



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DO ENSINO DE ODONTOLOGIA**

GUILHERME MÁXIMO XAVIER

Brasília, Agosto de 2013



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DO ENSINO DE ODONTOLOGIA**

GUILHERME MÁXIMO XAVIER

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior

Brasília, Agosto de 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1011084.

X3f Xavier, Guilherme Máximo.
A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema
Único de Saúde : uma avaliação do ensino de odontologia
/ Guilherme Máximo Xavier. -- 2013.
xiv, 125 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.

Inclui bibliografia.

Orientação: Áderson Luiz Costa Júnior.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Odontologia.
2. Odontologia - Estudo e ensino - Brasil. I. Costa
Junior, Áderson Luiz. II. Título.

CDU 616.314

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior - Presidente
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Oviromar Flores - Membro
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza - Membro
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira - Suplente
Universidade de Brasília

Brasília, Agosto de 2013

DEDICATÓRIA

Ao meu irmão **Gabriel**, por sua presença carinhosa e apoio nos momentos de que precisei. A você, todo o meu respeito e orgulho por manter aquecido o companheirismo e a amizade enquanto caminhávamos.

Aos meus pais, **Altamiro** e **Vilma**, pelo eterno amor e incentivo em todos os momentos da minha vida. Amo vocês!

A todos os demais **educadores** que passaram pela minha trajetória até aqui. E em especial, aos que participaram desta pesquisa e que tornaram possível a sua realização. Um abraço fraterno e o meu muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Altamiro** e **Vilma**, e ao meu irmão, **Gabriel**, pelo apoio incondicional e por não medirem esforços para que eu chegasse a esta etapa de minha vida.

Ao Professor Dr. **Áderson L. Costa Júnior**, quem me acolheu e orientou, meus mais sinceros agradecimentos, pela prestreza, humanismo e por permitir que eu ganhasse asas e voasse durante o processo da pesquisa.

Aos Professores Dr. **Oviomar** Flores, Dr. **Tiago A. C. de Souza** e Dra. **Clelia M^a** de S. F. Parreira, por aceitarem participar da banca examinadora deste trabalho e por contribuírem com meu crescimento e aprimoramento enquanto pesquisador e educador.

Ao Instituto de Psicologia e a Faculdade de Ceilândia, pela união e implementação do programa do Pró-Ensino na Saúde, pelo qual ingressei. À Coordenação do **PGPDS** e ao grupo gestor do Pró-Ensino. Às professoras Dra. **Clelia M^a** de S. F. Parreira, Profa. Dra. **Diana Lúcia M. Pinho**, Profa. Dra. **Elizabeth** Queiroz e Profa. Dra. **Gardênia** da Silva Abbad, pelos ensinamentos. Aos **demais professores** das disciplinas do mestrado, que aperfeiçoaram e ampliaram meu conhecimento sobre uma variedade de temas, do contexto à pesquisa.

Aos colegas (do Mestrado e do Doutorado) do Pró-Ensino na Saúde, que dividiram comigo grandes momentos de aprendizado: **Alexandre** Alberto, **Ana Rita** Lobo, **Andréia** Torres, **Bethânia** Meireles, **Denise** Furlanetto, **Hannya** Herrera, **Kamylla** Borges, **Luiz H. Costa**, **Luiza** de Marilac Barbosa, M^a de **Nazareth** Malcher, M^a **Delzuita** de Sá, M^a **Edna** Vieira, **Marília** de Almeida, **Sâmia** Araújo, **Samira** de Almeida, **Simone** da Silva, **Talita** Andrade e **Walner** Mamede.

À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro durante a realização do Mestrado.

Aos **participantes** desta pesquisa e às **direções/chefias dos cursos** de Odontologia das instituições que autorizaram a participação nesta pesquisa: Universidade de Brasília (**UnB**), Universidade Católica de Brasília (**UCB**), Universidade Paulista (**Unip**) e Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (**Faciplac**).

A todos os **amigos** e aos **familiares** que moram no meu coração.

“O modelo convencional é posto como uma realidade a ser transformada e o modelo inovado como uma imagem objetivo a ser alcançada. Ou seja, a estratégia de mudança parte de um real (ou de um pseudo-concreto?) para um utópico (ou para um verdadeiro real?). Cabe ressaltar que a utopia tem um papel fundamental na educação porque não pode haver projeto pedagógico sem que se ponha em marcha uma utopia educacional, entendida como a capacidade do educador de ir além do real (ou do pseudo-concreto?) e de criar novos possíveis (o realmente real).”

(Mendes, 1985)

RESUMO

O Brasil possui, do ponto de vista técnico e científico, uma das melhores Odontologias do mundo e a maior concentração de profissionais graduados; apesar disso, é um dos países com o maior índice de perda dentária. A ciência odontológica tem sido apresentada com críticas em relação ao seu ensino e prática, por seguir um modelo direcionado para o tratamento de doenças e de baixa resolutividade social. Este modelo, aos moldes flexnerianos, fere os pressupostos e diretrizes da Saúde Pública, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e reafirmados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Neste contexto, aponta-se a necessidade do estudo das práticas de ensino e da avaliação curricular, objetivando o entendimento do currículo e a proposição de alternativas para a reestruturação pedagógica da Odontologia. Esta pesquisa levanta a premissa de que só pode haver mudança social na Odontologia através de quebra de paradigmas sociais. Perceber como o cirurgião-dentista se porta diante da sociedade é fundamental à transformação histórica da própria estrutura da ciência odontológica e de seu ensino. O objetivo geral deste estudo foi avaliar o ensino de Odontologia no contexto do SUS no Distrito Federal. O estudo prioriza metodologia de caráter qualitativo. Primeiramente realizou-se análise da literatura e análise documental (dos currículos plenos e planos de ensino de disciplinas dos quatro cursos de Odontologia do Distrito Federal que possuíam egressos graduados). Foram realizadas, também, entrevistas com 12 docentes (três por instituição, sendo oito especialistas clínicos e quatro docentes da Saúde Bucal Coletiva). As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin. Identificaram-se quatro grandes categorias de estudo: (1) Formação do docente de Odontologia; (2) A Odontologia no SUS; (3) Formação atual do dentista; (4) e Propostas de formação direcionada para o SUS. Cada categoria apresentou uma diversidade de subcategorias respectivas. Da inferência em relação à contagem de frequências para com as unidades de registro das subcategorias de análise, conclui-se que os currículos de graduação em Odontologia estudados: (1) apresentam um currículo oculto, que direciona a formação ao mercado privado, apesar da tentativa de incorporar as DCN e o SUS na formação; (2) os conteúdos ético-humanísticos são direcionados a disciplinas sociais e para a Saúde Bucal Coletiva; (3) apresentam clara dissociação entre disciplinas básicas e profissionalizantes, com pequena integração; (4) as especialidades clínicas possuem pouco envolvimento com os conteúdos sociais; (5) os professores, formados sob uma ótica flexneriana, parecem manter essa característica de formação privatista; (6) o currículo se mostra tradicional e pouco crítico; (7) a maior parte dos professores foi formada em pós-graduações que não abrangem, suficientemente, conteúdos sociais. Por fim, aponta-se a necessidade da contínua avaliação curricular como instrumento ininterrupto à prática da reforma do ensino de Odontologia, a fim de aproximá-lo aos objetivos do próprio SUS e das DCN.

Palavras-chave: Ensino odontológico; Ensino na Saúde; Currículo Odontológico; Sistema Único de Saúde; Odontologia.

ABSTRACT

Brazil has, in technical and scientific terms, one of the best Dentistries in the world and the highest concentration of professional graduates; nonetheless, it is a country with a high rate of tooth loss. The dental science has been presented with critiques of its teaching and practice because it presents a direction for the treatment of diseases and it presents low social problem solving. This model, to the form of Flexner's educational philosophy, violates the assumptions and guidelines for Public Health which involves the Unified Health System (SUS) and reaffirms it through the National Curriculum Guidelines (DCN). In this context, it arises the need for the study of teaching practices and curriculum evaluation, with the objective of understanding the curriculum and to enable the proposition of future alternatives to restructure the teaching dentistry. This research brings the premise that there will be social change in dentistry through breaking social paradigms. Understand how the dentist behaves in society is fundamental to historical transformation of dental science and its teaching. The aim of this study was to evaluate the teaching of dentistry in the context of the Unified Health System (SUS) in the Federal District. The study emphasizes qualitative methodology. Firstly, we performed a literature review and documentary analysis (full curriculum and teaching plans of the four courses of Dentistry of the Federal District which graduated students). Interviews were also conducted with 12 professors of Dentistry (three from each college; eight clinical specialists and four professors of Dental Public Health). The interviews were audiotaped, transcribed and submitted to Bardin's Content Analysis Technique. We found four major categories of study: (1) Training of dentistry professors, (2) Dentistry in the SUS, (3) Current training in dentistry (4) and Proposals for training for the SUS. Each category presented a diversity of respective subcategories. We performed the inference through counting the frequency of record units in the categories of analysis. We concluded about the curricula of dental degree courses studied: (1) they present a hidden curriculum which directs training for the private market, although it incorporate the DCN and SUS in training, (2) the ethical and humanistic contents are directed to social disciplines and the Dental Public Health, (3) they present an obvious dissociation between basic disciplines and professional, with poor integration, (4) clinical specialties have low involvement with social content, (5) academics, who are trained in a Flexner's perspective, seem to keep the characteristic of training privatized, (6) the curriculum is traditional and uncritical; (7) many professors were trained in a postgraduate course which did not includes enough social contents. Finally, we elucidated the need for continuous curriculum evaluation. It will work as an instrument for the uninterrupted practice of teaching reform of Dentistry, in order to bring it closer to the objectives of the SUS and DCN.

Keywords: Dental education; Health teaching; Dental curriculum; Unified Health System (SUS); Dentistry.

SUMÁRIO

Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de Quadros e Tabelas.....	xi
Lista de Figuras.....	xii
Lista de Abreviaturas.....	xiv
Capítulo 1 - Introdução.....	01
Capítulo 2 - Referencial Teórico.....	06
2.1. O real (ou o pseudo-concreto?).....	06
2.1.1. O contexto histórico e antropológico da consolidação da ciência odontológica.....	06
2.1.2. O papel do paradigma da Medicina Social na história da Odontologia.....	11
2.1.3. O papel do paradigma da Medicina Científica no ensino de Odontologia.....	12
2.1.4. O papel do paradigma da Medicina Comunitária na Odontologia Social.....	15
2.1.5. Um breve histórico do ensino de Odontologia no Brasil (pré-SUS).....	17
2.2. A utopia (ou o realmente real?).....	22
2.2.1. A reforma sanitária, o SUS e os caminhos da Saúde Bucal Coletiva.....	22
2.2.2. O currículo de Odontologia: “a que será que se destina?”.....	29
2.2.3. A formação do cirurgião-dentista no contexto do SUS e das DCN.....	34
Capítulo 3 - Objetivos.....	44
Capítulo 4 - Metodologia.....	45
4.1. Pressupostos metodológicos.....	45
4.2. Acesso aos documentos e participantes da pesquisa.....	46
4.3. As fases da pesquisa.....	47
4.4. O perfil dos entrevistados e a realização da entrevista.....	48
4.5. A escolha do instrumento (a entrevista).....	49
4.6. Tópicos para a entrevista.....	49
4.7. O método de análise do <i>corpus</i>	49
4.8. Procedimentos de análise.....	50
4.9. Critérios éticos.....	51
Capítulo 5 - Resultados.....	53
5.1. Análise documental dos currículos.....	53
5.1.1. Análise das grades curriculares.....	54
5.1.2. Análise dos planos de ensino.....	55

5.2. Análise de conteúdo das entrevistas.....	57
5.2.1. A formação do docente de Odontologia (Categoria A).....	57
5.2.1.1. O interesse por Odontologia.....	57
5.2.1.2. A formação de graduação dos docentes.....	59
5.2.1.3. Primeiras experiências e perspectivas profissionais dos docentes.....	65
5.2.1.4. A formação em pós-graduação dos docentes.....	66
5.2.2. A Odontologia no SUS (Categoria B).....	68
5.2.2.1. Pontos positivos da Odontologia no SUS.....	69
5.2.2.2. Pontos negativos da Odontologia no SUS.....	69
5.2.3. A formação atual do dentista (Categoria C).....	70
5.2.4. Propostas de formação direcionada para o SUS (Categoria D).....	75
Capítulo 6 - Discussão.....	78
Capítulo 7 – Considerações finais.....	84
Referências.....	87
ANEXOS	93
Anexo A – Termos de consentimento de coparticipação das Instituições.....	94
Anexo B – Roteiro das Entrevistas	98
Anexo C – Quadro Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas.....	99
Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CEP/FS.....	124
Anexo E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01. Disciplinas de ensino odontológico do currículo mínimo da Resolução 4/82 do CFE reorganizadas durante a XVIII Reunião da ABENO e XIX Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia (1992).

