeiros artistas, dentro daquele contexto que elas podem fazer, que está definido para que elas façam [...] (CD1)

[...] nos ajudar a ter uma melhor produtividade e menor cansaço profissional. [...] como em serviço público tem muita cobrança de procedimentos cabe a elas fazerem o papel de escovação, de HBS, de aplicação de flúor, de forma mais detalhada. (CD2)

No geral, como nós dentistas trabalhamos na rede durante quatro horas e o técnico trabalha seis então, sempre sobram essas horas para o técnico ajudar na prevenção e promoção. [...] Ele ajuda no nosso rendimento, porque ele ajuda a gente quando não tem ASB que é o auxiliar, é o técnico que ajuda a quatro mãos, o nosso rendimento é maior. (CD 3)

Observa-se, nas declarações dos egressos lotados nas equipes de saúde bucal da PMU, que o fato de a nova legislação ter impedido o TSB de participar diretamente na confecção de restaurações gerou sentimentos como tristeza, desmotivação, incompletude. Compreende-se que esses sentimentos são resultantes da percepção, por parte dos egressos, do valor social das atividades que foram suspensas e do reconhecimento da sua capacidade técnica para o desenvolvimento dessas ações, conferida pela formação recebida.

É interessante notar que, se por um lado os egressos expressaram seus sentimentos de frustração com as mudanças na sua rotina de trabalho devido à nova legislação que, segundo os depoimentos, desvalorizou a profissão, por outro, ressaltaram a maior importância da atuação profissional do TSB nas equipes de saúde está na prevenção das doenças bucais e no acolhimento dos usuários dos serviços de saúde. Essas declarações parecem indicar que o maior direcionamento da ação do TSB para as práticas promocionais levou os egressos à reflexão sobre seu papel na equipe de saúde com consequente valorização dessa atribuição para a profissão.

O trabalho em saúde é um processo de produção do cuidado fundado numa intensa relação interpessoal, em que as relações dos profissionais com os usuários, assim como as que

ocorrem entre os profissionais, têm um papel importante na construção dos resultados (MERHY, 2004). Assim sendo, é importantíssimo o reconhecimento, por parte do TSB, da relevância de sua atuação no acolhimento e posterior acompanhamento desses usuários, destacado nos depoimentos colhidos. Isso contribui para a valorização do profissional e, conseqüentemente, para o aumento da qualidade dos serviços prestados à população.

4.3 Avaliação dos Egressos sobre a Formação recebida no Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU)

Os dados sobre a avaliação da formação recebida no Curso TSB/ESTES/UFU foram obtidos no questionário de pesquisa e nas entrevistas.

4.3.1 Grau de satisfação dos egressos com a formação oferecida pelo Curso e a avaliação sobre a adequação dos conteúdos desenvolvidos com o mercado de trabalho

A grande maioria dos egressos (99,0%) declarou-se totalmente satisfeita ou satisfeita com a formação recebida no Curso (Tabela 39). Os conteúdos desenvolvidos durante o Curso foram considerados adequados às necessidades do mercado de trabalho para 82,9% dos entrevistados (Tabela 40).

Tabela 39 – Grau de satisfação dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU com a formação recebida no Curso

Grau de satisfação	n (%)
Totalmente satisfeito	111 (57,2)
Satisfeito	81 (41,8)
Pouco satisfeito	2 (1,0)
Total de respondentes	194 (100)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Tabela 40 – Declaração dos egressos do Curso TSB/ESTES/UFU que atuaram como TSB e/ou ASB sobre a adequação dos conteúdos desenvolvidos no Curso ao mercado de trabalho

Variável	n (%)
Sim	136 (82,9)
Moderadamente	22 (13,5)
Não sabe	4 (2,4)
Não	2 (1,2)
Total de respondentes	164 (100)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

Todos os TSB, membros das equipes de Saúde Bucal da PMU que participaram desta pesquisa, afirmaram que a formação recebida durante o Curso foi adequada ao trabalho por eles realizado. Segue-se, como exemplo, o depoimento de um TSB que sublinha, por outro lado, que alguns conteúdos desenvolvidos não são mais praticados no seu local de trabalho, pois algumas tarefas foram vetadas por Lei.

[...] com certeza a formação foi satisfatória. Tudo o que a gente aprendeu no curso a gente desenvolveu. É claro que a gente melhora, aprimora como profissional, mas tudo que a gente viu lá, a gente fez uso e ainda faz até hoje. Não faz mais porque foram vetadas algumas coisas, pelo menos no entendimento da Lei, mas a gente usa sim tudo o que a gente aprendeu. (TSBu, 3)

Todo profissional carrega uma ‘caixa de ferramentas’ ou ‘valise tecnológica’ com todos os saberes e técnicas que aprendeu ao longo de sua vida. Ela é preenchida por tecnologias divididas em ‘duras’, ‘leve-duras’ e ‘leves’. As tecnologias duras são as ferramentas de trabalho, máquinas, equipamentos e materiais que estamos habituados a chamar de tecnologia. As tecnologias leves-duras são o saber técnico estruturado relacionado com o saber fazer clínico e, as tecnologias leves, são saberes não estruturados que envolvem subjetividades que dizem respeito à produção de relações entre trabalhador e usuário/paciente (MERHY e FRANCO, 2009).

Sabe-se que, na Odontologia, como em outras áreas da saúde, há um incremento constante de inovações tecnológicas, como as novas terapias com flúor, a evolução dos tratamentos estéticos e o desenvolvimento da implantodontia e dos métodos de imagem. Observou-se também, nesse período, a evolução da informática e da tecnologia digital que modificaram hábitos e impulsionaram o desenvolvimento de diversas especialidades.

Frente a essa realidade, os conteúdos desenvolvidos pelo Curso foram sempre atualizados para atender às demandas do mercado. Porém, para os egressos diplomados há, por exemplo, dez ou vinte anos não houve, durante sua formação, exposição a grande parte dessas adequações curriculares. Mesmo assim, 82,9% dos entrevistados consideraram que os conteúdos desenvolvidos durante o Curso foram adequados às necessidades do mercado de trabalho.

As afirmações dos egressos indicam que as tecnologias leve-duras e leves, em parte desenvolvidas no Curso, possibilitaram adequar os conhecimentos adquiridos às mudanças ocorridas nas tecnologias “duras”. Algumas falas dos egressos sobre a importância dos conteúdos aprendidos no Curso para seu desenvolvimento profissional e pessoal sinalizam de que forma isso ocorreu: “*aprendi muito na teoria*”; “*foi muito importante para me ensinar o porque de muitas coisas que eu já fazia no meu trabalho*”; “*mais segura para falar em público*”; “*conhecimento e segurança para desempenhar as atividades no meu trabalho, tanto no preventivo como no restaurador*”. Parece, portanto, que os conteúdos desenvolvidos durante o Curso contribuíram para a construção de uma base sólida, teoricamente fundamentada, que deu sustentação para a execução das práticas inerentes à profissão de TSB. A busca por atualização dos conhecimentos, por grande parte dos egressos, também demonstra a importância dada à fundamentação teórica para o desenvolvimento de novas práticas durante seu desempenho profissional.

Dos vinte e dois conteúdos desenvolvidos durante o Curso, listados no questionário de pesquisa, a maioria (14; 63%) foi aplicada nas práticas profissionais por pelo menos a metade dos egressos que atuaram com TSB e/ou ASB. Os conteúdos “Estudos e levantamentos epidemiológicos”, “Técnicas auxiliares em ortodontia”, “Técnicas auxiliares em implantodontia” e “Informática” foram aplicados por menos de 30,0% dos egressos (Figura 3).

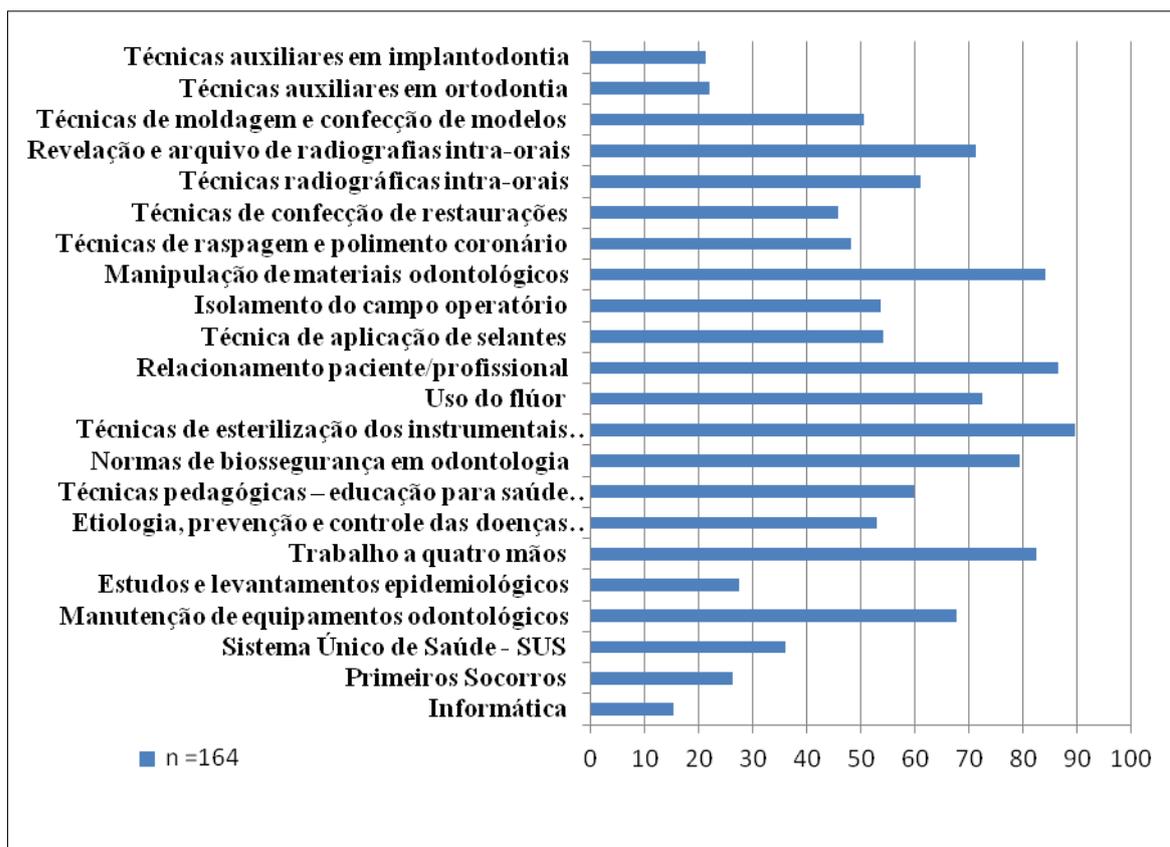


Figura 3 – Distribuição da frequência de aplicação dos conteúdos desenvolvidos durante o Curso TSB/ESTES/UFU no exercício profissional dos egressos que atuaram como TSB e/ou ASB

O aprendizado dos conteúdos “Informática” e “Técnicas auxiliares em ortodontia” oferecidos durante o Curso foram considerados insuficientes por (54,8% e 24,3%, respectivamente) dos egressos que trabalharam como TSB e/ou ASB (Figura 4).

oferta, por parte da ESTES, de cursos de educação continuada relacionada a aspectos da informática aplicada à área da saúde, poderá contribuir para uma melhor atuação de seus egressos no mercado de trabalho.

4.3.2 Sugestões para a melhoria do Curso

A necessidade de inclusão de novos conteúdos no Curso para atender às necessidades do mercado de trabalho foi apontada por 68 (42,5%) dos egressos que trabalharam como TSB e/ou ASB. O conteúdo relacionado à ortodontia foi o mais sugerido pelos 43 egressos que especificaram os conteúdos que deveriam ser incluídos no Curso (Tabela 41).

Tabela 41 – Conteúdos sugeridos* pelos egressos para serem incluídos no Curso TSB/ESTES/UFU

Conteúdos sugeridos	n (%)
Ortodontia	14 (32,5)
Outros	12 (27,9)
Aulas práticas	7 (16,3)
Implantodontia	6 (13,9)
Informática	6 (13,9)
Atendimento ao público	4 (9,3)
Total de respondentes	43 (100)

TSB = Técnico em Saúde Bucal; ESTES = Escola Técnica de Saúde; UFU = Universidade Federal de Uberlândia

Fonte: DADOS DA PESQUISA, QUESTIONÁRIO APLICADO.