Quadro 02. Grandes categorias das teorias curriculares e alguns autores envolvidos.

Quadro 03. Categorias e subcategorias encontradas durante a análise de conteúdo das entrevistas com os docentes de Odontologia.

Tabela 01. Frequência de disciplinas ético-humanísticas nas grades curriculares.

Tabela 02. Análise documental dos planos de ensino das disciplinas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Frequência absoluta das unidades de registro da subcategoria A1 (Interesse por Odontologia / n= 52).

Figura 02. Frequência absoluta das Unidades de Registro das subcategorias A2 (Período da graduação do docente), A3 (Prazo de formação do docente) e A4 (Tipo de Instituição de Graduação do Docente).

Figura 03. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A5 (Destaque de conteúdos e competências na graduação do docente; n = 196).

Figura 04. Frequência absoluta das unidades de registro da categoria A6 (Foco da Formação do Docente de Odontologia; n = 24).

Figura 05. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A7 (Ensino de Saúde Pública na Formação do Docente; n = 81).

Figura 06. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A8 (Primeiras experiências profissionais do docente; n = 66).

Figura 07. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A9 (Perspectivas profissionais e sonhos; n = 27).

Figura 08. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A10 (Formação Profissional do Docente; n = 36).

Figura 09. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A11 (Motivação para docência em Odontologia; n = 19).

Figura 10. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A12 (Direcionamento da especialização para o SUS; n = 13).

Figura 11. Frequência absoluta das Unidades de Registro das Subcategorias A13 e A14 (Direcionamento do Mestrado e Doutorado para o SUS; n = 18).

Figura 12. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria B1 (Pontos positivos da Odontologia no SUS; n = 19).

Figura 13. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria B2 (Pontos negativos da Odontologia no SUS; n = 42).

Figura 14. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C1 (Possibilidades de trabalho do egresso de Odontologia; n = 11).

Figura 15. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C2 (Características curriculares; n = 29).

Figura 16. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C3 (Direcionamento do currículo para o SUS; n = 51).

Figura 17. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C4 (Direcionamento da disciplina do docente para o SUS; n = 21).

Figura 18. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C5 (Alunos preparados para atuarem no SUS; n = 12).

Figura 19. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C6 (Motivos para ingresso no SUS; n = 11).

Figura 20. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C7 (Foco da formação do dentista na graduação; n = 23).

Figura 21. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria D1 (Medidas necessárias ou alterações curriculares para a formação direcionada para o SUS; n = 30).

Figura 22. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria D2 (Credibilidade do docente para com alterações curriculares propostas na Instituição; n = 12).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
Alafo	Associação Latino-Americana das Faculdades de Odontologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP/FS	Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DF	Distrito Federal
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
Faciplac	Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central
GDF	Governo do Distrito Federal
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	<i>Problem-Based Learning</i>
PGPDS	Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSF	Programa Saúde da Família
SB Brasil	Projeto Saúde Bucal Brasil
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCB	Universidade Católica de Brasília
UnB	Universidade de Brasília
Unip	Universidade Paulista

1. INTRODUÇÃO

É preciso dizer inicialmente que os motivos que permitiram a confecção deste trabalho nasceram de “utopia” e nunca foram originários de razões autocomplacentes. Todos os desejos por estudar o Ensino Odontológico brotaram de sonhos que se configuraram durante a graduação de um aprendiz em Odontologia, que no caso concreto, é o próprio autor e suas inquietações. E foram elas que propiciaram o desenvolvimento deste trabalho, à vontade por fazê-lo e à busca pela sanitização de muitas incertezas.

É claro que ainda não me eximo da característica de aprendiz, mas hoje me coloco, sobretudo, na posição de vivenciador crítico e reflexivo desta realidade complexa que é o próprio Ensino, e em especial, o Ensino de Odontologia. Vivenciei muitos processos educativos durante o meu período de formação como cirurgião-dentista (que ocorreu de fevereiro de 2006 a agosto de 2010), porém as suas razões e mecanismos supostamente não eram do meu entendimento e hoje se configuraram como objeto do meu interesse, de estudo e de sonho profissional: o ato de ensinar/educar.

Fui um estudante bolsista do Programa Universidade para Todos (Prouni) de uma universidade privada do Distrito Federal - Universidade Católica de Brasília (UCB) - a qual sou honrado por todo o aprendizado adquirido. Todos os sonhos de estudar esse lado mais íntimo da Odontologia surgiram durante os últimos semestres dessa formação, quando fui convidado pela Professora Luciana F. Bezerra a confeccionar um Manual de Prótese Total para posterior publicação. Naquele momento inicial houve uma grande empolgação, mas depois relutei a produzi-lo. Não queria produzir mais um trabalho técnico para a Odontologia, sentia que ela já estava abarrotada de procedimentos e me veio um desejo muito grande por estudar questões sociais, o contexto histórico da profissão e como a Odontologia poderia ser entendida sob uma ótica mais coletiva e questionadora dela própria. Procurei a professora Luciana para argumentar que eu não tinha vontade de produzir aquele trabalho e que poderíamos pensar em outras questões mais sociais, bem como sobre um tema de um artigo de Odontologia Social que tive acesso. Sobretudo, foi incrível porque a ideia foi aceita com muita alegria. Então, trabalhamos na confecção de um Painel Científico que foi, inclusive, objeto do meu Trabalho de Conclusão de Curso de graduação. E também não me esqueço de que foi a Profa. Luciana quem me apresentou, pela primeira vez, e através dos nossos diálogos e filosofias, ao Pensamento Complexo de Edgar Morin, os quais abriram portas para pensar e repensar e juntar todos estes pedaços!

Talvez por ser um aluno vindo de uma classe social mais baixa do que os demais, me preocupei com a realidade daqueles que, assim como eu, não tinham tanto acesso àquela Odontologia de Mercado e recusei a aceitá-la completamente como plano futuro. Fui apresentado

formalmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) durante minha graduação e sabia que ali estava uma possibilidade de trabalho e de pensamento. No entanto, o meu desejo sempre foi pelo ensino, não pelo ensino da técnica odontológica em si, mas pelo ensino em todas as suas nuances, inclusive sob uma ótica mais transformadora, política, de processo, de colaboração e de ênfase no público.

Formei-me, trabalhei na esfera privada por um ano, lecionei em uma Escola Técnica de Saúde do Governo do Distrito Federal (GDF) como Professor Substituto e tive a oportunidade de ingressar no curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PGPDS), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Inicialmente, meu ingresso se deu pelo projeto “Pró-Ensino na Saúde” (em 2011), uma parceria entre o Instituto de Psicologia e a Faculdade de Ceilândia. O “Pró-Ensino na Saúde” foi um projeto lançado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde através de um edital de concorrência pública, lançado em 2010. O projeto “Pró-Ensino na Saúde” apresentou, no primeiro edital, o seguinte objetivo geral:

Estimular no País a realização de projetos de pesquisa e apoio ao Ensino na Saúde, (...) possibilitando a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do Ensino na Saúde. Contribuirá, assim, para desenvolver e consolidar esta área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde, por meio da análise das prioridades e das competências existentes, visando à melhoria do ensino de pós-graduação e graduação em Saúde (Brasil, 2010, p. 1).

É interessante ressaltar que mesmo pertencendo oficialmente ao PGPDS, frequentei as disciplinas do projeto “Pró-Ensino na Saúde”, as quais foram totalmente direcionadas à formação-docente de profissionais de saúde no contexto do Ensino na Saúde e para uma formação direcionada ao SUS. O Instituto de Psicologia e a Faculdade de Ceilândia, da UnB, participaram/participam do “Pró-Ensino na Saúde” através do subprojeto “Fortalecimento do Ensino na Saúde no contexto do SUS: uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste”.

Esta dissertação de mestrado e o pré-projeto de pesquisa o qual desencadeou seu desenvolvimento foram moldados pelas diretrizes e objetivos do projeto “Pró-Ensino na Saúde”, cuja subárea temática foi a “Avaliação do Ensino na Saúde”. A defesa do projeto de pesquisa ocorreu durante a “I Jornada de Pesquisa em Ensino na Saúde” com a participação do grupo gestor do Projeto, do orientador e de um debatedor externo ao programa, em setembro de 2012.

Não posso negar que houve também algumas questões que direcionaram este estudo, tais como as observações durante minha graduação e a própria experiência profissional após a

formação no mercado privado e no ensino, numa escola pública de saúde. Nasceu um desejo forte de construir/reconstruir conceitos e estudar/testar as questões e o problema de uma maneira criteriosa e científica, através da pesquisa qualitativa, essencialmente.

É notório que o conceito de Odontologia visto nas escolas de graduação brasileiras é de uma ciência não exata, da saúde, que trata do estudo, diagnóstico e tratamento das afecções do sistema estomatognático (face, cavidade bucal e pescoço) e sua relação com a saúde sistêmica, dela indissociável, restabelecendo função (mastigatória e fonética) e a estética. O conceito de Odontologia, por si, não explica a ciência odontológica nem as suas nuances mais superficiais, mas evidencia o maior ponto de vista traçado sobre ela: o processo saúde-doença bucal, que culmina no perfil curativista da profissão.

A saúde bucal não pode ser considerada, simplesmente, como a ausência de doença, e deve levar em consideração o modelo biopsicossocial da saúde, onde corpo, mente e sociedade formam uma tríade: se houver a ruptura de algum destes elos, não haverá a manutenção do equilíbrio e da saúde. O conceito biopsicossocial do processo saúde-doença é postulado fundamental à compreensão da saúde humana, tratada como fator da produção social.

Segundo Costa, Bonan, Abreu e Durães (2008), a prática odontológica foi criada e desenvolvida no intuito de atender a necessidade de saúde bucal do homem. Sua história é marcada por grandes mudanças através dos séculos, principalmente porque a profissão obteve acentuada divisão prática como consequência da evolução da ciência e da tecnologia. O avanço técnico-científico trouxe consigo materiais dentários, aparelhos, instrumentais sofisticados, porém manteve o elitismo e o tecnicismo da profissão e a sua baixa resolutividade social.

Segundo o Ministério da Saúde - Pesquisa de Saúde Bucal - SB Brasil 2010, estudo epidemiológico de base nacional, o índice bucal CPO-D (cariados, perdidos e obturados) de adultos de 35 a 44 anos diminuiu 19% em sete anos na mesma faixa etária, o que evidencia maior cuidado à saúde bucal e ao tratamento à cárie dentária, por exemplo. Porém, o número de idosos entre 65 e 74 anos que necessitam de prótese dentária total nas duas arcadas (desdentados totais) é de mais de três milhões. O índice é muito alto e reduziu em apenas 1% desde a SB Brasil 2003, evidenciando que o Brasil ainda é um dos países com o maior índice de edentulismo (perda dentária) do mundo (Brasil, 2005; Brasil, 2011).

A Odontologia brasileira é considerada uma das melhores do mundo e é a mais abarrotada de profissionais, possuindo mais de 250.000 dentistas formados, o que corresponde aproximadamente a 19% dos dentistas do mundo (Brasil, 2013). É aí que reside o conflito social: como pode o país ter uma imensa quantidade de profissionais e possuir um dos maiores índices de perda dentária do mundo? Onde estão os dentistas? Como estes profissionais são formados? Eles são formados nas Universidades para atuarem no SUS ou em seus consultórios particulares? O

currículo de graduação em Odontologia contempla os pressupostos do SUS e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Odontologia? Como foi a formação dos docentes de Odontologia de hoje? Como os docentes enxergam essa formação?

E é dentro deste contexto que surge a necessidade de um enfoque no processo de ensino-aprendizagem: o ensino da Odontologia precisa ser repensado e enquadrado ao contexto público, sejam os conceitos assimilados tanto por um profissional que atue futuramente no setor privado ou no setor público. Análises curriculares e o estudo das práticas de ensino são, portanto, necessários. Além disso, a avaliação deve conduzir melhorias no setor e propor alternativas à reestruturação pedagógica da Odontologia, que deve ser um processo contínuo ao longo das transformações sociais em saúde.

O modelo curativista do tratamento bucal, plenamente realizado no setor privado, contraria a necessidade primordial da prevenção como direito social porque se espera a doença ocorrer para depois tratá-la. Esse modelo assistencial, onde a Odontologia é praticamente privada e precária no setor público (SUS), pode também ser advindo do modelo de formação acadêmica do cirurgião-dentista ao longo da história e mantido ainda na geração-SUS e geração-DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais), as quais tendem a reprimir o contexto social e superiorizar a técnica, o procedimento.

Da importância pessoal de se estudar o Ensino de Odontologia não posso dizer nada mais de que se trata de um sonho pessoal, um enfrentamento constante em busca daquilo que acredito fielmente: a possibilidade de transformações sociais democráticas nessa sociedade permeada por nuances e contrastes. Além disso, acredito no sementeamento de boas sementes através de uma boa educação em saúde, o que pode propiciar uma boa colheita de pensadores e transformadores sociais, tanto na Universidade quanto em outros nichos da sociedade. Quanto à importância científica desse tipo de estudo, reitero que é fundamental a sua execução já que, como ciência em pleno século XXI, a Odontologia não pode mais negar a necessidade do caráter social, pedagógico e mais qualitativo das suas ações.

A Odontologia forma Odontólogos e tais profissionais devem ser responsáveis pelos atos sociais futuros da própria Odontologia e, sobretudo, de seu ensino. A responsabilidade é social e democrática. Há, então, uma forte necessidade de estudo da relação “modelo de saúde” com a “formação acadêmica” de acordo com o entendimento dos profissionais da área, docentes e do currículo de Odontologia nas Universidades. Esta pesquisa justifica-se, pois só poderá haver mudança social na Odontologia através de quebra de paradigmas sociais. Perceber como o cirurgião-dentista se porta diante da sociedade também é fundamental à transformação histórica da própria estrutura da ciência odontológica e seu ensino. Entretanto, é necessário entender também que são as relações sociais que formam os educadores. Não se trata exclusivamente, então, de um

ato de “portar-se”, já que são as relações sociais (e além da academia, também) que permeiam as práticas de saúde bucal enquanto práticas sociais.

Para contemplar tais anseios, iniciamos o referencial teórico com o Capítulo 2, dividido em dois subcapítulos: o 2.1. O real (ou o pseudo-concreto?) e o 2.2. A utopia (ou o realmente real?). À primeira vista pode, sobretudo, parecer curioso o título destes subcapítulos; eles, no entanto, são dotados de um significado muito valioso dentro do contexto do Ensino, o que poderá ser constatado no decorrer de sua leitura. De antemão elucidamos que estes títulos foram inspirados da passagem de Mendes (1985) transcrita *ipsis litteris* na epígrafe deste trabalho (página “v”). Da necessidade, e de imediata reflexão, pedimos que o leitor volte à página.

No capítulo 3, apresentamos os objetivos gerais e específicos da pesquisa. Já no capítulo 4 (Metodologia) explicitamos os pressupostos metodológicos tomados (para com a Pesquisa Qualitativa), descrevemos as etapas da pesquisa, os participantes, o instrumento utilizado, o método de análise, as categorias e subcategorias encontradas e os critérios éticos adotados em todas as fases da pesquisa.

Os resultados do estudo são apresentados no Capítulo 5. Este capítulo foi dividido em duas partes: 5.1. Análise documental dos currículos e 5.2. Análise de conteúdos das entrevistas. Apresentamos graficamente as principais categorias do estudo e suas respectivas unidades de registro, discutimos a lógica, as características e direcionamos os achados para a inferência imediata a partir de cada gráfico. Aqui, a discussão é breve e está centrada nos próprios achados, na interpretação e na inferência imediata.

O capítulo 6 (Discussão) foi estruturado a fim de retomar a lógica dos resultados, porém rebuscando comentários mais gerais, a fim de se obter uma visão panorâmica do estudo, estabelecer as relações entre os diversos resultados, além de relacioná-los com outros estudos científicos e com o referencial teórico abordado.

Por fim, no capítulo 7 (Considerações Finais), concluímos os nossos achados revisitando os objetivos da própria pesquisa. Além disso, discutimos algumas necessidades para a consolidação do ensino de Odontologia e para com pesquisas futuras neste campo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O REAL (OU O PSEUDO-CONCRETO?)

Este subcapítulo aborda os marcos teóricos e históricos que nos levam a enxergar de olhos desvendados a Odontologia como ela o foi ou veio a ser. Do legítimo, do visível, do século XVIII (durante a consolidação da Revolução Industrial e do Modo de Produção Capitalista) ao “presente próximo” (pelo qual se deu a Reforma Sanitária Brasileira e a consolidação do SUS no Brasil) reconstruímos os fatos históricos que levaram a solidificação desta Odontologia e seus paradigmas sociais. O real, como “pseudo-concreto”, reafirma a necessidade da contínua utopia.

Tal ideal de utopia, em nossa interpretação, nasce com a Reforma Sanitária Brasileira, com o SUS e mais recentemente, em pleno século XXI, com as DCN. Todo este contexto pós-Reforma Sanitária é tratado no próximo subcapítulo por entendemos que, apesar de tratar-se também deste objeto real (ou do pseudo-concreto?), direciona-se muito mais ao utópico (ou para o realmente possível) quando sonhamos o Ensino de Odontologia no Brasil.

São subitens deste subcapítulo: 2.1.1. O contexto histórico e antropológico da consolidação da ciência odontológica (que apresenta um resumo histórico e os fatos que levaram a Odontologia se consolidar como ciência, e inicialmente como “arte dentária” isolada das Ciências Sociais); 2.1.2. O papel do paradigma da Medicina Social na história da Odontologia (apresenta o relato da construção da Medicina Social como marco histórico na saúde e na iniciação de públicas de saúde pelos Estados); 2.1.3. O papel do paradigma da Medicina Científica no ensino de Odontologia (apresentamos aqui o modelo paradigmático que influenciou/influencia fortemente o Ensino de Odontologia aos moldes de produção do sistema capitalista); 2.1.4. O papel do paradigma da Medicina Comunitária na Odontologia Social (nele apresentamos a construção inicial do paradigma inovador da Medicina Social, que como ideal teórico e político, orientará as transformações no Ensino de Odontologia) e por final o 2.1.5. Breve histórico do ensino de Odontologia no Brasil (pré-SUS) (onde resumidos os principais marcos históricos do Ensino de Odontologia, até a consolidação do currículo mínimo de Odontologia pela Resolução nº 4/86 do Conselho Federal de Educação). Através deste percurso trilhamos, rapidamente, os caminhos da história, dos paradigmas, para mais tarde trazer à tona a utopia da saúde bucal através do SUS e do Ensino de Odontologia.

2.1.1. O contexto histórico e antropológico da consolidação da ciência odontológica

Lucietto, Zardin, Pretto e Slavutzky (2007) afirmam que para entendermos como se deu o processo de desenvolvimento da Odontologia e de sua prática social é preciso voltar ao passado e

olhar profundamente para o início e desenvolvimento das práticas sociais odontológicas, mesmo que de uma forma rápida e introdutória.

É importante deixar claro que entendemos como prática social em Odontologia todas as relações entre sujeitos e sociedade envolvidos no processo pelo qual a Odontologia passou, passa e passará. A prática social é fruto da história e do modo de construir, desconstruir e reconstruir o pensamento, o objeto que neste caso é a própria ciência odontológica. A prática social dos dentistas não é apenas aquela direcionada para o que entendemos ser Odontologia Social ou Saúde Bucal Coletiva, mas qualquer prática política e econômica, pública ou privada, curativa ou preventiva, individual ou coletiva quer toque a Odontologia enquanto entidade social.

É nesse intuito que este capítulo se inicia: como um desejo de entender as relações sociais e alguns fragmentos de Antropologia Cultural na Odontologia que possam implicar nas relações sociais em saúde da atualidade e até mesmo no Ensino de Odontologia. Se as práticas odontológicas se construíram ao longo da história e das relações sociais, políticas e culturais, podemos também inferir que a realidade atual advém de um reflexo daquele modelo primordial transformado. Houve grande mudança teórica e prática dos atos dos cirurgiões-dentistas no Ocidente, porém, alguns significados da essência de sua origem podem estar alojados, mesmo que de forma imperceptível, nas relações sociais e culturais que permeiam a Odontologia do século XXI.

Lucietto et al. (2007) ainda afirmam que há a necessidade de entender que os fatos passados da profissão não podem ser taxados unicamente de responsáveis pelo comportamento atual e reiteram não haver a possibilidade de uma “sucessão natural” de eventos (talvez pré-determinados) já que as transformações amplas da sociedade influenciam o presente e projetam conformações futuras, havendo espaço para “progressos” e “retrocessos”. É nessa ótica que discutimos, em capítulos subsequentes, a importância da transformação social da Odontologia pelo Ensino e pela Universidade.

A Odontologia apareceu como profissão moderna a partir da Revolução Industrial, em meados do século XIX, com as transformações sociais que ocorriam durante a ascensão do capitalismo. Podemos entender o processo de formação da Odontologia como profissão independente e separada da Medicina, de acordo com Carvalho (2003):

(...) algumas razões pelas quais a Odontologia se tornou uma profissão independente: (1) a expansão e transformação do mercado de consumo de serviços odontológicos, estimulada pela disseminação das doenças bucais, especialmente da cárie dentária, na primeira metade do século XIX; (2) a existência de condições técnicas e econômicas em torno da prática odontológica do século XIX; (3) a proliferação de diferentes grupos de praticantes de Odontologia, qualificados e desqualificados na “arte dental”, e as disputas pelo controle do mercado de serviços odontológicos; (4) o desenvolvimento de uma

noção utilitária de Odontologia e a luta para a obtenção de reconhecimento público; bem como (5) as descobertas relacionadas ao campo da Odontologia e o desenvolvimento de teorias científicas sobre os problemas dos dentes e da boca (Carvalho, 2003, p. 34-35).

A consolidação da prática odontológica como profissão (profissionalização) se dá por uma sequência de fatos históricos, políticos, culturais e pelo próprio desenvolvimento do pensamento científico, no caso dos praticantes “qualificados” de Odontologia (médicos e cientistas) e de seu ensino nas Universidades que se construíram. Por outro lado, a prática também estava centrada na manipulação dos sujeitos pela prática social “desqualificada” da profissão (práticos, barbeiros, relojoeiros, etc.) como afirma Carvalho (2003).

De acordo com Iyda (1998) é notável que a ampliação das doenças bucais, pela mudança de hábitos dietéticos no mundo capitalista, a partir do século XVIII, fez com que a Odontologia se ampliasse e se consolidasse, também, como mercado dentro do próprio modelo de produção capitalista. O motivo de tal ampliação de doenças, especialmente a cárie dentária e a doença periodontal que são causa de perda dentária significativa, foi a ampliação do consumo de açúcar pelas populações de ambas as classes sociais naquele século, especialmente com a facilitação do acesso e consumo de açúcares também pela classe baixa e não somente pela burguesia, como ocorria anteriormente.

Ring (1998) relata que outro motivo pelo qual a Odontologia tenha se separado e se constituído como profissão independente da Medicina, foi a necessidade de um maior rigor técnico de produção dos “artefatos dentários”, já que a sociedade estava abarrotada de profissionais práticos desqualificados. Esse fato se deu na França, e não foi por uma preocupação social das autoridades para com a saúde bucal da população, mas mero desejo de construir próteses dentárias para reestabelecer a estética. Ainda segundo o mesmo autor, havia já uma preocupação do Parlamento Francês, no final do século XVII, para conter o exercício desqualificado da Odontologia como profissão. Reitera, ainda, que o marco da oficialização da Odontologia como profissão foi a publicação do livro “Le chirurgien dentiste” do francês Pierre Fauchard, que ficou mundialmente conhecido como o “pai da Odontologia” e que configurou inicialmente o nome de “cirurgião-dentista” para designar a profissão, assim como ainda hoje conhecemos.

De acordo com Carvalho (2003), a Odontologia se consolida posteriormente nos Estados Unidos da América, além de ser este o país criador da primeira escola de Odontologia do mundo, chamada de “Baltimore College of Dental Surgery” em 1840. Este marco histórico permitiu a valorização da Odontologia como entidade separada da Medicina e uma valorização da profissão enquanto fruto da ciência e do ensino de melhor qualidade. A criação de um curso para formar cirurgiões-dentistas foi uma tentativa de padronizar o ensino e a formação aos moldes do pensamento científico da época.

Botazzo (1998), em sua tese intitulada de “A arte dentária”, rebusca as diversas nuances da Odontologia dentro do contexto antropológico, social e histórico (enfim, das ciências humanas) onde a Odontologia se separa classicamente da Medicina sobre preceitos políticos e sociais, principalmente quando notamos que culturalmente é aceita e taxada como a “arte dentária”. Esta Odontologia parecia ser negada e a prática dos procedimentos da “arte” era vista pela classe médica como de pouca importância e louvor, já que eram trabalhos meramente técnicos.