*alguns egressos sugeriram mais de um conteúdo

Catorze egressos deixaram suas sugestões para melhoria do Curso no espaço livre a eles reservado no final do questionário de pesquisa. Entre eles, destacam-se o aprofundamento dos conteúdos ligados à especialidade de ortodontia (n=3), um maior número de aulas práticas (n=4), o desenvolvimento de conteúdos que enfatizem a importância do trabalho do TSB na sociedade (n=4). Foi enfatizado que a ESTES deve tomar para si a divulgação da importância do trabalho do TSB tanto para os profissionais de saúde bucal como para a sociedade em geral (n=3).

Para melhorar o curso, tem que aprofundar mais sobre Ortodontia, que é uma área em destaque para atuação do TSB. (Q 1998, 8)

O curso é muito enriquecido, os conteúdos são ótimos, mas acho que a parte prática deveria ter mais horas, trabalhar mais. (Q 2009, 3)

Como sugestão para melhoria do curso aponto que devem ser feitos muitos trabalhos durante a realização do curso que demonstrem o valor e a importância do TSB para a sociedade. (Q 2009, 10)

[...] Só lamento hoje a falta de incentivo e de valorização destes profissionais, até dentro da própria UFU. Acho que nesse ponto, a escola deveria ser mais atuante, tanto no sentido de mostrar para os dentistas e para a população em geral o importante papel que o TSB e o ASB podem fazer, quando valorizado e dando suporte técnico a estes profissionais. (Q 1990, 6)

Em relação ao conteúdo direcionado à especialidade de ortodontia, bastante solicitado pelos egressos, algumas considerações são relevantes. Tendo em vista a importância da utilização de pessoal auxiliar na ortodontia, Silva *et al.* (2006) investigaram se os cirurgiões-dentistas que atuam nessa área têm conhecimento das funções que podem ser delegadas ao TSB e ASB, de acordo com a legislação vigente. Os autores constaram que 95,0% dos ortodontistas entrevistados empregavam pessoal auxiliar, a maioria ASB, para o aumento da produtividade de seus serviços. Grande parte desses auxiliares trabalhava diretamente com o paciente, sob a supervisão do ortodontista, executando, além das tarefas atribuídas a esses profissionais, procedimentos que são atribuições específicas do cirurgião-dentista como moldagens de estudo, colagem direta de braquetes, troca de fios ortodônticos, retirada ou colocação de amarrilhos, colocação de borrachas para a separação de dentes e colagem de contenção fixa. Isso demonstra que a legislação vigente é ignorada ou descumprida pelos cirurgiões-dentistas. Diante dessa constatação, os autores consideraram que seria prudente a revisão responsável da norma que define a atuação destes profissionais junto ao ortodontista, pois a delegação de funções aos auxiliares, relacionadas ao tratamento ortodôntico, parece ser um processo irreversível.

O estudo acima veio confirmar o que há muito tempo se verifica na prática ortodôntica no país. Acontece nessa especialidade uma postura, em relação ao trabalho dos auxiliares, diferente da encontrada em outras áreas da Odontologia. Enquanto esses profissionais delegam aos suas auxiliares tarefas que são realizadas na cavidade bucal dos pacientes, como as citadas por Silva *et al.* (2006), em outras especialidades, foi observado um forte movimento contra esse tipo de atuação que culminou na redação da Lei 11.889/2008 com grandes restrições de atuação do TSB na cavidade bucal dos pacientes. Infelizmente, nenhuma das tarefas listadas acima por Silva *et al.* (2006), foi atribuída ao TSB ou ASB na nova legislação.

Assim sendo, mesmo ciente do que ocorre na prática dos auxiliares que atuam com ortodontistas, o Curso TSB da ESTES/UFU não pôde contemplar as solicitações dos egressos

quanto ao desenvolvimento de conteúdos relacionados com essa especialidade, visto que não são, de acordo com a atual legislação, de competência desses profissionais. Frente ao grande campo de atuação oferecido aos auxiliares por essa especialidade, entende-se que estudos sobre os riscos e benefícios trazidos aos pacientes, pela atuação direta dos auxiliares quando do desenvolvimento das tarefas aqui consideradas, fazem-se necessários para que, futuramente, se possa pleitear uma adequação da Lei 11.889 nesse aspecto.

A solicitação dos egressos para que a ESTES busque mecanismos para a divulgação, junto aos cirurgiões-dentistas e a sociedade, da importância da profissão TSB, leva à reflexão sobre o papel da instituição formadora no processo de legitimação da profissão pela sociedade. Cabe aqui registrar que, até o momento de realização da presente pesquisa, não foi verificada nenhuma forma de organização ou representação dos TSB e/ou ASB no município.

A qualificação profissional possui três dimensões: a conceitual, que reconhece a aprendizagem por vias formais e confere o diploma ou título da qualificação; a experimental, relacionada com as competências construídas e demonstradas na prática do trabalho e a social, que diz respeito às relações sociais tecidas entre trabalhadores e empregadores, portanto de caráter político (RAMOS, 2002).

A dimensão social da qualificação evidencia que tantos outros elementos, além do saberes de diplomas, atuam na configuração da divisão social e técnica do trabalho. Ao se considerá-los, reconhece-se que a hierarquia social sofre influências, por exemplo, do costume e da tradição socialmente construídos, do prestígio social das profissões, do nível de organização coletiva de uma categoria, das regras e disputas corporativas, das disputas internas a categorias e entre trabalhadores de uma mesma categoria, entre outras. Por essa perspectiva, a qualificação é compreendida como uma construção dinâmica, síntese das dimensões conceitual, social e experimental (RAMOS, 2002, p. 405).

Para a referida autora, nas Diretrizes Curriculares da Educação Profissional de Nível Técnico, são apenas consideradas as dimensões conceitual e experimental da qualificação, prevalecendo um claro determinismo tecnológico. Como consequência, tem-se a despolitização das relações sociais e a individualização das reivindicações e negociações, visto que questões relacionadas ao desemprego e à precarização das relações do trabalho, entre outras, assumem um caráter estritamente técnico.

Portanto, acredita-se que, como apontado por Stutz (2009), a maior contribuição do Curso para o processo de legitimação da profissão pela sociedade se dará quando houver investimento efetivo na formação de cidadãos críticos, capazes de reivindicar melhorias em suas condições de trabalho e de se organizar como categoria profissional. Para tanto, faz-se

necessária uma maior integração dos conteúdos trabalhados no Curso de forma que aos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sejam desenvolvidos com importância similar aos dos conteúdos técnicos. Acredita-se que

[...] o estímulo ao envolvimento do alunado nas discussões pertinentes à organização escolar, aos conteúdos tratados em sala de aula, assim como atividades relacionadas ao trabalho via estágios, talvez contribua de forma efetiva para que seus egressos, enquanto profissionais atuantes participem dos processos decisórios de sua categoria e adquiram um nível de organização tal que conquistem mudanças significativas quanto à sua valorização profissional e condições de trabalho [...] (STUTZ, 2009, p. 181).

As atividades extramuros são importantes para que os alunos conheçam a realidade do seu futuro no mundo do trabalho e constitui, também, um bom mecanismo de exposição social da sua futura profissão. Nesse sentido, entende-se que é necessária a formulação de projetos de extensão em que sejam elaboradas estratégias de atuação dos educandos que efetivamente colaborem com a divulgação da profissão de TSB e para a reflexão sobre a importância do papel social da profissão.

A pesquisa junto aos membros das equipes de saúde bucal da PMU foi realizada num momento de adaptação, em relação às modificações ocorridas na prática de seu trabalho, em consequência da sanção da Lei 11.889/2008 que levou a reflexões sobre o papel de cada membro da equipe no novo modelo de atenção então apresentado. Ficou claro, nos diversos depoimentos colhidos, que houve uma mudança radical na forma de atuação dos TSB que passaram a dedicar a sua jornada de trabalho mais para a promoção da saúde bucal em detrimento das ações de assistência individual. Considera-se, portanto, que seria muito oportuno que a ESTES, por meio do seu Curso TSB, investigasse, junto aos egressos que atuam nesse setor, a necessidade de cursos para atualização de conhecimentos que embasassem a sua nova forma de atuação.

A reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, realizada na presente pesquisa, pode trazer elementos para a construção de novas estratégias pedagógicas para o desenvolvimento do Curso. No processo de trabalho de prestação de serviços, como no caso da saúde e da educação, as modificações objetivadas deverão ocorrer no usuário dos serviços. Portanto, é desejável e deve ser estimulada a efetivação de sólidas relações interpessoais entre os membros da equipe de saúde e os usuários. Desse modo, o profissional de saúde é constantemente modificado pelo exercício de sua atividade e pelo resultado do seu trabalho, o que torna esse processo um momento privilegiado na formação da subjetividade dos

envolvidos. Neste contexto, acredita-se que o desenvolvimento de estágios curriculares junto às equipes de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Uberlândia poderá se configurar em uma estratégia de desenvolvimento dos alunos de forma crítica e criativa que muito poderá contribuir para uma cidadania emancipadora.

Frente às atribuições conferidas ao TSB pela nova legislação, o plano/projeto pedagógico do Curso sofreu alterações (ESTES, 2010). Dentre essas alterações destaca-se a retirada da habilidade de “realizar técnicas de raspagem coronária”. Justifica-se essa alteração pelo entendimento que a Lei permite apenas a remoção do biofilme, realizada por meio de técnicas de escovação e profilaxia. Como não é permitida a remoção do cálculo, o ensino de técnicas de raspagem não é justificado.

Como já discutido anteriormente, a forma como foi redigida a referida Lei deu margem para pelo menos duas interpretações sobre essa atribuição. Uma, que considera o biofilme apenas como placa bacteriana e outra, que o considera que o cálculo é uma forma de biofilme calcificado. Retirando a habilidade que confere ao estudante a capacidade de remover cálculo, o Curso optou por considerar, como o fez o Conselho Regional de Minas Gerais (CROMG, 2012), o biofilme apenas como placa bacteriana.

Encontra-se em fase de estudo a reformulação da habilidade de “inserir, condensar e esculpir materiais restauradores em cavidades preparadas pelo cirurgião-dentista” cujo enunciado será alterado para a forma como está redigido na Lei: “inserir e distribuir, no preparo cavitário, materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentais não indicados pelo cirurgião-dentista” (BRASIL, 2008). Do mesmo modo, a forma como essa atribuição foi redigida deu margem a várias interpretações. A questão mais polêmica é se o TSB pode ou não esculpir as restaurações. Caso o Curso opte por não mais desenvolver a prática de escultura das restaurações, a carga horária dessa subfunção deverá ser bastante reduzida.

Existem poucos trabalhos sobre a atuação do TSB nas equipes de saúde bucal depois de sancionada a Lei 11.889/2008. Entre elas, a pesquisa realizada por Oliveira (2011) evidenciou que, em alguns municípios mineiros, o TSB deixou de fazer a remoção de tártaro e uma baixa porcentagem deles realiza a inserção e distribuição de substâncias restauradoras. Outra pesquisadora, Aguiar (2010), observou que existem diferenças significativas na forma de atuação do TSB nas equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da família de quatro municípios brasileiros.

Diante dos resultados acima e dos obtidos na presente pesquisa, entende-se que seria necessária uma discussão, em nível nacional, entre as diversas instituições formadoras do TSB, sobre as habilidades que devem ser desenvolvidas durante a formação desse profissional, objetivando a construção de um perfil que possibilitasse a atuação dos mesmos, de forma competente, em qualquer cidade ou região do país.

4.3.3 A importância do Curso para os egressos

No espaço reservado, no final do questionário, para que os egressos escrevessem, livremente, sobre a importância do Curso TSB na sua vida profissional e/ou pessoal e deixassem suas sugestões para a melhoria do Curso, vinte e cinco egressos registraram a importância dos conteúdos aprendidos no Curso para seu desenvolvimento profissional e pessoal como: o aperfeiçoamento da prática profissional (dos que já exerciam a profissão quando ingressaram no Curso); a melhoria no relacionamento interpessoal e maior segurança no desenvolvimento das atividades profissionais. A aplicação pessoal e divulgação dos conhecimentos adquiridos sobre saúde bucal foi relacionado por onze egressos.