Até a cárie (que significava “apodrecimento”) não era enxergada como uma doença humana e mais parecia uma alteração fisiológica e do envelhecimento dentário. Fica claro que a prática social da Odontologia do passado refletiu consideravelmente sobre a formação da profissão, na sua ótica e na determinação de conceitos que se alicerçaram em toda a sociedade atual. Podemos verificar, de acordo com Botazzo (2008), uma explicação desse direcionamento médico e histórico pelo qual também engatou a separação da boca das demais partes do corpo e a própria concepção de cárie dentária naquele contexto (cárie como lesão / cárie não é doença):

Quase não se pode falar em patologias dentárias, antes são lesões: Esta foi a posição de John Tomes, famoso anatomista e patologista inglês. Praticante da arte dentária, Tomes, e também seu filho Charles, entendia que os princípios que regiam a Patologia não se aplicavam ao órgão dentário. Não havia no esmalte, segundo ele, nenhum processo mórbido que poderia ser caracterizado nessa condição, isto é, numa condição patológica, fosse infeccioso ou de qualquer outra natureza. *Havia lesões*. Mesmo assim, o processo, ou *a causa*, era externo, não se comunicando sistemicamente com o organismo, não sendo influenciado por nenhuma disposição da fisiologia, posto que, embriologicamente, a gênese dentária não está na dependência ou não se deixa influenciar pelo estado geral do indivíduo – metabolismo do complexo cálcio-fósforo, por exemplo. Por esse motivo, foi descartada a possibilidade de que a prática odontológica necessitasse ser regida pelos mesmos princípios que regem as demais especialidades médicas (Botazzo, 2008, p. 7).

Ainda no estudo arqueológico de Botazzo (1998), podemos perceber, além das relações entre saúde bucal e sociedade e especialmente Odontologia e Medicina, que o autor chegou à conclusão de que a hegemonia que a prática odontológica exerce sobre o (seu) objeto tem por efeito prático manter neste campo o recuo e a separação, resultando disto, como num reflexo, a ideia do abandono da Odontologia pelas demais práticas sociais. Este objeto, que é a própria boca do homem, segundo o autor, aproxima-se das práticas sociais quando é analisado sobre uma ótica mais humana (e das próprias ciências humanas). A tríade clássica e biológica “mastigação, fonética e estética” (que é ensinada como objeto para reabilitação da boca após doenças bucais) foi complementada com a ótica humana e inovadora pela tríade “manducação, linguagem e erotismo”. A conquista deste conjunto o autor denomina de “bucalidade”, representando o olhar das ciências humanas, é a representação social dos trabalhos que a boca humana (objeto) realiza. De forma simplificada, a manducação seria algo além da mastigação, envolvendo o paladar cultural, por

exemplo. A linguagem, fruto da boca humana, ultrapassa os limites do simples ato de emitir fonemas e sons (fonética) e o erotismo vai além da estética bucal, quando rebusca questões íntimas, a Psicologia e a boca, o beijo e o sexo.

Notamos, então, que os procedimentos da Odontologia e até mesmo a própria Odontologia Científica, como preferimos denominar, surgiram como “procedimentos artísticos, técnicos e manuais” para extrair dentes (não necessariamente perdidos, mas acometidos por odontalgia) e recolocá-los em substituição aos naturais depois de extraídos.

A Odontologia não surge como uma ciência para evitar a perda dentária ou prevenir as doenças bucais, mas para executar uma “arte” e formar um “artesão” qualificado a realizar procedimentos na boca e superar os dentistas empíricos que cometiam, sobretudo, erros e mutilações. Podemos verificar essa ideia de acordo com Starr (1982 como citado em Carvalho, 2003):

Em relação à natureza do trabalho, pode-se dizer que, ao contrário da medicina, na atividade da odontologia predominaram, desde o início do seu desenvolvimento, as tarefas manuais, voltadas para a extração e reposição dos dentes, associando-a a uma função mais cosmética do que terapêutica, portanto, a uma imagem de trabalho “artesanal” e “comercial” e, por isso mesmo, de baixa estima social. Assim, em que pese o objeto do trabalho odontológico ser o tratamento das doenças da boca e dos dentes, ou seja, de parte do corpo humano, a atividade manual e protética do dentista nunca aparentou possuir uma relação estreita com o conhecimento científico biomédico. Na verdade, nos Estados Unidos, o distanciamento da ciência médica e o status inferior decorrente da sua atividade manual podem estar entre os fatores que impediram a odontologia de ser incorporada à medicina, essa também intensamente contestada no século XIX, nesse país (Starr, 1982 como citado em Carvalho, 2003, p. 32).

Vejamos que o dilema Odontologia Científica versus Odontologia Arte é ainda questionado no século XXI quando pensamos até que ponto a formação atual está direcionada para a técnica e para o quão culturalmente/socialmente são taxados de artísticos os trabalhos odontológicos.

Foram os fatos históricos e culturais da “arte dentária” os responsáveis pela cientificização da Odontologia a partir do século XVIII; porém, é marcante que esta mesma Odontologia que se construiu inicialmente científica sobre um preceito de técnica e de um modo de fazer totalmente direcionado para a prática capitalista, pode refletir na realidade do ensino e da concepção de conceitos atuais da prática odontológica, tanto pelos profissionais, docentes e pela sociedade em geral.

Como ainda afirma Carvalho (2003), a “arte mecânica” foi especialmente voltada para o lucro e a Odontologia não exigia nenhum requisito especial para a sua realização, a não ser a “habilidade e a destreza de um artesão”.

De acordo com Pinto (2000 como citado em Lucietto et al., 2007), a partir da primeira metade do século XIX, a Odontologia evoluiu tecnicamente, embora apenas no século XX a Odontologia desenvolveu-se de forma efetiva a ponto de oferecer variadas alternativas de tratamentos aos pacientes. Grandes avanços tecnológicos e descobertas científicas contribuíram para tal, porém, a capacidade de pensar ou refletir sobre a realidade social ou educativa, certamente, não foi foco do ensino de Odontologia ao longo do século XX.

Talvez a ciência tenha se incorporado, na Odontologia, em pequenos grupos sociais que a praticavam devido à necessidade de reconhecimento da profissão e de aumentar a credibilidade social em relação aos práticos e charlatões. Esta elevação do status social do dentista, através de uma formação mais sólida, se deu aos moldes dos conteúdos de Anatomia, Fisiologia, Patologia, Cirurgia e Terapêutica. Assim, a Odontologia abraçou a Medicina Científica, tornando-se uma Odontologia também científica, aos moldes do mesmo paradigma (Carvalho, 2003).

2.1.2. O papel do paradigma da Medicina Social na história da Odontologia

É exatamente na Europa do século XVIII que as transformações sociais em saúde começam a se estruturar devido a uma nova reorganização da sociedade. A Medicina se depara com um nível de análise e execução explícita e sistematizada que ainda não havia se deparado. Isto aconteceu por mais que todo o contexto de uma espécie de nosopolítica já existisse como uma forma de iniciativa, organização e controle da sociedade, bem como suas origens e direcionamento múltiplo para além das funções do Estado daquela época (Foucault, 1979).

Neste mesmo século as transformações sociais, que configuram a criação deste novo paradigma – a Medicina Social – se configuram de acordo com o desenvolvimento político e econômico de países da Europa, tendo como marco a formação de três modelos primordiais que são a Medicina de Estado (na Alemanha), a Medicina Urbana (na França) e a Medicina da Força de Trabalho (na Inglaterra). Com a formação de aglomerados populacionais, da urbanização e da saída do campo, aquela nosopolítica que inicialmente se constituía isolada passa a incorporar, também, um componente de responsabilidade de Estado de grande supremacia e maior controle.

Por mais que estes modelos iniciais sejam denominados de Medicina Social é necessário entender que o termo “Medicina” está direcionado à prática social em saúde como um todo. É claro que o foco da atenção estatal se deu em detrimento da prática médica, porém, isso não determina que os demais contextos do paradigma e dos atos de saúde, como a prática da Odontologia, não possam ser pensados e incorporados nesse processo. Como foi verificado anteriormente, o próprio

Estado se preocupou com a cientificização e profissionalização da Odontologia a partir do século XVIII.

Ainda de acordo com Foucault (1979), se deu na Alemanha o polo de surgimento da Medicina de Estado, na transição entre os séculos XVII e XVIII. Tratava-se de uma tentativa de replicar a ação do Estado em pequenas cidades, com fins de controle social e político. O corpo passa a ser um constituinte global do Estado e a Medicina Estatal visa à melhoria do nível de saúde da população como um dos mecanismos de fortalecer o próprio Estado. A observação da morbidade, a normatização da prática e do saber médico, a organização administrativa para controlar as atividades médicas e a criação de funcionários médicos nomeados pelo Estado com responsabilidade sobre uma área são características deste modelo de Medicina Estatal denominado também de Polícia Médica. Na França, no mesmo século, a organização da Medicina pelo Estado se deu como uma necessidade de urbanização e de resolver os problemas sanitários das cidades tais como as epidemias, o amontoamento da população, os esgotos, etc. Este modelo francês é denominado de Medicina Urbana. Por fim, o Modelo da Força de Trabalho (o modelo Inglês) surge como uma necessidade de assistência ao proletariado, à força produtiva de trabalho e aos indigentes, como focos de doença e massa de protestos.

É interessantíssimo analisar a ótica da formação do paradigma da Medicina Social, porque se dá de forma incipiente e inconstante como sendo os primeiros movimentos de promoção à saúde, porém, o que dificilmente poderia ser considerado como políticas comunitárias, já que teria como o princípio de promover a força de trabalho, a economia, o modelo hegemônico e o controle estatal.

Sob esta ótica a Medicina Social que se desenvolveu tinha um foco na patogenia, na doença, ainda que fosse preventivo e que abriu um caminho futuro para a cientificização da própria estrutura da Medicina e das demais especialidades que advieram dela, tal como foi com a Odontologia.

2.1.3. O papel do paradigma da Medicina Científica no ensino de Odontologia

De acordo com Marsiglia (1998), duas propostas de reformulação do ensino médico (no século XX) devem ser postas como marcos históricos fundamentais que propiciaram as transformações no modo de educar em saúde: (1) a de Abraham Flexner, em 1910, que orientou a reforma do ensino de Medicina dos Estados Unidos da América e Canadá, na década de 1920, e a reforma dos cursos existentes e a implantação de novos cursos de saúde durante a década de 1940, na América Latina; (2) a proposta de Bertrand Dawson, em 1920, que orientou a reforma do ensino das faculdades da Inglaterra e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, nos anos 1940 e 1950.

De acordo com Moysés (2003), foi elaborado também um relatório subsequente ao Relatório Flexner – o Relatório Gies (de 1926) – que, aos moldes do flexneriano, normatizou o funcionamento e o ensino de Odontologia nas escolas dos Estados Unidos da América da época. Por isso, o modelo de formação flexneriano também pode ser denominado de Giesiano para a Odontologia.

Segundo DePaola e Slavkin (2004), o Relatório Gies foi escrito por um bioquímico, o professor William J. Gies da Universidade de Columbia, que apresentava um certo interesse pela educação odontológica, ciência e aplicações clínicas. Este relatório levou cinco anos para ser preparado e consiste de 250 páginas de texto e 400 páginas de apêndices, que incluem descrições das escolas de Odontologia dos Estados Unidos daquela época. De acordo com os autores, o Relatório Gies, considerou cinco conclusões sobre o ensino de Odontologia: (1) a educação odontológica e ciência devem ser comparadas à educação médica na qualidade e suporte; (2) professores de Odontologia devem executar um ensino e pesquisa comparáveis ao melhor de uma boa universidade; (3) a educação preparatória e os requisitos para a Medicina e Odontologia devem ser comparados; (4) o currículo deve ser concebido em profundidade e amplitude para ser concluído em três anos; e (5) um quarto ano (opcional) deve ser considerado para uma formação baseada na clínica e também para uma formação em especializações em hospitais.

Então, a quebra do paradigma da Medicina Social se deu pela construção de um novo paradigma emergente, a Medicina Científica ou Modelo Biomédico ou Flexnerianismo/Giesianismo, que teve como marco histórico as publicações dos Relatórios Flexner e Gies, e que desencadearam as maiores transformações nas práticas médica e odontológica do século XX e também determinaram as mudanças na visão de saúde, no modelo de execução da sua prática clínica e na formação de profissionais de saúde. A influência destes relatórios foi global e não somente na Medicina, acarretando transformações nas demais áreas da saúde e, fortemente, influenciando o Ensino de Odontologia.

Segundo Mendes (1985), os elementos estruturais da Medicina Flexneriana são:

(1) *O mecanicismo*: o corpo humano é visto como máquina, em analogia ao modo de produção dominante, o corpo que pode ser dividido em “pedaços” para ser estudado e tratado; os pacientes tornam-se então fragmentos de uma prática de saúde e a noção de totalidade de sujeito, o lado psíquico e social fica excluído da prática social em saúde. Eis que podemos encontrar aqui a fragmentação da boca e a sua repressão em detrimento das ciências sociais na prática odontológica e no seu ensino, também fragmentado.