Gostei muito do curso, aprendi a cuidar da minha saúde bucal e da minha família o que, para mim, já valeu a pena ter concluído o curso. (Q 2002, 9)

O Curso de TSB para mim foi muito satisfatório. Como já estou na profissão há 15 anos, aprendi muito na teoria, principalmente na saúde pública, as leis em geral, na prática me aperfeiçoei bastante; me realizei pessoalmente... (Q 2009, 3)

O curso foi muito importante para me ensinar o porque de muitas coisas que eu já fazia no meu trabalho onde fui treinada a repetir o que me foi ensinado pelo CD. O conhecimento que adquiri no curso contribui para o meu crescimento como profissional podendo assim atender melhor o trabalho desenvolvido pelo CD. (Q 2000, 7)

[...]melhoraram muitos aspectos da minha vida, tanto no campo pessoal e principalmente no campo profissional. Hoje me sinto mais segura para falar em público, deixei a timidez de lado, me relaciono melhor com as pessoas. (Q 2007, 1)

Tudo que realizei no sentido profissional e pessoal foi graças a este curso, com o qual tive conhecimento e segurança para desempenhar as atividades no meu trabalho, tanto no preventivo como no restaurador. (Q 1990, 4)

Para dez egressos, o Curso foi importante por possibilitar o acesso à graduação.

Os cursos técnicos nos levam ao mercado de trabalho preparados, nos dando a chance de financiarmos uma graduação na área escolhida. (Q 1990, 3)

Através do curso de TSB é que tive a oportunidade de um emprego melhor, onde minha remuneração era melhor. Através desse emprego tive a oportunidade de concluir a graduação e a especialização. (Q 2003, 9)

A importância do Curso para a inserção no mercado de trabalho, com consequentes ganhos financeiros e crescimento pessoal e profissional, foi apontada por 35 egressos como pode ser verificado nas seguintes narrativas:

O curso técnico é muito importante para adentrarmos no mercado de trabalho, nos torna corajosos para continuarmos, e foi um passo para conquistar bens como minha casa, a educação e formação dos meus filhos e a realização de um sonho: a faculdade". (Q 2000, 3)

O curso foi o ponto de partida para minha vida profissional e tudo que eu tenho e parte do que eu sou, devo à minha profissão. (Q 1990, 6)

O curso para mim teve uma importância significativa, onde tive a oportunidade de trabalhar por mais de sete anos em uma universidade, onde pude colocar em prática muito do que aprendi no curso, fui muito valorizado por isso.[...] hoje vejo que ela foi um degrau importante na minha vida e ainda está sendo a minha âncora financeira. (Q 2003, 4)

o curso TSB foi uma descoberta maravilhosa e uma formação profissional. Tive a oportunidade de estar dentro de uma conceituada universidade, proporcionou o desejo de alavancar voos mais altos e buscar novos desafios. (Q 2003, 5)

No depoimento sobre a importância do Curso na vida pessoal e profissional dos egressos entrevistados, membros das equipes de saúde da PMU, a possibilidade de ingresso em melhores empregos e a importância dos conhecimentos adquiridos no Curso foram enfatizadas.

Antes, eu já trabalhei de doméstica, depois trabalhei em uma clínica. Trabalhava oito horas, ganhava pouco, um salário mínimo. Esse curso me deu a oportunidade de trabalhar menos e ganhar mais. Meu trabalho melhorou e eu trabalho só seis horas e eu aprendi muitas coisas, pra mim e pra passar pros outros também. Foi tudo de bom, esse curso. (TSBu, 2)

[...]quando eu fiz o curso, já tinha 10 anos que eu tinha parado de estudar. Aí foi uma divisão de águas na minha vida porque depois do curso eu comecei a trabalhar contratada e, depois veio o concurso, comecei a trabalhar e estou aqui até hoje. Então, o que o curso me trouxe foi uma profissão que é uma profissão que eu amo muito, não deixo por nada e que através do meu emprego eu consegui muitas coisas, realizar muitos sonhos e ainda tenho realizado muitos sonhos através do salário que eu ganho com a profissão que eu escolhi. (TSBe 3)

Os depoimentos acima apontam que a formação profissional oferecida pelo Curso TSB da ESTES/UFU alcançou vários objetivos. Representou, para muitos egressos do ensino

médio, a oportunidade de retomada dos estudos formais, a inserção no mercado de trabalho e ascensão profissional e a possibilidade de prosseguimento dos estudos em um curso de graduação. Os ganhos financeiros e de qualidade de vida com a profissão foram ressaltados, assim como a importância dada aos conhecimentos adquiridos no Curso que promoveram mudanças de hábitos e atitudes na vida pessoal e profissional dos egressos e deram segurança para o desenvolvimento da profissão.

Considerando que, no Brasil, 75% dos quase 135 milhões de pessoas com idade acima de dezoito anos não concluíram a educação básica (MACHADO, 2010), entende-se que os egressos do ensino profissional de nível técnico se reconheçam como um grupo privilegiado. Isso pôde ser verificado a partir das narrativas registradas na presente pesquisa, em que adultos trabalhadores, cuja trajetória educacional, embora por vezes precária e sacrificante, é tida quase que como uma dádiva.

É possível, portanto, afirmar que o ensino profissional de nível técnico de forma sequencial, como o oferecido pela ESTES, desempenha importante função social ao contribuir para a ampliação das possibilidades, para seus egressos, de acesso aos direitos sociais.

Entretanto, trata-se de verificar como essa percepção manifesta de gratidão e a satisfação por ter cursado e concluído um curso profissional se relaciona com o papel do ensino profissional nas políticas educacionais brasileiras.

De acordo com Oliveira (2010), na perspectiva da lógica da empregabilidade e da teoria do capital humano, o sucesso e ou fracasso dos indivíduos está diretamente relacionado com as competências que cada um acumulou e disponibilizou no mercado de trabalho. Para o autor,

A lógica individualizante define que a condição de pobreza não tem relação direta com o modelo econômico e as políticas de desenvolvimento adotadas em cada uma das nações. Segundo a perspectiva neoliberal, os indivíduos são expressões dos movimentos e práticas que colocam em ação com intuito de alcançar seus objetivos (OLIVEIRA, 2010, p. 381).

A lógica meritocrática e da individualização do sucesso/fracasso econômico que transfere ao indivíduo, em detrimento de presença estatal, a responsabilidade por sua condição social, é uma importante dimensão da regulação da educação profissional no país. “Serve como um construto ideológico para blindar o Estado às críticas potencialmente feitas em virtude do aumento da pobreza e da crise do emprego”. Portanto, a educação profissional foi assumida, nos últimos anos, como política estatal e mecanismo de coformação da classe trabalhadora (OLIVEIRA, 2010, p. 384).

Observamos, no desenvolvimento da presente pesquisa, que a história da educação profissional no país sempre esteve vinculada aos interesses do capital. Nos embates políticos ideológicos que acompanharam ou que estiveram subjacentes às reformas educacionais relativas à educação da classe trabalhadora no Brasil, principalmente a partir da década de 1980, evidenciaram-se duas concepções para a formação dos nossos jovens. Uma, com ênfase no aprendizado de formas de fazer desvinculada da criação e recriação teórica e outra, que busca proporcionar ao trabalhador a compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos, sócio-históricos e culturais da produção da existência humana (Ramos, 2010). Para Frigotto (2001), com a aprovação da LDB em 1996, a Educação Profissional, desvinculada do ensino médio, foi atrelada a uma perspectiva de adestramento e acomodação, subordinada ao ideário do mercado e do capital. Em contraposição a essa concepção de Educação Profissional, autores como Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005, p. 43) defendem que, em uma sociedade conjunturalmente desfavorável, na qual os filhos dos trabalhadores precisam obter uma profissão ainda no nível médio, o ensino médio integrado ao ensino técnico sob uma base unitária de formação geral é o atualmente possível e necessário para a transformação dessa conjuntura e para “se fazer a travessia para uma nova realidade”.

Frente à realidade aqui documentada, acredita-se que, do mesmo modo que a disputa política por um ensino médio integrado à educação profissional deve fazer parte da agenda dos setores progressistas da sociedade, o ensino profissional ofertado àqueles que já concluíram o ensino médio necessita ser incluído na discussão da educação para os jovens trabalhadores. Pesquisas que investiguem maneiras de corrigir ou mesmo amenizar os efeitos de um ensino básico precário na formação técnica de forma subsequente e que contribuam para a não conformação desses trabalhadores ao mercado e ao capital se fazem necessárias e oportunas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo contribuir para a reflexão sobre a educação profissional em saúde no Brasil, a partir da análise da avaliação que os egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU) fizeram sobre sua formação e prática profissional.

Partindo da análise da evolução da educação profissional no Brasil, procuramos compreender a criação e o desenvolvimento da formação do Técnico em Saúde Bucal. A implantação do Curso TSB da ESTES/UFU, em 1988, ocorreu numa época de importantes movimentos sociais na área da educação e da saúde sob a influência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1971, que respaldou e incentivou a criação de cursos técnicos em todo território nacional, e da Reforma Sanitária, que deu origem a novas formas de pensar e agir sobre os problemas de saúde da população. Desde sua implantação até os dias atuais, o Curso passou por modificações consoantes com a evolução da educação profissional no país, sobretudo a nova LDB de 1996 e as Diretrizes Curriculares do Ensino Profissional de Nível Técnico e dos modelos de assistência odontológica desenvolvidos até a criação da Estratégia da Saúde da Família pela atual Política Nacional de Saúde.

Ao percorrer a história da profissionalização do Técnico em Saúde Bucal (TSB), no Brasil, verificamos que a ainda contemporânea polêmica quanto à formação e atuação desses profissionais tem sua origem no início dos anos 1950 do século passado. Constatou-se que essa história é transpassada pelas disputas entre diferentes grupos da categoria odontológica sobre o direito do TSB de exercer determinadas atividades na equipe de saúde bucal. De um lado, os interesses corporativistas da classe odontológica, muito bem organizada em associações que defendiam o monopólio dos seus serviços no mercado de trabalho e dificultavam o repasse das tarefas de menor complexidade para as profissões auxiliares e, de outro, os profissionais que defendiam a implantação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência odontológica. Apesar dos esforços de profissionais comprometidos com os princípios do SUS e com uma atuação mais ampla desses profissionais na prestação de serviços odontológicos à população, principalmente em relação às ações clínicas realizadas diretamente na cavidade bucal dos pacientes, os interesses corporativistas da categoria odontológica predominaram e resultaram na restrição da atuação dos técnicos na redação da Lei 11.889/2008 que regulamentou a profissão de TSB.

A criação e desenvolvimento do Curso TSB da ESTES/UFU é parte e consequência desse contexto histórico. A construção do perfil de conclusão desse Curso esteve atrelada, desde a sua criação até a regulamentação da profissão, em 2008, às normatizações, muitas vezes paradoxais, de formação e atuação desse profissional, dadas pelo Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde e Conselho Federal de Odontologia, bem como às necessidades do mercado de trabalho odontológico do município e região. Com a recente regulamentação da profissão, um novo perfil de conclusão do Curso encontra-se em discussão. Com o objetivo de colaborar com essa reflexão, buscaram-se subsídios no estudo do processo de trabalho em saúde e, mais especificamente, na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios norteadores foram responsáveis por significativas modificações no mundo do trabalho e no perfil dos trabalhadores da área da saúde no país.

A pesquisa sobre a evolução da ocupação de Técnico em Saúde Bucal e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu identificar as aberturas e entraves postos a esse profissional no mercado de trabalho. O SUS tem o desafio de tornar as ações de saúde um direito básico e acessível a toda a população, assegurar uma assistência de qualidade com eficiência e de maneira sustentável, bem como manter o equilíbrio entre a extensão da cobertura e a profundidade da atenção. Para tanto, algumas estratégias têm sido criadas, como a estruturação de equipes de trabalho integradas por profissionais de nível superior, técnico e auxiliar. Frente às imensas necessidades de assistência odontológica à população e a comprovada capacidade de aumento de produtividade dos serviços, com qualidade, por meio do emprego de pessoal auxiliar, foram propostas políticas para formação e inserção do TSB e ASB na assistência odontológica pública do país. Com efeito, o SUS foi o maior empregador e incentivador da formação desses profissionais em todo território nacional principalmente na década de 1990. Já nos anos 2000, apesar do propalado pela Política Nacional de Saúde Bucal, no discurso do Brasil Sorridente, em 2004, que inclusive publicou o “Perfil para a formação do TSB e ASB”, a inserção do TSB nas equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família foi pequena, não correspondendo às expectativas das instituições formadoras.