(2) *O biologismo ou biologicismo*: é o foco no aspecto biológico, como a etimologia da palavra indica. Este elemento estrutural do paradigma foi possível graças ao desenvolvimento técnico-científico da ciência e da Microbiologia; esse modelo reconhece de forma errônea e

exclusiva a etiologia unifatorial biológica das doenças e de suas causas e consequências. Uma marca evidente do biologismo na Odontologia foi a concepção primordial da cárie dentária, como uma doença de caráter infeccioso, onde parece ser a bactéria, o corpo e a dieta (tríade de Keys, amplamente conhecida na Odontologia) os principais responsáveis pelo processo da doença em contraposição às razões sociais, comportamentais e dos aspectos culturais. Nesse aspecto, a história da doença parece ser uma natural (biológica) e não social.

(3) *O individualismo*: é a prática em saúde centrada no indivíduo e fragmentada do contexto social. A Odontologia peca também neste sentido quando lança a responsabilidade da doença (por exemplo, a cárie dentária) para o paciente culpando-o diretamente pela sua má higiene bucal e hábitos e ainda exclui o contexto e as razões pelo qual as doenças são construídas socialmente, na identidade dos sujeitos e na própria cultura.

(4) *A especialização*: cada profissional da saúde se aprimora em uma área específica do corpo, limitando a visão integral deste indivíduo. Neste sentido, a Odontologia se especializou duplamente quando, além de especializar-se nos órgãos dentários e na boca, ainda criou especialidades dentro daquela especialização da própria boca.

(5) *A exclusão de práticas alternativas*: é a desqualificação de práticas, antes bem aceitas na sociedade, como a homeopatia, por exemplo. A não utilização de tais práticas ocorreu, também, na Odontologia, assim como foi com a Medicina Ocidental.

(6) *A tecnificação do ato médico*: é o foco na tecnologia para a melhoria na saúde. É a ideia de que os problemas de saúde podem ser solucionados com a legitimidade das novas descobertas científicas e tecnológicas. Talvez este elemento da Medicina Científica seja o que mais chama a atenção no contexto da Odontologia, que sempre esteve atrelada a ampliar as tecnologias para tratar as doenças bucais. Sabe-se, portanto, que as tecnologias duras ou avançadas não têm grande poder de resolutividade social, o que nos faz pensar na racionalidade do uso da tecnologia e de tecnologias leves e com efeito social, o que pode resolver problemas sociais em nível de coletividade.

(7) *A ênfase na medicina curativa*: desqualificando o foco na prevenção e na promoção da saúde. O foco na cura também foi historicamente uma característica marcante da Odontologia, direcionando a profissão ao seu perfil curativista.

(8) *A concentração de recursos*: é a tendência ao urbanocentrismo e ao hospitalocentrismo (a saúde começa a ser altamente vinculada aos hospitais). No caso da construção biomédica da Odontologia não foi diferente e a concentração de recursos se deu na clínica, comparativamente.

Ainda segundo Marsiglia (1998), Flexner direcionou a formação médica para a elite e proporcionou o fechamento de cursos de Medicina nos Estados Unidos (124 escolas das 155 existentes no país deveriam ser fechadas). Os alunos que tivessem “maior interesse pelas questões

sociais, ou “humanitários”, como foram designados, eram considerados como portadores de sérias deficiências de formação profissional, pois o futuro da formação científica deveria ser buscado nos laboratórios” (King, 1984 como citado em Marsiglia, 1998).

De acordo com Flexner, dois dos objetivos básicos na reforma do ensino seriam:

a) proporcionar uma sólida formação em ciências básicas durante os dois primeiros anos, através de disciplinas como Anatomia Descritiva e Topografia, Fisiologia, Bioquímica, Patologia, Farmacologia, Histo-Embriologia e Bacteriologia; b) dar ênfase à aprendizagem intra-hospitalar; para tanto, as escolas e universidades deveriam criar seu próprio hospital de ensino, para que o aluno tivesse um treinamento sistemático no contato com diversos casos clínicos na enfermaria e supervisão do professor; (...) (Marsiglia, 1998, p. 177).

O plano de Dawson, ou Modelo Dawsoniano, teve um rumo diferente do concebido pelo modelo Flexneriano. Este modelo foi fortemente influenciado pela Medicina da Força de Trabalho (da Inglaterra), o modelo anterior, cuja tradição era a proteção dos pobres e da saúde pública. Diferentemente do Modelo Flexneriano, que direcionou a saúde para o Mercado Privatista, o Modelo Dawsoniano direcionou o perfil do Modelo Público, o Estado era responsável pela reorganização dos serviços de saúde e pelo atendimento de todas as classes sociais e enfatizava necessidade de formação de profissionais para adequar-se a essa reforma. Foi o Modelo de Dawson que criou o conceito de regionalização dos serviços visando reorganizar as ações de saúde, tanto preventivas quanto curativas, em 1920 na Inglaterra, porém, não foi implementado imediatamente no país, apenas em 1948, a partir do Plano Beveridge do Serviço Nacional de Saúde. O Modelo Dawsoniano abriu as possibilidades à formação de um profissional generalista. Infelizmente, pouco influenciou a consolidação dos cursos de saúde na América Latina, que sofreram forte influência americana e do Modelo Biomédico (Marsiglia, 1998).

2.1.4. O papel do paradigma da Medicina Comunitária na Odontologia Social

De acordo com Mendes (1985), o Paradigma da Medicina Científica e o modo de produção da saúde capitalista, como ele foi estruturado, é inalcançável pela maioria das populações. Então, foram necessárias mudanças a fim de se ajustar às novas demandas da própria sociedade capitalista. O paradigma da Medicina Científica entra em crise e dá espaço a um novo, o da Medicina Comunitária. É fundamental entender que isso não significa que a Medicina Científica deu lugar completo ao novo paradigma, mas apenas perdeu força social. A estruturação da Medicina Científica foi tão forte no século XX e ainda temos traços sociais fortíssimos da sua ação, em pleno século XXI, inclusive no Ensino de Saúde e em Odontologia. Segundo Somarriba (1978 como citado em Mendes, 1985), o modelo da Medicina Comunitária representa práticas racionais

através da modificação interna da própria prática médica e constitui uma reforma pacífica, como alternativa às propostas mais radicais.

Três teorias foram criadas para explicar a crise da Medicina Científica. A primeira delas, a teoria gerencialista, que vê a crise como consequência exclusiva de problemas internos da medicina, e suas irracionalidades. A segunda, a teoria culturalista, afirma que a crise da medicina científica se dá por conta de sua industrialização, o que leva à sua profissionalização e burocratização. A última, a teoria política, atribui a crise à concentração do poder político e administrativo. Independentemente da veracidade de cada teoria, sua soma forma o cenário no qual a Medicina Comunitária surgiu.

Diferentemente da Medicina Científica a Medicina Comunitária se estruturou dentro de vários contextos e de experiências em países subdesenvolvidos, porém o documento que estruturou a Medicina Comunitária, o Relatório Carnegie, apareceu em 1970 nos Estados Unidos e diagnosticou a crise da Medicina Científica e propôs a sua desflexnerização (Mendes, 1985).

Ainda segundo Mendes (1985), a medicina comunitária apresenta também um conjunto de elementos estruturais:

(1) *O Coletivismo restrito*: resgata a preocupação com o coletivo na prática em saúde (o coletivismo) e organiza o atendimento para uma comunidade específica (o restrito).

(2) *A integração de atividades promocionais, preventivas e curativas*: prevê o uso de ações preventivas e curativas, sob a forma de serviços básicos, que devem ser disponibilizados universalmente, com preferência para grupos de maior risco, no respeito da integralidade e da complexidade do paciente.

(3) *Desconcentração de recursos*: é pautado sobre os conceitos de hierarquização e regionalização. Caso a comunidade necessite de atendimento especializado ela deverá obedecer à hierarquização e regionalização, previstas na desconcentração dos recursos. A comunidade deve procurar unidades de saúde que atendem a complexidade da sua necessidade (hierarquização), em uma região médica específica (regionalização).

(4) *Utilização de tecnologia apropriada*: é o de uso racional da tecnologia, comprovadamente útil e financeiramente acessível.

(5) *Inclusão de práticas médicas alternativas*: resgata as práticas médicas ou ações em saúde ditas como complementares.

(6) *Utilização da equipe de saúde*: é a formação da equipe de saúde, nas suas várias nuances, desde a concepção do pessoal auxiliar até o pessoal científico.

(7) *Participação comunitária*: talvez seja o elemento de maior peso da Medicina Comunitária, a participação dos sujeitos e da comunidade no processo complexo da saúde, dentro do seu próprio contexto loco-regional de saúde.

Dentro deste paradigma da Medicina Comunitária é que se consolidaram as práticas que levaram a construção do SUS no Brasil. Este paradigma, aproximando a realidade social das práticas médicas, teve influência na reformulação do Ensino e na construção dos modelos propostos na atualidade. Por isso é fundamental entender as oposições paradigmáticas da Medicina Científica e da Medicina Comunitária, assim como as oposições paradigmáticas do Modelo Convencional de Ensino (pautado pelo paradigma do Modelo Biomédico) e dos Modelos Inovadores de Ensino (alguns influenciados fortemente pelo paradigma da Medicina Comunitária).

O Ensino de Odontologia, assim como o ensino de qualquer área da saúde, tal como é a Medicina, se enquadra dentro destes paradigmas sociais de saúde. Portanto, entender os modelos estruturadores da saúde é necessário para que possamos também entender os processos curriculares e as reestruturações do Ensino de Odontologia, que, sobretudo, são objeto de reflexão e análise nesta dissertação.

2.1.5 Um breve histórico do ensino de Odontologia no Brasil (pré-SUS)

De acordo com Pereira (2012), a Odontologia no Brasil teve sua autonomia definida como campo do conhecimento a partir de 1950, uma vez que, no período colonial, a profissão não era taxada de nobre, por utilizar as mãos em sua prática, não era dotada de cientificidade e sua execução era realizada pelos práticos, cirurgiões e barbeiros, todos sem formação acadêmica. Os primeiros cursos que foram criados e reconhecidos por Portugal, no Brasil Colônia, tinham como interesse atender a família real e não eram cursos específicos de Odontologia. Apenas com o decreto 9.311 de 25 de outubro de 1884 (data em que se comemora o Dia Nacional do Dentista), a Odontologia foi reconhecida como curso superior no Brasil, nas Faculdades no Rio de Janeiro e na Bahia, anexadas ao curso de Medicina. Dentre algumas alterações sucessivas, foi em 1911 que a Odontologia conseguiu conquistar autonomia em relação à Medicina, porém, liberou a cadeira técnica, permitindo a sua prática sem diploma no país. Novamente, em 1915, uma lei denominada de Maximiliano, vetou a criação de faculdades de Odontologia autônomas e novamente só poderiam funcionar como apêndices dos cursos de Medicina. Isso se deu devido ao preceito social de que a Odontologia não tinha cunho científico e era apenas uma arte manual, o que dificultou o reconhecimento social da profissão.

Na era Vargas (1930-1945), apesar das tentativas de conter as irregularidades da profissão, o crescente aumento das doenças bucais ampliou a quantidade de dentistas práticos e socialmente a Odontologia ainda era concebida como Arte Dentária. Nesse momento, relembramos

Botazzo (1998), quando pensamos a Odontologia isolada do contexto da ciência e, sobretudo, das ciências humanas. Pode essa concepção de arte através da história ter obviamente inserido na cultura e na ideologia de que perder dentes é um estado natural da vida, e não do mundo das doenças ou da saúde.

Foi apenas em 1966, com a edição e promulgação da Lei No 5.081 que ocorreu a formalização do exercício profissional da Odontologia no Brasil. O trabalho do profissional sem curso superior passou a ser ilegal, desde então (Pereira, 2012).

Warmling (2009), em sua tese sobre a constituição do ensino odontológico no Brasil, retrata os fatos históricos da separação da Odontologia da Medicina e o sentido das forças macropolíticas do ensino e das trajetórias das identidades profissionais. Analisou, também, os relatórios de avaliação dos cursos de Odontologia do Brasil das décadas de 1940-1950. A autora apresenta 16 quadros de componentes curriculares de cursos de Odontologia desde o decreto-lei 7.247, de 19 de abril de 1879, até os conteúdos curriculares da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1957. Não pretendemos fazer uma elucidação extensiva destes componentes, porém, é interessante reproduzir dois modelos curriculares de Odontologia do início e metade do século XX:

(1) De acordo com o decreto 3.902, de 12 de janeiro de 1901, o curso de Odontologia se dividiria em dois anos, sendo que no primeiro ano as disciplinas seriam “Anatomia Descritiva da Cabeça”, “Histologia da boca”, “Fisiologia dentária”, e, no segundo ano, “Anatomia Médico Cirúrgica da boca”, “Patologia”, “Terapêutica e Higiene Dentária”, “Prótese Dentária” e Clínica Odontológica” (Brasil, 1901, como citado em Warmling, 2009).