Com o objetivo de traçar o perfil dos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (TSB/ESTES/UFU) e de analisar a avaliação que eles fazem da profissão e da formação recebida no Curso foi aplicado um questionário em 195 egressos do total de 306 diplomados entre os anos de 1989 até 2009 e

realizadas entrevistas com profissionais das equipes de saúde bucal da rede municipal de saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, egressos do referido Curso. Para uma melhor compreensão do impacto da aprovação da Lei 11.889 na prática dos egressos inseridos nessas equipes, a pesquisa entrevistou, também, quatro cirurgiões-dentistas do Programa Odontológico da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia.

Os resultados obtidos revelaram que os egressos são, em sua maioria, trabalhadores, do sexo feminino, procedentes de escola pública e que ingressaram no Curso com idade média de 24,8 anos. A investigação dos motivos que levaram os egressos a optarem pelo Curso TSB/ESTES/UFU desnudou os limites impostos pela condição social da maioria dos jovens egressos do ensino médio público do Brasil quando das suas “escolhas profissionais”. A necessidade de ter uma profissão que garanta seu sustento ou ajude nas despesas, a falta de recursos para custear uma faculdade particular ou para se preparar para concorrer, de forma competitiva, a uma vaga nas universidades públicas parecem determinantes na escolha por um curso técnico de nível médio, oferecido pelo Governo, por parte dos egressos aqui pesquisados. A constatação de que mais da metade dos egressos prosseguiram seus estudos, concluindo um curso superior ou outro curso técnico e que, dentre esses, grande parte utilizaram a remuneração recebida com o exercício da profissão de TSB no financiamento desses estudos, corrobora com essa afirmação. Apesar dos esforços desses trabalhadores, o fato de possuir um diploma universitário não representou garantia de um novo emprego para todos os egressos, visto que muitos, após a conclusão do curso superior, continuam exercendo a profissão de TSB e/ou ASB.

A análise da ocupação declarada pelos egressos, após a conclusão do Curso TSB/ESTES/UFU, apontou uma boa inserção no mercado de trabalho, a maioria exercendo a profissão para a qual foram formados por mais de cinco anos. A profissão Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) foi aqui constatada como uma ocupação possível de ser desenvolvida por esses egressos frente às dificuldades inerentes ao mercado de trabalho da área odontológica. A maioria conseguiu emprego na área de atuação em menos de seis meses após a conclusão do Curso e destacou a importância deste na inserção no mercado de trabalho. Verificou-se, também, que a maioria recebeu, com o exercício da profissão, até dois salários mínimos mensais.

No momento da realização da pesquisa, praticamente todos os egressos estavam trabalhando, porém, quase a metade deles não estava atuando na profissão para a qual foram formados. A investigação dos motivos que levaram trinta e um dos egressos pesquisados a

nunca exercerem a profissão e de cinquenta e cinco deixarem de exercê-la resultou na identificação de em uma série de fatores, como baixos salários oferecidos à categoria e falta de vagas no setor público e privado para o exercício da ocupação de TSB, devido, respectivamente, à fraca inserção desse profissional na recente ampliação dos programas governamentais de assistência odontológica e da ausência, até o final de 2008, de legislação que regulamentasse o exercício da profissão. Verificou-se também, que a falta de fiscalização por parte do Conselho Federal de Odontologia (CFO) quanto à legalidade do exercício profissional dos empregados como auxiliares em clínicas e consultórios odontológicos muito contribuiu para essa realidade. Concluiu-se que, como já apontado por Liñan e Bruno (2007), que a falta de legitimidade da profissão de ASB e TSB que persistiu até o final de 2008, fez com que esses profissionais ficassem mais vulneráveis às oscilações do mercado de trabalho e das políticas sociais e ainda contribuiu para a falta de prestígio social da categoria, o que se refletiu numa política salarial injusta, fator determinante para o não exercício da profissão de grande parcela dos egressos pesquisados.

Os resultados obtidos na pesquisa sugerem, portanto que, apesar de a formação oferecida pelo Curso TSB/ESTES/UFU ter possibilitado a inserção da maioria dos egressos no mercado de trabalho, as condições encontradas nesse mercado não permitiram a muitos que ali permanecessem para exercer a profissão para a qual foram formados. Percebeu-se, nas falas daqueles que foram inseridos no mercado como TSB, principalmente no setor público, que o exercício da profissão foi importante para sua realização profissional e pessoal. Para outros, inseridos no setor privado, o salário obtido não foi satisfatório e a profissão de TSB não foi valorizada, o que os levou ao abandono da profissão.

A Lei 11.889/2008 tornou obrigatório, para o exercício da profissão de TSB e ASB, a respectiva habilitação profissional e a inscrição no Conselho Federal de Odontologia (CFO). Portanto, teoricamente, a partir dessa nova legislação, somente teria acesso a esse mercado o pessoal qualificado, o que poderia concorrer para o aumento da qualidade do atendimento e para a valorização dessa categoria profissional. Para tanto, porém, faz-se necessário uma maior divulgação dessa legislação entre os cirurgiões-dentistas e a sociedade, bem como uma maior fiscalização da atuação e registro desses profissionais por parte do CFO.

Diante do amplo mercado que se abre para o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) tanto no setor privado, devido às exigências de contratação postas pela nova legislação profissional, como no setor público, em que esse profissional está presente nas duas modalidades de equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, sugere-se que a ESTES passe a

ofertar, de forma regular, a qualificação do ASB como itinerário formativo intermediário do Curso TSB.

A análise da prática profissional dos egressos detectou que a maioria desenvolveu no seu trabalho, tanto no setor público como no privado, tarefas que poderiam ser atribuídas a um auxiliar de nível fundamental, o que permite caracterizar a sua subutilização nesses setores. Quanto às tarefas que eram restritas à profissão de TSB antes da nova legislação, foram encontradas diferenças de atuação entre os inseridos no setor público e no setor privado. As tomadas de radiografias intraorais e aplicação de selantes foram mais desenvolvidas no setor privado e a raspagem de cálculo, confecção de restaurações e ensino de técnicas de higiene bucal, no setor público.

De acordo com os depoimentos colhidos nas entrevistas junto aos membros de equipes de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), que desde o início da década de 1990 empregou o TSB na divisão dos passos técnicos de confecção de restaurações com o cirurgião-dentista e nas atividades preventivas individuais e coletivas, o processo de trabalho dessas equipes foi modificado devido à homologação da nova Lei 11.889/2008. Os TSB deixaram de realizar a raspagem de cálculos e, durante a confecção de restaurações, somente auxiliam o cirurgião-dentista junto à cadeira odontológica, o que, de acordo com os depoimentos colhidos, diminuiu a produtividade dos serviços de assistência individual (no que se refere aos níveis de intervenção restauradora) das equipes. Por outro lado, eles passaram a atuar mais em procedimentos coletivos de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais.

A remoção dessas importantes atribuições clínicas do trabalho dos TSB levou à insatisfação desses profissionais e a indagações sobre o futuro da profissão que, na percepção dos entrevistados, ficou similar à profissão de ASB. Esse também parece ser o motivo que levou a maioria dos egressos (64,1%), que no momento da pesquisa atuavam como TSB, a considerar a aprovação da referida Lei como um retrocesso para a profissão.

Por outro lado, na avaliação dos egressos entrevistados, a maior importância de sua atuação na equipe de saúde bucal está no acolhimento dos consumidores dos serviços, quando atuam como elo entre eles e os demais profissionais da equipe e na promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. Tendo como base os estudos sobre o processo de trabalho em saúde realizados por autores como Merhy e Franco (2009) e Faria e Werneck (2009), acredita-se que o fortalecimento dessas atribuições no desenvolvimento do trabalho do TSB pode potencializar mudanças no processo de trabalho da equipe tornando-o realmente inovador,

centrado nas tecnologias leves, com trabalhadores e usuários conduzindo o processo de cuidado. Nesse sentido, é preciso que esses trabalhadores não sejam meros cumpridores de ordens, mas que desenvolvam um potencial crítico e criativo durante a sua formação. Para tanto, estratégias que minimizem o determinismo tecnológico presente nas Diretrizes Curriculares da Educação Profissional de Nível Técnico devem ser pesquisadas e adotadas nos cursos de formação desse profissional. O desenvolvimento de estágios curriculares junto às equipes de saúde bucal do município pode se configurar em uma abordagem pedagógica coerente com esse objetivo.

Diante dessa nova realidade, em que a forma de atuação do TSB nas equipes de saúde bucal foi radicalmente modificada, considera-se oportuno que o Curso TSB/ESTES/UFU investigue junto aos egressos que atuam nesse setor, a necessidade de cursos de educação continuada para atualização de conhecimentos necessários a sua nova forma de atuação.

A reflexão sobre os impactos causados pela nova legislação na prática profissional dos egressos resultou em várias conclusões. A Lei 11.889/2008 não definiu, com clareza e objetividade, as competências do TSB nos procedimentos de raspagem de cálculo e de confecção de restaurações em dentes preparados pelos cirurgiões-dentistas e, portanto, deixou margem para diversas interpretações. Pesquisas acerca do impacto dessa legislação no trabalho desses profissionais em outras regiões do país são importantes. Entende-se, também, que diante das dúvidas suscitadas, faz-se necessária uma discussão, em nível nacional, entre as diversas instituições formadoras do TSB, sobre as habilidades que devem ser desenvolvidas durante a sua formação com o objetivo de construir um perfil que possibilite sua atuação de forma competente, em qualquer cidade ou região do país.

Espera-se que a percepção dos egressos sobre os impactos da nova legislação na sua profissão, aqui documentadas e as análises e considerações daí advindas contribuam para o debate sobre a necessidade de adequações dessa legislação para o aumento da eficiência dos serviços prestados à população. Além disso, ressalta-se que a redação clara e objetiva das atribuições do TSB na Lei que regulamenta a profissão é importante para a consolidação dessa categoria, devendo todas as intuições envolvidas na formação desse profissional colaborar para sua efetivação.

Uma vez que a nova legislação ampliou as possibilidades de atuação do TSB nas clínicas de radiologia odontológica, as habilidades desenvolvidas no Curso na subfunção radiologia devem ser revistas e ampliadas.

Quanto às atribuições conferidas ao TSB na prevenção e na promoção de saúde pela nova legislação, além do que já foi aqui exposto, ressalta-se a importância desse profissional como educador, o que pode contribuir para a divulgação e valorização da profissão na sociedade. Frente à pequena porcentagem de egressos que desenvolveram essa atribuição no setor privado, considerou-se necessário o estudo de mecanismos que estimulem uma maior delegação dessas atribuições ao TSB nesse setor.

Entre os egressos que, no momento da pesquisa, estavam inseridos no mercado de trabalho como TSB, a maioria declarou estar satisfeita com a profissão. O fato de esses profissionais se sentirem valorizados pelos pacientes e familiares e a consecução de projetos pessoais por meio da remuneração recebida com o exercício profissional parece ser responsável por essa satisfação. Por outro lado, quase a metade dos egressos considerou que a profissão de TSB é pouco valorizada pelos cirurgiões-dentistas.

Segundo os depoimentos colhidos, para a valorização da profissão pelos cirurgiões-dentistas e sociedade, é necessário que o Conselho Federal de Odontologia cumpra o seu papel de fiscalizador do exercício profissional dos auxiliares de odontologia de maneira que somente exerçam as profissões de TSB e ASB, profissionais técnicos devidamente habilitados em cursos formais e inscritos em seus Conselhos Regionais, bem como divulgue a importância dessa profissão junto à sociedade.

Uma profissão regulamentada pelo Estado obtém exclusividade legal sobre a prestação de determinados serviços no mercado. Porém, para fazer valer a legislação de uma profissão, no seu espaço de trabalho, é de fundamental importância a sua legitimidade junto à opinião pública. A garantia de uma determinada jurisdição acontece não apenas quando a profissão é regulamentada por lei, mas quando, também, é reconhecida pela sociedade. Nesse contexto, torna-se imprescindível que a profissão organize seus interesses em associações ou conselhos que defendam seus direitos.

Considerando que a realidade da prática profissional do TSB não será modificada apenas com a regulamentação da profissão e tendo como objetivo colaborar para a legitimação dessa profissão pela sociedade, sugere-se que o Curso TSB da ESTES/UFU:

- desenvolva projetos de extensão que levem ao conhecimento da sociedade o papel social da profissão de TSB;
- integre os conteúdos trabalhados no Curso de forma que os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sejam desenvolvidos com importância similar aos dos conteúdos técnicos;

- estimule a participação dos estudantes em congressos e seminários que tenham como tema a organização dos profissionais em associações;
- promova encontros de alunos e egressos do Curso, visando o estímulo à criação de associação da categoria profissional.

A formação recebida no Curso TSB da ESTES/UFU foi muito bem avaliada pelos egressos. A maioria declarou-se satisfeita com a formação recebida e considerou que os conteúdos desenvolvidos durante o Curso foram adequados às necessidades do mercado de trabalho, o que parece indicar que eles contribuíram para a construção de uma base sólida, teoricamente fundamentada, que deu sustentação para a execução das práticas inerentes à profissão de TSB. Entre as sugestões para a melhoria do Curso, destacam-se o maior desenvolvimento de aulas práticas, o ensino de informática e de técnicas auxiliares de ortodontia.

Quanto à importância do Curso na vida profissional e pessoal dos egressos, os depoimentos apontaram que ele representou, para muitos, a oportunidade de retomada dos estudos formais, a inserção no mercado de trabalho e ascensão profissional e a possibilidade de prosseguimento dos estudos em um curso de graduação. Os ganhos financeiros e a melhoria da qualidade de vida com o exercício da profissão foram também bastante citados. Esses resultados permitem inferir que o ensino profissional oferecido pelo Curso TSB da ESTES/UFU desempenhou uma importante função social ao contribuir para a ampliação das possibilidades de seus egressos de acesso aos direitos sociais.

Durante quase vinte anos, o Curso TSB da ESTES/UFU lançou no mercado de trabalho alunos diplomados para exercer uma profissão muito importante para a consecução das diretrizes do SUS na área odontológica, mas que não era regulamentada pelo governo e pouco conhecida pela sociedade. Os resultados obtidos na presente pesquisa refletem os paradoxos dessa realidade, mas sinalizam possíveis caminhos para o redimensionamento do futuro da profissão e, conseqüentemente, do seu curso de formação, dado o impacto causado na atuação desses profissionais a partir da vigência da Lei 11.889/2008.

Apesar das restrições na atuação do TSB, impostas pela nova legislação, o que, para muitos autores é questionável, não se pode negar que a Lei 11.889/2008 é um marco regulatório importantíssimo para o futuro da profissão. Acredita-se que, como pontuado por Queluz (2005), a obrigatoriedade de habilitação e registro no Conselho Profissional, exigida por Lei, elevará os padrões dessa categoria e ampliará o mercado de trabalho. Porém, para que a legislação seja cumprida é preciso que seus profissionais estejam organizados em

associações que lutem por sua valorização profissional. Nesse contexto, cursos de formação para os futuros profissionais que irão atuar nessa “nova profissão” assumem importância não apenas para o exercício eficiente de determinadas técnicas, mas principalmente, para a participação consciente e crítica de seus egressos no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

ABBOTT A: *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press; 1988.

AGUIAR, D. M. L. **A participação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família: um olhar em municípios estruturados**. Dissertação (Tese de Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2010.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ANDRÉ, Marli; LUDKE, Menga. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho** – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3ª edição. São Paulo: Boi Tempo Editorial, 2000.

AQUINO, V. R.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil do técnico em higiene dental (THD) na região da Grande Vitória. **UFES Rev. Odontologia**, Vitória, v.7, n.3, p.14-22, set./dez. 2005.

ARANHA, A.V.S. O controle da qualidade total e a intensificação do trabalho alienado. In: FIDALGO, F.S. e MACHADO, L.R.S. (orgs). **Controle da qualidade total. Uma nova pedagogia do capital**. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1994. p. 101-115.

ARANHA, A. V. S.; DIAS, D. S. O trabalho como princípio educativo na sociabilidade do capital. In: MENEZES NETO, A. J. et al. (Orgs.). **Trabalho, política e formação humana. Interlocuções com Marx e Gramsci**. São Paulo: Xamã, 2009. v. 1, p. 115-128.

BARBOSA, S.N. Pessoal Auxiliar em Odontologia: regulamentação das profissões de THD e ACD. **Saúde em Debate** n.6, p. 27-29, Londrina PR, out. 1991.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1987.

BONAN, P. R. F. *et al.* Perfil de técnicos em higiene dental quanto à prática profissional, à educação permanente e ao trabalho em serviço público. **Revista Odonto Ciência**, 24 (2): 180-185. 2009.

BRASIL. **Lei nº. 5.692, de 11 de agosto de 1971.** Fixa as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L5692> Acesso: janeiro de 2010.

_____. Parecer n 460 de 06 de fev. 1975. Dispõe sobre Habilitação de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. Brasília, DF, p. 20-24 **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Documenta, v. 171, p. 20-26, 6 fev. 1975.

_____. **Lei nº 7.044, de 18 de outubro de 1982.** Altera dispositivos da Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, referentes a profissionalização do ensino de 2º grau.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Relatório Final Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1987.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em janeiro 2012.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de lei “**Substitutivo ao substitutivo**” do Projeto de lei Nº 2244, regulamenta o exercício das profissões de THD e ACD. Brasília, DF, 1989.

_____. Lei 8.080/90. 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**. Brasília. 19 de setembro de 1990.

_____. Lei 8.142/90. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília. 28 de dezembro de 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Brasília. D.F. 1990b. Disponível em: http://www.editais.ufu.br/sites/editais.ufu.br/files/Ed_01_2011_PET_Saude_FAMED_UFU_Texto_abc_sus_doutrinas.pdf. Acesso: janeiro, 2012.

_____. Ministério da 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**. 1. ed., Brasília, Ministério da Saúde, 1994. 167 p. (Série Formação de Recursos Humanos de Nível Médio em Saúde. THD; 2).

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a lei de diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/legis/pdf/LDB.pdf>>. Acesso em: novembro de 2009.

Decreto 2.208/97, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o parágrafo 2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 1997. p. 7.760.

Resolução CNE/CEB n. 04/1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, 1999. disponível em <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/>. Acesso em: março 2009.

Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Referenciais Curriculares Nacionais Para Educação Profissional De Nível Técnico**. Brasília: 2000. disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/introduc.pdf>. Acesso em: março, 2009.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, v.138, n. 250, p. 85, 29 dez. 2000a. Seção 1.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Define as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, v.89, nº n.46E, p. 67, 7 mar. 2001, Seção 1.

Ministério da Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos de Saúde (Orgs.) **Trabalhadores técnicos em saúde: formação profissional e mercado de trabalho. Relatório final**. Coordenado por Renata Reis. – Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. 2003.

Ministério da Saúde: **Perfil de Competências Profissionais do Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário** –, Série A. Normas e Manuais Técnicos 1.ª edição – 2004. disponível em: www.saude.gov.br/sgtes. Acesso em: março, 2010.

Decreto n. 5.154, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do artigo 36 e os arts. 39 a 41 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 2004a. Disponível em:

<http://www.portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pedf_tecnico_parecer1699.pdf> Acesso em: março, 2009.

____ 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: Brasília, DF. 2004b.

____ Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

____ Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17** (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

____ Ministério da Saúde. **Programa Brasil Sorridente, 2007**. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php. Acesso: janeiro, 2012.

____ Lei Nº 11889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e de Auxiliar em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União** nº 251, de 26.12.2008, Seção 1, p.02/03.

____ Ministério da Saúde. SIAB – março de 2009 Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php> Acesso: janeiro de 2010.

____ Ministério da Educação e Cultura. Parecer CNE/CEB nº 2/2009, aprovado em 12 de fevereiro de 2009 – Pronunciamento sobre os termos da Lei nº 11.889, de 24/12/2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB, e suas implicações para o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Brasília, 2009a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb002_09.pdf. Acesso em: fevereiro de 2010.

____ Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2011.

____ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do**

pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011. Brasília, fev. 2011 a.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Brasília, 2011b. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: jan. 2013.

_____. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA 2010 disponível em <www.ibge.gov.br> Acesso em: dezembro de 2011.

CALADO G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios.** Dissertação (Mestrado) em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

CARVALHO C. L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. in: Ministério da Saúde. Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Volume 2, Área Curricular IV, **Texto nº 05.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CERQUEIRA, M. B. R. et al . O egresso da Escola Técnica de Saúde da Unimontes: conhecendo sua realidade no mundo do trabalho. **Trab. educ. saúde,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, Oct. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: dezembro, 2011.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social.** 30 ed., Artes Médicas, Rio de Janeiro, 1986. 448p.

CHEDIEK, W. Há diferenças claras entre funções auxiliares e principais. **RET-SUS.** n.13, Nov. 2005. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista%2013_pdf.pdf Acesso: janeiro de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Decisão 26/1984 e 185/1993,** Resoluções: 155/1984; 157/1987, 153/1993, Portaria 25/1995 e 179/1998. Rio de Janeiro. Ofício 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Código de ética odontológica.** Aprovado pela Resolução CFO nº 42. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: janeiro, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de Odontologia. Aprovado pela Resolução CFO nº 63.** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: jan. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução - CFO-86/2009. Altera as redações dos artigos 16 e 17 da Consolidação das Normas Para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia e dá outras providências.** março, 2009. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/atos-normativos/?palavra_chave=&tipo=resolucao&ano=2009 Acesso em: jan. 2010

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Distribuição dos Profissionais e Entidades pelos Municípios do CRO.** Emitido em 03/04/2012 disponível em : http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/municipios_brasil.pdf . Acesso em: maio de 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS (CROMG). CROMG esclarece dúvidas sobre o exercício profissional dos Técnicos em Saúde Bucal e Auxiliares em Saúde bucal. **Jornal do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais.** Ano XXVIII, jan/fev 2012.

CORDÓN, J. A. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em saúde coletiva. **Ação Coletiva**, v.1, n.1, p. 7-25, jan/mar. 1998.

CIAVATTA, M. F. Formação profissional para o trabalho incerto: um estudo comparativo Brasil, México e Itália, Petrópolis. In: FRIGOTTO, G. (org). **Educação e crise do trabalho. perspectivas de final de século.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social.** 30 ed., Artes Médicas, Rio de Janeiro, 1986.

CUNHA, L. A. O ensino industrial-manufatureiro no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Mai/Jun/jul/Ago, nº 14, 2000.

CUNHA, L. A. **O ensino profissional na irradiação do industrialismo.** São Paulo: Editora UNESP, Brasília: Flacso, 2000a.

CUNHA, L. A. Mediações na articulação trabalho- educação. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n.10, p. 9- 22. jan./jun. 2002.

DELUIZ, N. Metodologias e resultados do acompanhamento de egressos da educação profissional. In: **Seminário Nacional da Educação Profissional: concepções, experiências, problemas e propostas**, Brasília: MEC/SENTEC/PROEP, 2003.

DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Organizado por Michel Schroter; tradução, Vera Ribeiro; revisão técnica e notas, Renato Janine Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

ESTES. **Parecer sobre a implantação do Curso de Técnico em Higiene Dental em Uberlândia – MG. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Prog. Especiais. Seção de Odontologia. Uberlândia, 13 de agosto de 1987.** [Arquivo da ESTES/UFU].

_____. **Plano de criação do Curso Técnico em Higiene Dental da Escola Técnica de 2º Grau da UFU.** 1988 [Arquivo da ESTES/UFU].

_____. **Carta enviada a deputados da Camara Federal em repúdio ao projeto de Lei nº 22444/89 de autoria do deputado Robson Marinho.** Uberlândia. 11 de maio de 1990. [Arquivo da ESTES/UFU].

_____. **Ata de reunião do Colegiado da ESTES/UFU.** Uberlândia. 13 ago. 2002. [Arquivo da ESTES/UFU].

_____. **Projeto Pedagógico/Plano de Curso do Curso Saúde Bucal da ESTES/UFU.** 2003 [Arquivo da ESTES/UFU].

_____. **Portaria R/UFU nº 990 de 12 de agosto de 2009** – Altera o nome do Curso Técnico em Higiene Dental. [Arquivo da ESTES/UFU].

_____. **Projeto Pedagógico/Plano de Curso do Curso Saúde Bucal da ESTES/UFU.** 2010. Disponível em:
http://www.estes.ufu.br/sites/estes.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/SB_ProjetoPedagogico.pdf. Acesso em: março de 2011.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-ENSPSA/FIOCRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO-EPSJV/FIOCRUZ. **Tendências e Situação Atual da Oferta do Sistema Educativo na Área da Saúde - Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde.** Relatório final do estudo realizado para o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. v. 6. Rio de Janeiro, jun de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf; Acesso em agosto/2012.