(2) De acordo com uma proposição de currículo aprovada no Segundo Congresso Brasileiro de Professores de Odontologia, o curso de Odontologia se dividiria em quatro séries, sendo que na primeira as disciplinas seriam “Anatomia”, “Embriologia e Histologia”, “Tecnologia dos Materiais Dentários”, “Fisiologia”. Na segunda série, “Microbiologia e Imunologia”, “Patologia”, “Propedêutica Clínica Odontológica”, “Prótese Dentária”. Na terceira série, “Farmacologia e Terapêutica”, “Clínica Odontológica”, “Prótese dentária” e “Higiene e Odontologia Legal”. Na última série seriam “Clínica Odontopediátrica”, “Ortodontia” e “Cirurgia Buco-maxilo-facial” (Osório, 1952 como citado em Warmling, 2009).

Um estudo realizado por Guimarães (1961, como citado em Warmling, 2009) revelou que a disciplina de Clínica Odontológica era cumprida em todas as faculdades, que a Prótese Dentária era negligenciada em apenas 9,37% das faculdades e que a disciplina de “Higiene e Odontologia Legal” não existia em 65,21% das faculdades. Era perceptível a ausência do ensino de Humanidades dentro do currículo odontológico até então e o total direcionamento curricular da Odontologia para o ensino técnico e aos moldes do paradigma da Medicina Científica.

Se referindo à formação odontológica nas décadas de 1950-1960 e a ausência da legitimidade da Saúde Pública no ensino de Odontologia, Casotti (2009) explicita que:

Metaforicamente, a odontologia social da época pode ser comparada a um estrategista sem exército. Enquanto se estruturava, a passos largos, como campo de conhecimento, faltava-lhe território institucional de aplicação – parte imprescindível da sua existência, ou seja, a da prática social. Com relação aos processos de formação, nesse momento, a disciplina vai compor o currículo com uma proposta de odontologia que ainda não tem existência, que precisa ser antes constituída, para então poder dialogar com os conteúdos e as ferramentas pertencentes ao campo. São tempos exclusivos de odontologia de mercado, ou de um modelo público fortemente nele baseado (Casotti, 2009, p. 51).

Ainda segundo Casotti (2009), um dos nomes importantes da década de 1960 para os primeiros passos e discussões nacionais (e da América Latina) sobre o Ensino Odontológico e serviço foi o Prof. Mário Chaves, o qual teve seu plano de inserção nos moldes na Odontologia Sanitária, com a utilização de métodos preventivos coletivos e com a publicação do “Manual de Odontologia Sanitária” em 1960. Um dos pontos de discussão de Mário Chaves foi uma maior necessidade e incorporação do componente humanístico nos currículos de Odontologia, além de uma formação para a comunidade e cidadania. Casotti (2009) afirma também que, e infelizmente, o modelo hegemônico privatista se manteve com a instauração da ditadura militar com seu forte componente individualista-curativo-mutilatório. A Saúde Bucal Coletiva perde força, e suas experiências e críticas ao modelo hegemônico só vem a ganhar mais impacto no final da década de 1970, com a Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde de Alma-Ata, que foi o referencial para a organização de práticas alternativas de cuidado e de amadurecimento político do que veio a constituir o Movimento da Reforma Sanitária.

Marco também importante do Ensino Odontológico foi a criação da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), em 1956, o que propiciou uma abertura para a discussão de temas como currículo e formação, além da futura formação de mestres e doutores, graças a interação com a CAPES e convênios entre Brasil e os Estados Unidos da América (Maltagliati & Goldenberg, 2007).

Queiroz e Dourado (2009) mostram, também, a importância de três seminários sobre ensino odontológico promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na década de 1960. Também participaram destes seminários a Fundação Kellogg e a Associação Latino-americana das Faculdades de Odontologia (Alafo). Durante tais seminários foi apresentado um diagnóstico do ensino de Odontologia, com a ausência de disciplinas de ciências humanas e a confirmação do modelo hegemônico e flexneriano de currículo. Como afirmam tais autores:

Os três seminários sobre o ensino de odontologia cumpriram seus propósitos. Conseguiram mobilizar alguns cursos de odontologia para desenvolver experiências de inovação na formação de recursos humanos. Produziram dados sobre as condições de ensino da odontologia. No caso do Brasil, possibilitaram a criação de currículo ampliado para a formação profissional, com base nas sugestões apresentadas ao Conselho Federal de Educação, que para tal passou a ter atribuições após a implantação da Lei de Bases da Educação, instituída em 1961 (Queiroz & Dourado, 2009, p. 1024).

De acordo com Queiroz (2006), a Fundação Kellogg cooperou financeiramente com a OPAS para a efetivação de vários projetos na linha de reorientação dos serviços e de formação profissional de Odontologia, o que, certamente, garantiu a essa fundação papel relevante no campo da saúde. No entanto, e infelizmente, a adoção das propostas expressadas pela OPAS e pela Fundação Kellogg não foram incorporadas às políticas de saúde e de educação brasileiras, principalmente no período da ditadura militar.

De acordo com Brasil (1982, como citado em Araújo & Araújo, 2001), houve também o parecer 299/62, que atendendo as sugestões da ABENO, apresentou um currículo odontológico dividido em dois ciclos, o básico e o profissional, com uma lista de disciplinas que permitia que as faculdades acrescentassem matérias complementares em caráter obrigatório ou facultativo.

Outro marco é a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional de 1971. A Odontologia fez, então, a primeira revisão do currículo que havia sido aprovado em 1931 (como currículo mínimo). É absolutamente notória a centralidade deste ensino pautado sobre moldes flexnerianos. Propuseram um novo rol de disciplinas, das quais a Odontologia Social deveria ser colocada em três das quatro séries curriculares do curso, porém, não houve integração das disciplinas que mantiveram conteúdo estanque (Casotti, 2009).

O Conselho Federal de Educação criou um novo currículo mínimo através da Resolução nº 4 de 16 de setembro em 1982 (Brasil, 1994). Este currículo era composto de um eixo básico (Ciências Morfológicas, Ciências Fisiológicas, Ciências Patológicas, Ciências Sociais) e de um eixo profissionalizante (Propedêutica Clínica, Clínica Odontológica, Clínica Odontopediátrica, Odontologia Social e Clínica Integrada).

Este currículo mínimo de Odontologia, de 1982, permitiu a oficialização da Clínica Integrada no Currículo de Odontologia, agora como disciplina e não apenas como Estágio. Podemos verificar a inclusão de disciplinas de Ciências Sociais, tais como Sociologia, Antropologia e Psicologia e o direcionamento da Odontologia Social para aspectos preventivos sociais, deontológicos, legais e os de orientação profissional. Podemos evidenciar a importância da clínica integrada e relevância de acordo com Araújo e Araújo (2001):

Podemos afirmar que a aglutinação e homogeneização dos conhecimentos já adquiridos nas diversas disciplinas básicas e clínicas do currículo acaba refletindo a própria filosofia de ensino da instituição. Hoje a disciplina de Clínica Integrada tem um papel fundamental e adequado no processo de ensino odontológico no Brasil e é a mais adequada no sentido de que o aluno alcance a competência clínica necessária para o exercício da clínica odontológica como profissional (Araújo & Araújo, 2001, p. 32).

Apesar de ser um evento realizado após a consolidação do SUS, é importante frisar que aconteceu em setembro de 1992, na cidade de Santos (SP), a XVIII Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e XIX Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia, mas apenas sugeriram reunir o conteúdo presente das disciplinas que integravam o currículo mínimo aprovado na Resolução 4/82, e que se deu seguinte forma (Brasil, 1994) de acordo com o Quadro 01.

Quadro 01. Disciplinas de ensino odontológico do currículo mínimo da Resolução 4/82 do CFE reorganizadas durante a XVIII Reunião da ABENO e XIX Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia (1992)

Evolução humana e do Aparelho Estomatognático	Etiologia Prevenção das Doenças Humanas e do Aparelho Estomatognático	Tratamento das doenças e Reabilitação do Aparelho Estomatognático
Antropologia Genética e Evolução Embriologia Anatomia Fisiologia Histologia Oclusão Sociologia Psicologia Bioquímica Informática*	Patologia Geral Patologia Bucal Microbiologia Parasitologia Semiologia (Estomatologia) Radiologia Farmacologia Imunologia Oclusão Cariologia Ortodontia Preventiva Periodontia Odontologia Preventiva Odontologia Social (Odontologia em Saúde Coletiva) Ergonomia Metodologia Científica	Dentística Periodontia Endodontia Materiais Odontológicos Prótese Fixa, Prótese Parcial Removível e Prótese Total Prótese Buco-Maxilo-Facial Cirurgia Buco-Maxilo-Facial Traumatologia Odontopediatria Ortodontia Propedêutica Clínica Clínica Integrada Psicologia (relação profissional/paciente) Pessoal Auxiliar Orientação Profissional Serviços de Saúde Comunitária Odontologia Legal Deontologia Implantodontia* Odontogeriatrics*
* “Matérias que não integravam o Currículo Mínimo do CFE” (Brasil, 1994). “A implantação do currículo pleno de forma integrada deve ser um ideal a ser atingido pelos cursos de Odontologia. Essa integração poderá ser alcançada, de forma progressiva, (...) até que, dentro de alguns anos, seja atingida a integração total” (Brasil, 1994).		

Não esgotamos o histórico do Ensino de Odontologia no Brasil, pois as questões subsequentes, a partir da década de 1980 até a atualidade, são discutidos e questionados na seção 2.2. “A utopia (ou o realmente real?)”. Acreditamos que muitas das transformações que se seguem no ensino de Odontologia (da Reforma Sanitária, da constituição do SUS, em 1988, e na consolidação das DCN, em 2002) constituem diretamente os pontos e passos para a Utopia e para a busca do “realmente real” no Ensino de Odontologia, então, preferimos continuar este referencial teórico a seguir.

2.2. A UTOPIA (OU O REALMENTE REAL?)

Este subcapítulo abeira-se nos marcos teóricos (e históricos, por sinal) que nos fazem enxergar de olhos vendados a Odontologia, mas, especialmente com muita esperança. Trata, também, do real, mas um real além do aparente. Nele elucidamos toda a utopia, e que não deve ser enxergada como uma utopia do impossível ou imaginada, mas uma utopia para a possibilidade e para o “realmente real”. Para isso, alicerçamos os próprios sonhos e objetivos da Odontologia amparados pela democracia, pelo social e pela Saúde Bucal Coletiva, e, muito especialmente, rebuscamos as nuances do seu Ensino através das DCN e o Ensino de Odontologia direcionado para as práticas no SUS.

São subitens deste subcapítulo: 2.2.1 A reforma sanitária, o SUS e os caminhos da Saúde Bucal Coletiva (elucidamos aqui os caminhos históricos e principais pontos que levaram a consolidação do modelo da Saúde Bucal Coletiva como ponto de referência para a incorporação das Ciências Humanas e Sociais no Ensino de Odontologia); 2.2.2 O currículo de Odontologia: “a que será que se destina?” (traçamos um aporte das teorias curriculares que devem ser entendidas como braço de apoio no Ensino de Odontologia; além disso, caracterizamos o pensamento da pedagogia libertadora de Paulo Freire e o pensamento complexo de Edgar Morin no intuito de incorporar o desejo da transformação do ensino e da maneira de pensar a Odontologia como prática social); 2.2.3 A formação do cirurgião-dentista no contexto do SUS e das DCN (aqui aprontamos os referenciais teóricos, as questões de legitimidade e legalidade que elucidam o modelo SUS-escola como direcionador da formação de recursos humanos e apresentamos alguns estudos que enfatizam a necessidade de superar esta Odontologia Flexneriana vigente para uma mais problematizadora, integrada e humanizada).

2.2.1 A reforma sanitária, o SUS e os caminhos da Saúde Bucal Coletiva

Não temos a pretensão de extenuar os marcos históricos e políticos que levaram a consolidação da Reforma Sanitária e do SUS, por isso, o fizemos de uma maneira célere. Nosso intuito foi reafirmar a sua validade e extrema importância para que possamos entender

subsequentemente os anseios e caminhos da Saúde Bucal Coletiva, do ensino e da formação do cirurgião-dentista neste contexto.