FALCÃO, J. T. R.; RÉGNIER, J. C. Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 81, 198, p. 229-243, maio/ago. 2000.

FALEIROS, E. M. **Fazer, existir, ser: o curso técnico de enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (1971- 1995)**. [Dissertação Mestrado] Faculdade de Educação, UFU, Uberlândia, 1997.

FARIA H.; WERNECK M.; Santos M. A. **Processo de trabalho em saúde**. 2^a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FERREIRA A. *et al.* Perfil dos Auxiliares do Serviço Público de Saúde Bucal do Município de Montes Claros. **IN: 5º FEPEG. UNIMONTES, 2011**. Disponível em: fev. 2012.

<http://www.fepeg.unimontes.br/index.php/eventos/forum2011/schedConf/presentations>. Acesso em: novembro de 2012.

FERRETTI C. J. **Trabalho trajetórias ocupacionais de trabalhadores das classes subalternas**. Cortez: Autores Associados, São Paulo, 1988.

FRANZ M. S. **Concepções sobre integralidade no processo de trabalho em saúde pelos participantes de um pólo de educação permanente em saúde**. [Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho]. Itajaí, SC: Universidade Vale do Itajaí, 2006.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar na promoção da saúde bucal. **Rev. de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 2 n. 4, São Paulo. 1998.

FRAZÃO, P. ; NARVAI, P. C. Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal?. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: maio de 2012.

FREIDSON, E. Para uma Análise Comparada das Profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 11, n. 31, jun. 1996.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**. Tradução: Celso Mauro Paciornik. São Paulo: EDUSP, 1998.

FRIGOTTO, G. **A produtividade da escola produtiva: um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista**. 4^a. Ed., São Paulo: Cortez, 1993.

FRIGOTTO, G. Educação e Trabalho: bases para debater a Educação Profissional Emancipadora **Perspectiva**, Florianópolis, v.19, n.1, p.71-87, jan./jun. 2001 http://www.perspectiva.ufsc.br/perspectiva_2001_01/04_frigotto.pdf. Acesso em: setembro, 2010.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. e RAMOS, M. : “A política de educação profissional no Governo Lula: um percurso histórico controvertido”. In: **Revista Educação & Sociedade**, vol.26, no92, Campinas: CEDES, out. 2005. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> Acesso em: setembro, 2010.

FRIGOTTO, G. A relação da educação profissional e tecnológica com a universalização da educação básica. **Revista Educação & Sociedade**. Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 1129-1152, out. 2007. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> Acesso em: setembro, 2010.

GARCIA, P.P.N.S.; TERENCE, R.L.; SOUZA, A.C. **Avaliação de Cirurgiões-Dentistas Quanto ao Uso de Pessoal Auxiliar na Organização do Atendimento Clínico**. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 33, n. 1, p. 25-32, jan./mar. 2004.

GARBIN *et al.* Avaliação do conhecimento, formação e capacitação do THD e ACD no desenvolvimento das atividades no Sistema Público de Saúde. **Rev. OMNIA SAÚDE**, v. 4, n. 2, 1-74, Julho/Dezembro de 2007.

GATTI, B. Estudos quantitativos em educação. **Educação e Pesquisa**, v. 30,n. 1, jan/abr. 2004, p.11-30.

GONTIJO, L. P. T. “**Diagnóstico do Serviço de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia Minas Gerais (1985 – 1988)**.” Curso de Especialização em Saúde Pública – Unicamp, 1988.

GÜTHER, H. Como Elaborar um questionário. Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, n. 1, Brasília, DF. UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEPE). **Educação profissional técnica de nível médio no censo escolar**. — Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Disponível em :http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7B73D93EBA-2BD5-4C03-9089-1DC9403B2765%7D_MIOLO_EDUCACAOPROFISSIONALT. Acesso em outubro/2012.

KOVALESK D.F.; BOING A. F.; FREITAS F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática **Revista de Odontologia da UNESP** 2005; 34(4): 161-65.

KUENZER, A. Z. **Ensino médio e profissional: as políticas do Estado neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. A reforma do ensino técnico no Brasil e suas consequências. In: FERRETTI, C. J. et al. (Orgs.). **Trabalho, formação e currículo; para onde vai a escola?** São Paulo: Xamã, 1999. p.121-139.

_____. O Ensino Médio agora è para a vida: Entre o pretendido, e o dito e feito. **Edu. Soc.** vol 21 n. 70 Campinas Apr. 2000.

_____. **As mudanças no mundo do trabalho e a educação: novos desafios para a gestão**. São Paulo, Cortez, 2001.

KUENZER, A. Z.; ABREU, C. B. M.; GOMES, C. M. A. A articulação entre conhecimento tácito e inovação tecnológica: a função mediadora da educação. **Revista Brasileira de Educação**, v.12, n. 36, p. 462- 473, set./dez. 2007.

KRAWCZYK, N. **O ensino médio no Brasil. Ação Educativa** (Em questão, 6), São Paulo, 2009.

LEITE, I. N., PINTO, V. G. Odontologia: um mercado cativo? **Revista Gaúcha de Odontologia – RGO**. Porto Alegre, RS. n 32. Jan./mar/1983. p.41-46.

LINAN, M. B. G.; BRUNO, L. E. N. Barreto. Trabalho e formação profissional do atende de consultório dentário e do técnico em higiene dental. **Trabalho, educação e saúde**. V.5, n.2, p.297-316, 2007. Disponível em <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br> Acesso em março de 2009.

LINAN, M. B. G. **Manual do Trabalho e Formação do ACD e THD**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2009.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, L. R. S. **Politecnia, escola unitária e trabalho**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

MACHADO, L. R. S. A educação e os desafios das novas tecnologias In: FERRETTI, C. (Org.). **Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: Um Debate Multidisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MACHADO, C. M. F. **Avaliação do processo de ensino aprendizagem: um estudo em um curso para técnico em saúde bucal.** [Dissertação de Mestrado] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MACHADO, M. M. Quando a obrigatoriedade afirma e nega o direito à educação. Revista Retratos da Escola, Brasília, v. 4, n. 7, p. 231-243, jul/dez. 2010. Disponível em : <<http://www.esforce.org.br>> Acesso em maio, 2013

MEDEIROS, U. V. de & SEGATTO, G. G. Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares (Dort) em dentistas. **Rev. Brasileira de Odontologia.** Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 49-54, jan./jun. 2012. disponível em <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/369/300> Acesso: setembro de 2012.

MERHY E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. Ver – SUS Brasil: **cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf

MERHY E. E. , FRANCO T. B. Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. <www.epsjv.fiocruz.br > início > verbetes> Acesso: setembro de 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MORITA M. C. Perfil Atual e Tendências do Cirurgião Dentista Brasileiro. Maringá: **Dental Press**, 2010, 96p.

MOYSÉS S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia **Revista da ABENO** Revista da ABENO/Associação Brasileira de Ensino Odontológico 2004• 4(1):30-7 Disponível em www.abeno.org.br. Acesso: novembro de 2012.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** Oficina do Grupo de Trabalho “Odontologia em SILOS – Sistemas Locais de Saúde”. Rede CEDROS, 1992.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção de Saúde Bucal. In: Kriger L, coordenador. **Promoção de saúde bucal.** São Paulo. Artes Médicas; 1997. P. 448-63.

NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p.475-94

NARVAI, P. C. Querem amputar as competências do técnico. **RET-SUS**. n. 12 outubro de 2005. Disponível em:
http://www.retsus.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista12_completa.pdf. Acesso: janeiro de 2011.

OLIVEIRA C. A. S. **Atribuições dos técnicos em saúde bucal na estratégia saúde da família do estado de Minas Gerais**. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

OLIVEIRA, J. A. A. **O Técnico de Higiene Bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal**. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, M. A. M. **Educação Profissional: Governo FHC e Lula**. I Colóquio Internacional sobre Educação Profissional e Evasão Escolar – 28 a 29 de agosto de 2009 – UFMG.

OLIVEIRA, R. A regulação da Educação Profissional Brasileira em tempos de crise do capital. in **Convergências e tensões no campo da formação e do trabalho docente**. Org. Angela Imaçulda Loureiro de Freitas Dalben et. al. Belo Horizonte. Autentica, 2010.

OLIVEIRA SÁ, E. M. **Quando o currículo faz a diferença...O currículo integrado na formação em serviço do técnico em higiene dental/THD**. [Dissertação de Mestrado] Belo Horizonte. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2000.

OLIVEIRA *et al.* **Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal – da condição de “ocupação” ao status de “profissão” da odontologia** Disponível em: pt.scribd.com/doc/86413308/Artigo-ASB-TSB, 2009, Acesso: janeiro de 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) - A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11) [.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf](http://saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf) Acesso: janeiro de 2012.

PAIM J. ; TEIXEIRA C. Conjuntura atual e formação de pessoal em saúde: problemas, desafios e oportunidades. Londrina, 2002. Texto elaborado para o **Seminário Nacional da Rede Unida**.

PARANHOS, L. R. *et. al.* Análise da relação entre o cirurgião-dentista e o pessoal auxiliar. **Revista Odonto Ciência**; 23 (4): 365-370, out./dez. 2008.

PARANHOS, L. R. *et. al.* Atribuições e implicações legais dos profissionais auxiliares da odontologia: visão do próprio auxiliar. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p.77-85, jan./mar. 2009.

PEDUZZI M; SCHRAIBER L. B. Processo de Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. <www.epsjv.fiocruz.br > início > verbetes> Acesso em: março, 2011.

PEZZATO, L. M. **O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário no Brasil: uma história silenciada**. [Dissertação de Mestrado] Campinas. Faculdade de Educação da UNICAMP; 2001.

PEZZATO, L. M. ; COCCO, M. I. M. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 68, p. 206-11, 2004.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. 541 p.

PIRES D. E. Divisão Técnica do Trabalho. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Rio de Janeiro, 2009. <www.epsjv.fiocruz.br > início > verbetes>. Acesso em: março, 2011.

QUELUZ, D. P. Recursos Humanos na área Odontológica. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejamento, ações e promoção da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003, cap. 7, p. 40 - 59.

QUELUZ, D. P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. **Revista Odonto Ciência** – Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49, jul./set. 2005.

RAMOS, M. A Educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> Acesso: dezembro de 2012.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2010.

REVISTA RET- SUS. THD e ACD: polêmica sobre profissões permanece. Projeto de Lei que regulamenta as profissões está em tramitação. **RET-SUS**. n. 8. Maio 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/retsus_revista_8.pdf. Acesso: janeiro de 2011.

RIBEIRO, E. S; FISCHER, G. E; MARQUES, M. C. M. Perfil do técnico em higiene dental em Minas Gerais. **Rev. CROMG**, Belo Horizonte, v.5, n. 3, p. 164-171, 1999.

SARTORI, J. A. L. **A contribuição do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal na prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos** [Dissertação de Mestrado] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fundação Osvaldo Cruz. Rio Janeiro, 2009.

SAVIANI D. Trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETTI. C. (Org.). **Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: Um Debate Multidisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SAVIANI D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. Campinas, **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, 2007.

SBRAVATI R. S. ; MENEGHIM M.C.; PEREIRA A.C. THD e o mercado de trabalho. Uma realidade? **Revista Robrac**. nº 8 (25), 1999.

SERRA, M.C.; GARCIA P.P.N.S. Delegação de funções: utilização de pessoal auxiliar na clínica odontológica. **ABO Nac**. v. 10, n. 2, p. 98-104, abr/maio 2002.

SILVA, R. F.; MONINI, A. C.; DARUGE J, E.; FRANCESQUINI J L.; LENZA, M. A. Utilização de auxiliares odontológicos em Ortodontia - implicações éticas e legais. **Revista Dental Press Ortodontia Ortopedia Facial**. Maringá, v. 11, n. 5, p. 121-128, set./out. 2006.

STUTZ, B. L. **Técnico em enfermagem no município de Uberlândia : a construção histórica de uma profissão e a primeira instituição escolar** . [Tese doutorado] Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Educação. 2009.

TOMASSO, S. **Atribuições dos Auxiliares Odontológicos e suas implicações éticas e legais**. (Tese de doutorado) Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP, 2001.

TOMAZEVIC, J. M. **Componente educativo na formação e prática do pessoal auxiliar odontológico** [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Programas Especiais. Seção de Odontologia. **Programa de Odontologia da Secretaria Municipal de Uberlândia**. 25 de março de 1991. [Arquivo da PMU/SMS].

UBERLÂNDIA (Minas Gerais). Decreto nº 3845/1988 Concede reajuste salarial aos servidores celetistas da Prefeitura Municipal de Uberlândia a partir de 1º de janeiro de 1988. **Legislação do Município**, 1988. disponível em www.liersmunicipais.com.br. Acesso em janeiro de 2010.

UBERLÂNDIA. Lei Complementar nº 131/1995. altera as leis complementares nº 014, 047/92 E 101/95 e dá outras providências. **Legislação do Município**, 1995. Disponível em www.liersmunicipais.com.br Acesso em janeiro de 2010.

UBERLÂNDIA. Lei nº 10.994, de 8 de dezembro de 2011. Altera a lei complementar nº 344, de 10 de fevereiro de 2004 e suas alterações, que “dispõe sobre o plano de cargos, carreira e remuneração dos servidores da secretaria municipal de saúde”. **Diário Oficial do Município**. nº 3805, segunda-feira, 12 de dezembro de 2011.

ZANETTI, C.H.G; LIMA M. A. U. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulg **Saúde Debate** 1996.

ZANETTI, C. H. G.(Coord.). **Pesquisa Razões práticas**: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do PSF (aferindo a validade externa do instrumento de pesquisa). Brasília: Observatório de Recursos Humanos em Saude (NESP/CEAM/UnB). 2005. 68 p. (Ministério da Saúde). Projeto concluído.

ZANETTI C. H. G. *et al.* Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 195-222, jul./out.2012.

WERMELINGER, M. ; MACHADO, M. H. ; AMANCIO FILHO, A. Políticas de educação profissional: referências e perspectivas. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 55, June 2007 . disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362007000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso: março de 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Questionário de Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL**

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

1) Em que ano você concluiu o Curso TSB¹⁸ (THD)? _____

2) Qual é a sua idade? _____ Sexo: Feminino Masculino

3) Estado civil:

solteiro(a) casado(a) divorciado(a) viúvo(a) relação estável

4) Qual a sua cor ou raça?

branca preta parda amarela indígena

5) Qual é a escolaridade de sua mãe?

- Não estudou;
- Ensino Fundamental – incompleto;
- Ensino Fundamental – completo;
- Ensino Médio – incompleto;
- Ensino Médio – completo;
- Ensino Superior – incompleto;
- Ensino Superior – completo;
- Não sei.

6) Qual é a escolaridade de seu pai?

- Não estudou;
- Ensino Fundamental – incompleto;
- Ensino Fundamental – completo;
- Ensino Médio – incompleto;
- Ensino Médio – completo;
- Ensino Superior – incompleto;
- Ensino Superior – completo;
- Não sei.

7) Você concluiu o ensino médio em:

Escola pública Escola particular Curso Supletivo
 EJA

8) Você concluiu o ensino médio no ano: _____

9) Atualmente você trabalha como:

- ASB¹⁹ (ACD)
- TSB (THD)
- outra profissão Qual? _____

¹⁸ TSB: Técnico em Saúde Bucal, antigamente denominado Técnico em Higiene Dental (THD)

¹⁹ ASB: Auxiliar de Saúde Bucal, antigamente denominada Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)

não estou trabalhando atualmente

10) Cidade em que trabalha: _____

11) Trabalha em:

serviço público serviço privado serviço público e privado

12) Renda mensal do trabalho em salários mínimos:

1 1 a 2 2 a 3 3 a 5 mais de 5

13) Quantas horas você trabalha por dia? _____ horas

14) Você é registrado(a) em carteira de trabalho?

Sim Não

Se a resposta for positiva, qual a função registrada em carteira?

15) Está registrado (a) no CRO?

Sim Não

16) O que levou você a fazer o Curso TSB (THD)?

interesse financeiro

para ter uma profissão

realizar um sonho

estava desempregado (a)

necessidade de onde eu trabalhava na época

aperfeiçoamento na área

por ser um curso gratuito

por não conseguir passar no vestibular

não sei

outros motivos: _____

17) Você já trabalhava quando cursou o Curso TSB (THD)?

sim Em que você trabalhava? _____

não

18) A formação recebida no Curso TSB (THD) foi:

Totalmente satisfatória Satisfatória Pouco satisfatória Insuficiente

19) Você fez outro curso técnico ou superior após concluir o Curso TSB (THD)?

Sim Não Sim, ainda estou fazendo

Em caso afirmativo, qual (is)? _____

Em qual (is) instituição (es)? _____

Caso você não tenha feito outro curso, vá para a questão nº 22

20) O fato de você ter concluído o Curso TSB (THD) influenciou de alguma maneira a escolha do novo curso?

Sim Não

21) Você trabalhou como TSB (THD) ou ASB (ACD) durante a realização do novo curso?

Sim Não

22) Caso você não tenha feito um curso superior o motivo foi:

falta de tempo falta de dinheiro falta de interesse
 não conseguiu passar no vestibular outros: _____

23) Você fez estágio remunerado durante o Curso TSB (THD) ?

sim não

24) Após a conclusão do Curso TSB (THD) você trabalhou como:

TSB (THD) ASB (ACD) não trabalhei na área

25) Caso você não tenha exercido a profissão de TSB (THD) ou ASB (ACD) o motivo foi:

salário baixo falta de vagas não gosto da profissão passei no vestibular
 não tenho conhecimentos suficientes outros

Quais? _____

ATENÇÃO:

As próximas perguntas devem ser respondidas apenas pelas pessoas que trabalham ou já trabalharam como ASB (ACD) ou TSB (THD) após a conclusão do Curso TSB (THD)

26) Onde você trabalha ou trabalhou como ASB (ACD) ou TSB (THD)?

Obs: Se necessário, marque mais de uma opção

Clínicas particulares UFU Universidade Particular
 Prefeitura municipal Sistema S outros

27) Durante quanto tempo?

Obs: Se necessário, some os tempos dos vários empregos

1 a 3 meses 4 a 6 meses 7 meses a 1 ano mais de 1 ano
 mais de 2 anos mais de 5 anos mais de 10 anos mais de 15 anos

28) Recebendo mensalmente em torno de quantos salários mínimos?

1 até 2 até 3 de 3 a 4 de 4 a 5

29) Após quanto tempo de conclusão do curso você conseguiu um emprego na área?

- já trabalhava como ASB (ACD) antes de concluir o curso
- já trabalhava como TSB (THD) antes de concluir o curso
- de 0 a 3 meses de 4 a 6 meses mais de 6 meses mais de 1 ano

30) Você considera que a formação recebida com o Curso TSB (THD) foi importante para que conseguisse este emprego?

- Sim Não

31) Você considera que os conteúdos desenvolvidos no Curso TSB (THD) têm atendido às necessidades do mercado de trabalho?

- Sim Não Não completamente não sei

32) Você considera necessário que o Curso TSB desenvolva novos conteúdos para atender às necessidades do mercado de trabalho?

- Sim Qual(is)? _____
- Não

33) Após a conclusão do curso você se mantém atualizado em relação às novidades de sua área de atuação ?

- Sim Não

34) Caso tenha respondido sim à pergunta 32, qual o tipo de atualização?

- Revistas Cursos via Internet Congresso outros

35) Das atividades listadas abaixo, quais você executa ou executou rotineiramente durante o seu exercício da profissão de TSB ou de ASB ?

- agendamento dos pacientes
- preenchimento de fichas clínicas
- controle de estoque
- limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamento e do ambiente de trabalho
- armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos
- participação no treinamento e supervisão do trabalho dos auxiliares de consultório
- preparo do paciente para atendimento
- manipulação de materiais odontológicos
- preparo de mesa clínica
- auxílio e instrumentação do dentista junto à cadeira odontológica
- ensino de técnicas de higiene bucal

- participação em ações educativas atuando na promoção da saúde e prevenção das doenças bucais
- orientação de bochechos fluorados
- aplicação tópica de flúor
- profilaxia
- raspagem e polimento coronário
- aplicação de selantes
- isolamento do campo operatório
- inserção e distribuição de materiais restauradores em dentes preparados pelo dentista
- moldagem
- preparo de modelos em gesso
- tomadas radiográficas intra-orais
- revelação de filmes e arquivo de radiografias
- remoção de suturas
- limpeza e anti-sepsia do campo operatório antes e após atos cirúrgicos
- participação em levantamentos e estudos epidemiológicos

36) Durante o desenvolvimento de sua profissão você trabalhou com cirurgiões dentistas que atuavam em qual das especialidades abaixo?

- ortodontia implantodontia clínica geral radiologia prótese
- periodontia
- pediatria endodontia cirurgia outros

37) Dos conteúdos listados abaixo, assinale apenas os que você aprendeu no curso e aplicou em seu trabalho

- Informática
- Primeiros Socorros
- Sistema Único de Saúde - SUS
- Manutenção de equipamentos odontológicos
- Estudos e levantamentos epidemiológicos
- Trabalho a quatro mãos
- Etiologia, prevenção e controle das doenças bucais
- Técnicas pedagógicas – educação para saúde bucal
- Normas de biossegurança em odontologia
- Técnicas de esterilização dos instrumentais odontológicos

- Uso do flúor
- Relacionamento paciente/profissional
- Técnica de aplicação de selantes
- Isolamento do campo operatório
- Manipulação de materiais odontológicos
- Técnicas de raspagem e polimento coronário
- Técnicas de confecção de restaurações
- Técnicas radiográficas intra-orais
- Revelação e arquivo de radiografias intra-orais
- Técnicas de moldagem e confecção de modelos
- Técnicas auxiliares em ortodontia
- Técnicas auxiliares em implantodontia

38) Dos conteúdos listados abaixo, assinale apenas as que você não aprendeu no curso mas aprendeu na prática em seu trabalho:

- Informática
- Primeiros Socorros
- Sistema Único de Saúde - SUS
- Manutenção de equipamentos odontológicos
- Estudos e levantamentos epidemiológicos
- Trabalho a quatro mãos
- Etiologia, prevenção e controle das doenças bucais
- Técnicas pedagógicas – educação para saúde bucal
- Normas de biossegurança em odontologia
- Técnicas de esterilização dos instrumentais odontológicos
- Uso do flúor
- Relacionamento paciente/profissional
- Técnica de aplicação de selantes
- Isolamento do campo operatório
- Manipulação de materiais odontológicos
- Técnicas de raspagem e polimento coronário
- Técnicas de confecção de restaurações
- Técnicas radiográficas intra-orais
- Revelação e arquivo de radiografias intra-orais

- Técnicas de moldagem e confecção de modelos
- Técnicas auxiliares em ortodontia
- Técnicas auxiliares em implantodontia

39) Em relação à lei 11.889 que regulamentou a profissão de TSB e ASB, você acha que:

- Foi um avanço Foi um retrocesso não sei

40) Sua atuação no trabalho mudou depois da aprovação dessa lei? Em caso afirmativo, como?

41) Em relação à sua profissão, você se sente:

- Totalmente satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito
Insatisfeito

42) Você considera que para o Cirurgião-dentista o seu trabalho é:

- Muito Valorizado Valorizado Pouco Valorizado
Desvalorizado

43) Você considera que para o paciente o seu trabalho é:

- Muito Valorizado Valorizado Pouco Valorizado
Desvalorizado

44) Você considera que para os seus amigos e familiares o seu trabalho é:

- Muito Valorizado Valorizado Pouco Valorizado
Desvalorizado

45) Na sua família você é responsável por qual parte do orçamento doméstico?

- Todo Metade Menos que a metade
 Mais que a metade Nenhuma parte

Muito obrigada por sua colaboração!

O espaço abaixo é reservado para que, caso você queira, escreva sobre a importância do Curso TSB na sua vida profissional e/ou pessoal e dê suas sugestões para a melhoria do curso.

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semi-estruturada

B1 - Roteiro da entrevista semi-estruturada - Cirurgião(ã) Dentista

Roteiro da entrevista semi-estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO: CONHECIMENTO E
INCLUSÃO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

= Cirurgião(ã) Dentista =

Ano e local de formação:

(Graduação): _____

Outros cursos: _____

1- Há quanto tempo você trabalha com o Técnico de Saúde Bucal na rede municipal de saúde de Uberlândia?