Inicialmente, e de acordo com Mendes (1994), no século XX o sistema de saúde brasileiro passou do “Sanitarismo Campanhista” para o modelo médico-assistencial privatista (que se consolida na década de 1970 com a ditadura militar) até chegar, na década de 1980, onde verificamos o modelo portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal, e do outro lado, em contraposição, a Reforma Sanitária Brasileira.

Os modelos assistenciais atuais no Brasil são derivados dos modelos médico-assistencial privatista (o setor privado) e do modelo sanitarista (o setor público). Segundo Mendes (1994), o modelo médico assistencial privatista, também chamado de liberal privatista, teve início com o surgimento da Assistência Médica Previdenciária, na década de 1920, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. Sua expansão ocorreu na década de 1940 dando início à compra de serviços privados em saúde. O modelo de assistência público originou-se de modelos anteriores, como a criação da Medicina Comunitária, a Reforma Sanitária Brasileira, culminando com a criação do SUS, conjuntamente com a Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 1990.

O Sanitarismo Campanhista apresenta uma visão militarista, de combate às doenças de massa, com forte estilo de “poder de polícia” sobre as decisões de saúde individual e coletiva. Podemos compará-lo ao modelo do paradigma da Medicina Social que se consolidou na Europa no século XVIII. No Brasil, e após o modelo de industrialização que se deu após a década de 1950, o Estado precisava atuar sobre a força de trabalho, mantendo a sua capacidade produtiva através da assistência em saúde.

Em todo este período do Sanitarismo Campanhista, de um lado o Estado ampliava o âmbito de ação da Previdência Social (direcionado para o trabalhador detentor da força de trabalho) e do outro deixava claro o caráter discriminatório da política de saúde, quando ficavam claras as desigualdades no acesso entre as clientelas e classes sociais. Logo após, o modelo médico-assistencial privatista, se consolida fortemente na década de 1970 sob a influência do modelo biomédico americano, sobretudo. Porém, o que vai caracterizar, essencialmente, as políticas públicas de saúde da década de 1980 é o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do País, que culmina com a Constituição Federal de 1988 e com a criação do SUS (Mendes, 1994).

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do

Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (Mendes, 1994, p. 42).

Verificamos que a lógica da Reforma Sanitária nasce como um processo contínuo “que se constrói permanentemente” através da “ampliação da consciência sanitária dos cidadãos”. Este processo em construção, que foi reafirmado com o SUS, direciona uma necessidade da “reforma da reforma” e faz com que o próprio SUS se preocupe com a construção permanente e a ampliação da consciência democrática e cidadã.

Em outra obra de Mendes (1996), verificamos a confirmação deste pensamento quando o autor deixa claro que “o SUS não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término. (...) Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje”. E como confirma Paim (2009), “diante da generosidade do projeto da Reforma Sanitária Brasileira não é possível conter a indignação frente à persistência de certos problemas na realidade atual”.

O SUS, constitucional e de direito público, criado com a Constituição Federativa do Brasil, em 1988, afirma a necessidade de inclusão de práticas pedagógicas e alternativas de ensino inovadoras para a construção e formação de profissionais que atuem no setor. Essa prática se dá pela necessidade da construção do próprio sistema, e reafirma também a necessidade continuada de “formação” (Brasil, 1988).

De acordo com o artigo 7º da Lei No 8.080, de 1990, as ações e serviços públicos e privados em saúde contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira e são relacionados aos direitos e deveres previstos para todos os cidadãos (Brasil, 1990).

De acordo com o artigo 7º da Lei No 8.080 de 1990, em Brasil (1990):

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a

orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil, 1990, p. 4).

O entendimento do processo ou visão de saúde e o modo como os profissionais lidam com o tratamento, ou a prevenção de doenças, é oriundo do modelo de formação profissional, inclusive no modelo odontológico. Ou seja, o modelo curricular dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil deve estar diretamente relacionado com as diretrizes nacionais da saúde do SUS.

Afirma Zanetti (2000), que a Odontologia brasileira está em acelerada e irreversível reorganização e considera lamentável notar as situações as quais a classe está “cegamente exposta, bem como o grau de embriaguez histórica que caracteriza a reação da categoria frente a um mundo que ela, apesar de sentir e sofrer, não é capaz de investigar, compreender e explicar.” O autor ainda reitera que os profissionais não são estimulados a refletir criticamente sobre os fatos com propriedade sociológica, antropológica, histórica, econômica e política.

Segundo Iyda (1998), a boca é uma entidade social, pois se apresenta de modo divergente entre as classes sociais. O entendimento da propriedade sociológica e antropológica da boca é fundamental para a compreensão da realidade social do processo saúde-doença bucal. A Odontologia peca ao manter o seu caráter curativista, preocupado com a doença e o seu tratamento em nível privatista (no consultório particular). Fortalece-se, assim, a necessidade de se repensar a própria Odontologia dentro da sociedade e de seus objetos e agora, mais do que nunca, repensar os caminhos da Saúde Pública e além dela, da Saúde Bucal Coletiva.

De acordo com Paim (1982, como citado em Paim & Almeida, 2000) todo o marco conceitual proposto para orientar o ensino, a pesquisa e a extensão em Saúde Coletiva (não excluindo deste contexto a Saúde Bucal Coletiva - SBC) foi composto pelos pressupostos básicos: (a) Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, se articula com a sociedade através de suas instâncias econômica, política e ideológica, possuindo historicidade; (b) as ações de saúde (proteção, promoção, recuperação, reabilitação) são fruto de uma prática social e confluem relacionamento entre grupos sociais; (c) o objeto da Saúde Coletiva (e aqui, agora, o da SBC) é construído nos limites do biológico e do social e envolve a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do

conhecimento e de suas práticas; e (d) o conhecimento não se dá apenas pela prática da realidade, mas pela sua compreensão e do “comprometimento com as forças capazes de transformá-la”.

Se esta Odontologia sempre esteve tão distante das práticas sociais, ou melhor, das ciências sociais, não basta pensarmos numa formação em SBC (parafraseando Paim, 1982, como citado em Paim & Almeida, 2000) apenas direcionada para a prática da realidade, ou para a prática no SUS, mas cria-se a necessidade de comprometer-se com as forças capazes de transformá-la também. Não nos restam dúvidas, amparados pelas ideias e diretrizes do próprio SUS, que essas forças podem ser construídas através do Ensino de Odontologia, pautados na aproximação com a historicidade, com o social e com a prática dos preceitos no próprio sistema.

Rebuscando, também, a historicidade da Odontologia no SUS é interessante lembrar que, anteriormente à Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, o foco de atenção era nos escolares e nas gestantes. Além disso, vigorava uma tímida intervenção no SUS, restrita a procedimentos de baixa complexidade e direcionado apenas para a Atenção Básica. Grande parte da população estava desassistida e predominaram índices de edentulismo muito altos (Lucena, Pucca & Sousa, 2011).

A inserção da prática odontológica pública e integral no nosso país é muito recente. A equipe de Saúde Bucal foi incorporada apenas em 2000 no Programa Saúde da Família (PSF) de acordo com o marco principal, a Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que foi posteriormente regulamentada pela Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 (Brasil, 2001).

E também é recente a criação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, lançada em 2004, onde se deu a ampliação das Equipes de Saúde Bucal no PSF, o aumento do repasse de verbas federais para os municípios, a criação de uma rede de referência e contra-referência, por via dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a permissão da reabilitação protética, via Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a ampliação a fluoretação de águas de abastecimento público (Brasil, 2004). É nesse marco recente que o SUS passa a incorporar a saúde bucal dentro de seus modelos estruturantes, a universalização, a descentralização, a equidade, a integralidade e o controle social, e começa a articular ações de intersetorialidade (Lucena et al., 2011). É notável que a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal se deu 11 anos após a II Conferência Nacional de Bucal em 1993, que já ditava:

Após esta ampla caracterização, com avanços, críticas e mudanças no mercado de trabalho e no sistema de saúde no Brasil, afirma-se a necessidade de transformação do atual modelo hegemônico de prática odontológica. Há que se pensar sobre novos processos de trabalho que possibilitem uma atenção em saúde humanizada, com qualidade, conforto e segurança tanto para pacientes como para cirurgiões-dentistas. No âmbito do Sistema Único de Saúde, o modelo de atenção à saúde bucal deve ser orientado pelas propostas de universalidade do acesso, da integralidade e resolutividade das ações,

com a inclusão de especialidades segundo o perfil epidemiológico da população, buscando, assim, a construção de uma atenção integral em saúde que leve à viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania (Brasil, 1993, como citado em Lucietto et al., 2007, p. 67).

Esta inserção tardia da Odontologia no SUS, além da atenção básica e através da Política Nacional de Saúde Bucal, pode advir do fato de que não foi considerada tão relevante a saúde bucal integral para a vida cotidiana quanto foram consideradas e primeiramente implementadas as atividades médicas. Talvez seja porque as “doenças bucais” em sua maioria, em detrimento das “doenças médicas”, não parecem acarretar risco de vida iminente. É claro que pensar sobre esta lógica está completamente errado: não existem “doenças odontológicas” ou “doenças médicas”, quando observamos o homem como objeto dentro deste contexto biopsicossocial, pelo qual foi consolidada toda a prática do SUS. Segundo Iyda (1998), a boca somente não corresponde ao objeto da Odontologia, mas ao homem, seu produtor social.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SB Brasil, que analisa a situação da população brasileira em relação à cárie, doenças periodontais, necessidade de prótese, dentre outros, tem por objetivo proporcionar ao Ministério da Saúde e instituição do SUS, informações úteis ao planejamento dos programas de prevenção e tratamento do setor. Fazendo uma análise comparativa dos resultados da SB Brasil 2003 (Brasil, 2005) e da SB Brasil 2010 (Brasil, 2011), podemos notar uma melhoria dos índices de saúde bucal de toda a população brasileira, porém, quando analisamos o perfil de perda dentária de idosos de 65 a 74 anos e a necessidade de prótese total nessa faixa etária, verificamos que os números estão muito próximos em ambas as pesquisas. Parece que as ações de saúde bucal conseguem atingir todas as faixas etárias, mas não estão reduzindo a perda dentária do brasileiro nessa faixa etária, culminando com um perfil de idoso desdentado. Esse traço do edentulismo na terceira idade pode contribuir significativamente para manter a falsa impressão social e cultural de que perder dentes e tornar-se um idoso desdentado é normal durante o ciclo da vida.

A Saúde Bucal Coletiva também tem como função (não exclusiva) a quebra destas ideologias sociais e pode ser pensada sob uma ótica reflexiva, a fim de construir uma nova realidade para as práticas de saúde e para a identidade dos sujeitos (o que é função das práticas sociais em Saúde Bucal como um todo).

Para analisarmos a construção da Saúde Bucal Coletiva no Brasil, podemos voltar rapidamente no tempo e espaço e relembrar modelos responsáveis por sua consolidação. Primeiramente, segundo Narvai (2006), o marco inicial do pensamento sanitário na Odontologia se dá com a construção da Odontologia Sanitária, a partir da década de 1950. Citamos anteriormente a publicação do Prof. Mário Chaves, “Manual de Odontologia Sanitária” em 1960 e também

podemos considerar algumas experiências daquela época, quando o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) implantou as primeiras experiências da Odontologia Sanitária no país. A Odontologia Sanitária, baseada no sistema incremental direcionado para escolares, entra em declínio nos anos de 1980, numa tentativa de romper com a Odontologia de Mercado, no período da ditadura militar. A Odontologia passa, por dois modelos subsequentes: a Odontologia Simplificada dos anos 1970 (para redução dos custos; criou o conceito de equipe, mas manteve o foco em escolares e o foco curativo na prática) e a Odontologia Integral, sob os pilares da prevenção, da simplificação sem exageros e da desmonopolização do saber. A aproximação desta Odontologia Integral com os elementos estruturais do paradigma da Medicina Comunitária é extremamente notável. São eles: o coletivismo, a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, a descentralização da atenção odontológica, a inclusão de práticas odontológicas alternativas, a equipe de saúde, a tecnologia apropriada e a participação comunitária (Mendes, 1985).

Todos estes modelos falharam na sua consolidação (mas trouxeram contribuições ricas); com a Reforma Sanitária nasceu o modelo da Saúde Bucal Coletiva, na tentativa de uma ruptura histórica com a Odontologia Flexneriana e na determinação de sua prática social complexa (Narvai, 2006). Podemos entender o núcleo de significados do modelo da Saúde Bucal Coletiva em Narvai (2006, como citado em Narvai, 2006):

A ruptura epistemológica com a *odontologia* (de mercado) que a SBC pretende operar implica desenvolver uma *práxis* que deve, dialeticamente, romper com a prática odontológica hegemônica. Tal ruptura requer o desenvolvimento do trabalho odontológico a partir das necessidades das pessoas (de *todas* as pessoas) e que, opondo-se à lógica do mercado, rompa portanto com o *status quo*, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (*todos* os recursos) odontológicos pelas elites. Para o autor, é inerente à SBC uma dupla pretensão: de um lado, quer *desodontologizar* a saúde bucal; de outro, quer assegurar a todos o acesso a todos os recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano (Narvai, 2006 como citado em Narvai, 2006, p. 144).