2- Para você qual é a importância do trabalho do Técnico em Saúde Bucal no atendimento da população?

3- Como eram distribuídas as tarefas dos membros da sua equipe de Saúde Bucal no atendimento da população antes da regulamentação da profissão de Técnico em Saúde Bucal através da lei Lei nº 11.889? Como você avalia o trabalho do Técnico em Saúde bucal na sua equipe então?

4- Atualmente, como são distribuídas as tarefas dos membros da sua equipe de Saúde Bucal no atendimento da população? Como você avalia o trabalho do Técnico em Saúde Bucal na sua equipe agora?

5- Para você quais são os pontos positivos e/ou negativos da lei Lei nº 11.889?

Belo Horizonte, 24 de Outubro de 2010.

Marisa Martins da Silva Prado
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação
Faculdade de Educação - UFMG

B2 - Roteiro da entrevista semi-estruturada - Técnico em Saúde Bucal**Roteiro da entrevista semi-estruturada**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO: CONHECIMENTO E
INCLUSÃO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA
= TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL =

Ano de formação: (CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL): _____

- 1- Há quanto tempo você trabalha como Técnico em Saúde Bucal na rede municipal de Uberlândia?
- 2- Quais são as tarefas que você desenvolve no seu trabalho?
- 3- Você considera que a formação oferecida pelo Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da UFU atende às suas necessidades de trabalho na equipe de saúde?
- 4- Você tem alguma dificuldade em desenvolver seu trabalho? Em caso afirmativo, qual (ais)?
- 5- Para você qual é a importância do trabalho do Técnico em Saúde Bucal no atendimento da população?
- 6- Houve alguma mudança no seu trabalho após a promulgação da lei Lei nº 11.889 que regulamentou o exercício profissional do Técnico em Saúde Bucal?
- 7- Para você quais são os pontos positivos e/ou negativos da lei Lei nº 11.889?
- 8- Você se considera satisfeito com o seu trabalho?
- 9- Quais são os pontos positivos e/ou negativos em exercer a profissão de Técnico em Saúde Bucal?
- 10- Como é o seu relacionamento com os outros membros da equipe de saúde bucal?
- 11- O que te motivou a fazer o Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia? Faça um paralelo da sua vida antes e depois do curso. O que mudou?

Belo Horizonte, 24 de outubro de 2010.

Marisa Martins da Silva Prado
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação
Faculdade de Educação - UFMG

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

C1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa na Área de Educação
Destinado aos Alunos Egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA NA ÁREA DE EDUCAÇÃO DESTINADO AOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL DA ESTES/UFU

As pesquisadoras da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais: Antônia Vitória Soares Aranha (professora orientadora) e Marisa Martins da Silva Prado (doutoranda) têm o prazer de convidá-lo a participar da pesquisa “Formação e Prática Profissional dos Egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia”.

Nesta pesquisa, estamos buscando investigar o perfil dos alunos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU no contexto das transformações sócio-econômicas, políticas e culturais ocorridas nas últimas décadas e o papel social de sua atuação profissional.

Dessa forma, solicitamos sua participação respondendo a um questionário com perguntas sobre seu desempenho profissional e continuidade de seus estudos após a conclusão do curso; sua opinião quanto à formação recebida no curso e sobre a influência do mesmo na sua vida profissional e pessoal. As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Gostaríamos de esclarecer que o uso do material coletado será destinado exclusivamente para a realização desta pesquisa. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos demais participantes, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Assim sendo, não é necessário que coloque seu nome nas folhas do questionário.

Os locais e horários para aplicação do questionário serão combinados com o(a) senhor(a), respeitando sua disponibilidade e preferência. O (A) senhor(a) não terá nenhum custo com a pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor(a).

Vale ainda ressaltar que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento no decorrer da pesquisa e que o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Caso concorde em participar da pesquisa, favor preencher seu nome e assinar abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____

data: _____

Para maiores informações:

Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar, sala 2005. CEP. 31270-901. Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil Telefones: (31) 3409-4592

Orientadora: Profa. Dra. Antônia Vitória Soares Aranha
Tel: (31) 3409-4054
E-mail: antoniav@fae.ufmg.br

Doutoranda: Marisa Martins da Silva Prado
Tel: (34) 9108 6338 / (34) 3235 8564
E-mail: marisamp@yahoo.com.br

C2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa na Área de Educação Destinado aos Cirurgiões Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal da Rede Municipal de Saúde de Uberlândia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA NA
ÁREA DE EDUCAÇÃO DESTINADO AOS CIRURGIÕES DENTISTAS E
TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE
UBERLÂNDIA**

As pesquisadoras da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais: Antônia Vitória Soares Aranha (professora orientadora) e Marisa Martins da Silva Prado (doutoranda) têm o prazer de convidá-lo a participar da pesquisa “Formação e Prática Profissional dos Egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia”.

Considera-se que a investigação pretendida poderá contribuir para o debate, reflexão e compreensão das motivações sociais, políticas, econômicas e culturais que marcaram a formação e prática profissional do Técnico em Saúde Bucal no País e em específico no município de Uberlândia, como também, para a reflexão sobre a educação profissional no Brasil.

A coleta de dados far-se-á por meio de pesquisa bibliográfica, análise documental, aplicação de questionários e entrevistas face a natureza do objetivo deste estudo de investigar o perfil dos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESTES/UFU no contexto das transformações sócio-econômicas, políticas e culturais ocorridas nas últimas décadas e o papel social de sua atuação profissional.

A escolha por realizar a entrevista com o(a) prezado(a) senhor(a) se faz por sua experiência acumulada no trabalho em equipes de saúde bucal da rede de serviços públicos de saúde do município de Uberlândia.

As entrevistas, que serão gravadas e transcritas, serão realizadas a partir de critérios que levem em consideração o perfil do profissional Técnico em Saúde Bucal dos programas de saúde bucal do município; o significado da sua atuação na atenção à saúde bucal da população; as atividades desenvolvidas no setor; o nível de satisfação com o trabalho; a

relação trabalho e formação profissional e as implicações da lei 11.889/2008 no trabalho da equipe de saúde bucal.

Gostaríamos de esclarecer que o uso do material coletado será destinado exclusivamente para a realização desta pesquisa e que sua identidade ficará assegurada por meio do uso de um nome fictício. É reservado aos senhores (as) o direito de consultar e anular (caso queiram) as informações fornecidas. Todas as informações obtidas e gravadas serão mantidas de forma confidencial.

Os locais e horários das entrevistas serão combinados com o(a) senhor(a), respeitando sua disponibilidade e preferência. O (A) senhor(a) não terá nenhum custo com a pesquisa.

Vale ainda ressaltar que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento no decorrer da pesquisa e que o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Caso concorde em participar da pesquisa, favor preencher seu nome e assinar abaixo:

Nome _____

Assinatura _____

data: _____

Para maiores informações:

Comitê de Ética em Pesquisa
Avenida Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar, sala 2005. CEP. 31270-901. Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil
Telefones: (31) 3409-4592

Orientadora: Profa. Dra. Antônia Vitória Soares Aranha
Telefone: (31) 3409-4054 (Pró-Reitoria de Graduação da UFMG)
E-mail: antoniav@fae.ufmg.br

Doutoranda: Marisa Martins da Silva Prado
Telefones: (34) 9108 6338 / (34) 3235 8564
E-mail: marisamp@yahoo.com.br

ANEXO

ANEXO A - Prefeitura Municipal de Uberlândia – Autorização de início da pesquisa



Autorização de início de pesquisa

Uberlândia, 02 de fevereiro de 2011

Autorizamos a pesquisadora **Marisa Martins da Silva Pacheco**, a realizar a pesquisa intitulada: **Formação e prática profissional dos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica da Universidade Federal de Uberlândia** a iniciar a pesquisa nas unidades de saúde do município que possuem o serviço de odontologia. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em Pesquisa da UFMG-COEP, e também autorizada pela coordenadora da Saúde Bucal, Hebe Rosely Couto Teixeira.

Atenciosamente,



André Vitorino Vieira – Psicólogo

Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

ANEXO B - Parecer do Conselho de Ética e Pesquisa - UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0520.0.203.000-10

**Interessado(a): Profa. Antonia Vitória Soares Aranha
Departamento de Administração Escolar
Faculdade de Educação - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de dezembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado **"Formação e prática profissional dos egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Teresa Marques Amarat".

**Profa. Maria Teresa Marques Amarat
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO C - Matriz Curricular do Curso TSB/ESTES/UFU. 1995

GRADE CURRICULAR

Parte Diversificada do Currículo
Habilitação: TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL

Disciplinas		2ª Série		3ª Série		Total
		CR	CH	CR	CH	CH
INSTRUMENTAL	Matemática Aplicada	2	60			60
	Noções de Anatomia e Fisiologia	2	60			60
	Microbiologia e Parasitologia	1	30			30
	Higiene e Segurança do Trabalho	2	60			60
	Estudos Regionais			1	30	30
	Noções de Psicologia e Ética			2	60	60
	Sub-Total	7	210	3	90	300
PROFISSIONALIZANTE	Higiene Dentária	4	120	2	60	180
	Odontologia Social	2	60	4	120	180
	Técnicas Aux. de Odontologia	4	120	5	150	270
	Materiais, Equip. e Instrumentais	5	150	5	150	300
	Fundamentos de Enfermagem	2	60			60
	Sub-Total	17	510	16	480	990
TOTAL		24	720	19	570	1290
Estágio Supervisionado						400
TOTAL GERAL		24	720	19	570	1690

Formação Especial = 1290

Estágio Supervisionado = 400

TOTAL GERAL = 1690

Obs.: O Núcleo Comum é ministrado por Escolas da Rede Estadual, através de assinatura de convênios.

1ª Série: Aproveitamento de estudos das disciplinas do Núcleo Comum e as do Art. 7º, da Lei 5.692/71.

ANEXO D - Matriz Curricular do Curso TSB/ESTES/UFU. 2001 -2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE
CURSO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL

Reconhecimento - Portaria n.: 089/81 - 29/10/81 - SEPS/MEC

Av. Amazonas, s/nº - Bloco 4K - Campus Umuarama - Uberlândia - MG - Cep: 38400-902 - Telefone: (034) 3218-2318 e Fax: (034) 3218-2410

www.estes.ufu.br - estes@ufu.br

Matriz curricular

	CH	FUNÇÃO	CÓDIGO	SU-FUNÇÃO	CH
MÓDULO 1	445	EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	21101-0	EDUCAÇÃO PARA O AUTO CUIDADO	70
			21102-8	ANATOMIA E FIOLOGIA HUMANA	60
		PROTEÇÃO E PREVENÇÃO	21201-6	PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO	60
			21202-4	PROMOÇÃO DA BIOSSEGURANÇA NAS AÇÕES DE SAÚDE	60
			21203-2	PREVENÇÃO DA CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL 1	90
			21204-x	PRÁTICA INTEGRADA 1	75
		RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO 1	21301-2	PRESTAÇÃO DE PRIMEIROS SOCORROS	20
			21302-x	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	60
MÓDULO 2	325	GESTÃO EM SAÚDE 1	22101-5	ADMINISTRAÇÃO EM SEVICO	10
			22102-3	INFORMÁTICA APLICADA	10
		RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO 2	22201-1	MATERIAL, INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTO	190
			22202-0	PSICOLOGIA APLICADA	40
		22203-8	PRÁTICA INTEGRADA 2	75	
MÓDULO 3	280	PROTEÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE BUCAL	23101-x	PREVENÇÃO DA CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL 2	160
			23102-9	ATENÇÃO PARA SAÚDE BUCAL	40
		GESTÃO EM SAÚDE 2	23201-7	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE TRABALHO	60
MÓDULO 4	490	RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO 3	24101-6	TÉCNICAS RESTAURADORAS	190
			24104-x	PRÁTICA INTEGRADA 3	150
			24102-4	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	80
			24103-2	MOLDAGEM E CONFECÇÃO DE MODELOS DE ESTUDO	70
ESTÁGIO SUPERVISIONADO					170
TOTAL					1570
<i>Total geral</i>					<i>1740</i>

vigorando a partir do ano 2002 (=2001)

Ano letivo 2002 = (2001)

Obs: Ano letivo de 2001 - feita equivalência entre as matrizes curriculares (2001 = 2002) desta forma os históricos escolares dos alunos de 2001 deverão contemplar a matriz curricular de 2002.