Outra reflexão importante, sobre as práticas do modelo da Saúde Bucal Coletiva, é dada por Botazzo (2006) quando afirma que a produção do conhecimento em Saúde Coletiva incorpora o social, não como variável adicional, mas como um campo estruturado no qual a doença adquire um específico significado. Botazzo utiliza-se do conceito de bucalidade (a expressão social da boca) para reafirmar a necessidade da Saúde Bucal (não somente da Saúde Bucal Coletiva) como prática social, necessidade de aproximação com as ciências humanas e como entendimento do “verdadeiro bucal” (que seria a concepção complexa da Saúde Bucal no contexto das práticas sociais), para além das práticas hegemônicas da Medicina Científica. Sobre uma ótica social, Kovaleski, Freitas e

Botazzo (2006) também reafirmam a necessidade da Saúde Bucal Coletiva, quando elucidam a importância de ir contra o processo da “disciplinarização da boca” (inspirados no conceito de disciplina de Foucault) no contexto do Modo de Produção Capitalista, que torna o sujeito detentor de uma boca isolada e marginalizada; reiteram que a Odontologia o permite quando se mantém curativista, monopolista, individualizada e socialmente injusta.

Cordón (1998) evidencia, através de suas discussões, uma variedade de fontes da prática social e da história que nos levam a entender as diversas rupturas epistemológicas em que os trabalhos da saúde (e das categorias que se aproximam da Saúde Bucal Coletiva) fizeram emergir dentro do contexto da própria SBC. São elas: (1) primeira ruptura – a segregação social – que evidencia a desagregação da Odontologia do âmbito popular (sua profissionalização) e o entendimento da Odontologia como “uma mercadoria a ser produzida e apropriada por uns poucos em detrimento da maioria”, como foi discutido; (2) segunda ruptura – “a imposição de um sistema de assistência superado pela prevenção das águas de abastecimento público”; (3) terceira ruptura – “o tripé da Odontologia Integral: a desmonopolização, a simplificação e prevenção na prática odontológica”; (4) e a quarta ruptura – o momento atual da Saúde Bucal Coletiva – que se constrói à medida que a Odontologia é inserida/ampliada no SUS. De acordo com o autor, a inserção/ampliação da Odontologia no SUS tem como objetivo criar vínculos entre os sujeitos históricos que entram como atores sociais no SUS (trabalhadores da área da saúde, diretores, gestores, acadêmicos e a população, para intervirem nas necessidades da sociedade total).

Estas reflexões são fundamentais como parâmetro para as discussões relativas ao Ensino de Odontologia. Deixamos, aqui, a reflexão de Lucietto et al. (2007), quanto à necessidade de incorporar análises mais profundas do contexto social no Ensino de Odontologia:

Assim sendo, há a urgente necessidade de que estas questões sejam discutidas no interior da classe odontológica. Para tanto, torna-se indispensável a adoção de uma postura reflexiva/avaliativa por parte dos formuladores das políticas educacionais, das instituições formadoras de recursos humanos em saúde, das associações e das entidades de classe, bem como dos próprios profissionais cirurgiões-dentistas, que, em última instância, são os responsáveis pela prestação das ações de saúde bucal. A efervescência dessas discussões pode servir como uma potente mola propulsora para a superação de alguns dos dilemas que acompanham a Odontologia desde a sua origem (Lucietto et al., 2007, p. 67).

2.2.2 O currículo de Odontologia: “a que será que se destina?”

Para entender o currículo de Odontologia e apresentar o referencial teórico que pode elucidar a questão “a que ele se destina” é necessário entender alguns conceitos e questões no contexto educacional e resgatar o pensamento curricular e das teorias curriculares (teorias tradicionais, críticas e pós-críticas).

O currículo sempre será um campo rodeado pela cultura, por questões ideológicas e também pelas relações de poder. Podemos verificar tais características na definição de Silva (1996):

O currículo é um dos locais privilegiados onde se entrecruzam saber e poder, representação e domínio, discurso e regulação. É também no currículo que se condensam relações de poder que são cruciais para o processo da formação de subjetividades sociais. Em suma, o currículo, poder e identidades sociais estão mutuamente implicados. O currículo corporifica relações sociais (Silva, 1996, p. 23).

De acordo com Silva (2010), provavelmente o currículo aparece pela primeira vez como um objeto específico de estudo e pesquisa nos Estados Unidos da América, na década de 1920, mas brota com sua máxima expressão no livro de Bobbitt (*The curriculum*, 1918). Neste contexto, o currículo era visto como um processo de racionalização dos resultados, cujo modelo de produção do currículo é a fábrica, cuja inspiração teórica é a “administração científica” de Taylor. Silva (2010) considera que, então, da existência de teorias curriculares, encontramos múltiplas definições de currículos, sempre direcionadas para como a respectiva teoria pensa que o currículo é. A abordagem torna-se mais direcionada para o histórico (como esse currículo foi entendido?) do que para uma visão ontológica (o que é currículo?). Nas teorias curriculares tradicionais, pelas quais nascem os estudos sobre o próprio currículo, e na perspectiva de Bobbitt, por exemplo, o currículo é simplesmente uma mecânica: “tal como na indústria, é fundamental, na educação, de acordo com Bobbitt, que se estabeleçam padrões.” Este modelo de currículo proposto consolida-se em obra de Ralph Tyler, publicado em 1949, e provoca influência nos Estados Unidos e em vários países, como o Brasil, pelas próximas quatro décadas (Silva, 2010).

A partir da década de 1960, com todas as transformações e movimentos sociais e culturais no mundo, surgem novas perspectivas educacionais de currículo, que foram caracterizadas como as teorias curriculares críticas, que caracterizam uma profunda inversão nos fundamentos das teorias tradicionais. Tais teorias curriculares começam a posicionar as questões e indagações dos arranjos sociais e educacionais, responsabilizando-os pelas desigualdades e responsabilidades sociais. Paulo Freire, grande educador e filósofo brasileiro, aparece neste contexto e influencia o entendimento das teorias críticas no mundo, com a “Pedagogia do Oprimido”, em 1970. É importante destacar, também, a influência da consolidação do termo “currículo oculto” nas teorias curriculares críticas, ampliando a visão do currículo formal nas teorias tradicionais (Silva, 2010).

As teorias pós-críticas nascem, posteriormente, preocupadas com as diferenças, em questões relacionadas à aproximação de grupos sociais e às múltiplas culturas. Acreditamos que as teorias pós-críticas devem ser assimiladas como complemento às teorias críticas, e jamais pensadas sobre uma ótica de substituição das mesmas. Este conjunto de variados enfoques curriculares e

teorias, críticas e pós-críticas, podem em conjunto lutar contra a hegemonia da educação mecanizada e dos currículos tradicionalistas. Juntas, as teorias críticas e pós-críticas, lutam pela construção social, buscando pela educação espaço e poder na sociedade.

Inserimos aqui, de acordo com Silva (2010), um quadro resumo (Quadro 02) das grandes categorias de teoria de acordo com os conceitos que, respectivamente, enfatizam e acrescentamos os principais autores dentro de cada teoria curricular:

Quadro 02. Grandes categorias das Teorias Curriculares e alguns autores envolvidos.

Teorias tradicionais	Teorias críticas	Teorias pós-críticas
ensino aprendizagem avaliação metodologia didática organização planejamento eficiência objetivos	ideologia reprodução cultural e social poder classe social capitalismo relações sociais de produção conscientização emancipação e libertação currículo oculto resistência	identidade, alteridade, diferença subjetividade significação e discurso saber-poder representação cultura gênero, raça, etnia, sexualidade multiculturalismo
Tyler; Dewey; Bobbitt	Paulo Freire; Bordieu; Apple; Giroux; Saviani; Young; Raymond Williams; Freinet; Althusser	Tomaz Tadeu; Stuart Hall; Raymond Williams; Veiga- Neto; Giroux

A fim de entender o processo de transformação curricular e a formação em Odontologia utilizamos como base as teorias críticas e pós-críticas, em especial e para maior direcionamento, os pressupostos teóricos de Paulo Freire (educação transformadora e libertária) e Edgar Morin (com a Teoria da Complexidade). Acreditamos, também, na necessidade da concepção de “currículo reconstrucionista social” para a Odontologia. Este currículo tem como fundamento a transformação da sociedade fragmentada e alienada numa detentora de autonomia de pensamento, de ação social, para consolidar no indivíduo atitudes de autorreflexão e sobre o contexto em que ele está inserido (McNeil, 2001).

Também para Antonio Gramsci (filósofo e cientista político italiano, 1891-1937), a escola pode ser transformadora, em certa medida, sempre que proporcionar às classes subordinadas os meios iniciais para que, após uma trajetória de conscientização e luta, se organizem e se tornem

capazes de conquistar seus direitos políticos. A escola deve ser “capaz” de levar os sujeitos das mais diferentes classes sociais, principalmente das classes mais desfavorecidas, a uma condição de esclarecimento e de conhecimento de seus direitos e deveres na sociedade. É através desta totalidade que se faz essencial o ponto de vista da integração entre a ação da escola e os movimentos sociais, em busca da transformação paradigmática (Mochcovitch, 1988).

No contexto da dominação de classes sociais a única educação que interessa é a formação e produção de mercadoria para o trabalho e o deslocamento da cidadania para a relação de poder (Gohn, 1992). Nesse contexto, pensamos também em Freire, quando contextualizamos a relação social entre o oprimido e o opressor. Para Gramsci, isto é caracterizado como subordinação intelectual e dominação ideológica (Mochcovitch, 1988). A educação ocupa lugar central na acepção coletiva de cidadania. Isto porque se constrói no processo de luta que é, em si próprio, um movimento educativo. A cidadania coletiva se constrói no cotidiano através do processo de identidade político-cultural que as lutas cotidianas geram (Gohn, 1992).

Em um olhar direcionado para integrar o fazer da escola ou da universidade no contexto da Saúde e os movimentos da sociedade, nasce a necessidade de incorporar este saber transformador e libertador na sala de aula e, além disso, contextualizar a realidade do ensino com a prática social em saúde.

Freire (1987) providencia uma perspectiva de ação, quando propõe o diagnóstico da realidade do educando (suas necessidades e contrapontos) como princípio para a seleção de conteúdos curriculares e da prática da formação. Esta visão também é elucidada na obra de Freire, *Pedagogia da Autonomia* (1996), quando o autor afirma que educar exige grande respeito aos saberes edificados socialmente na prática em comunidade.

Outro saber de que não posso duvidar um momento sequer na minha prática educativo-crítica é o de que, como experiência especificamente humana, a educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos implica tanto o esforço de reprodução da ideologia dominante quanto o seu esforço de reprodução da ideologia dominante quanto o seu desmascaramento (Freire, 1996, p. 61).

Gramsci chama os vinculadores de conhecimento popular de intelectuais orgânicos (Mochcovitch, 1988), e eles se mostram importantes para não só para a propagação do conhecimento informal, mas, também, para a união da sociedade civil. Para Gramsci, a dominação ideológica seria dada pela submissão intelectual. A base de sustentação exercida pelo núcleo dominante é o senso comum. Para Gramsci, cabe aos intelectuais orgânicos levar aos desfavorecidos o pensamento da transformação da prática social através do núcleo do “bom senso”. O bom senso seria a consciência, a concepção de mundo que deve ser trabalhada contra o senso

comum. Então, não é possível todo este processo ou movimento social sem a formação de uma camada de indivíduos intelectuais, para a unificação da teoria e da prática. Tais intelectuais não são necessariamente grandes pensadores ou filósofos, pessoas dotadas de grande inteligência ou de status social, mas aqueles que possam difundir a visão transformadora entre as classes subalternas ou desfavorecidas (Mochcovitch, 1988).

Através desta racionalidade observamos a extrema importância da educação e do ensino na saúde crítico e reflexivo para a mobilização e a formação de intelectuais orgânicos da saúde e de, sobretudo, para a transformação da Odontologia.

Outro pensamento que deve ser incorporado nas práticas do ensino odontológico é o pensamento complexo ou teoria da complexidade de Edgar Morin. De acordo com Moraes (2010), “é extremamente importante (...) trabalhar as questões curriculares a partir de teorizações complexas, pois o currículo envolve ou deveria envolver um ambiente de mudança e de transformação, como também relações mutantes ocorrentes entre conhecimento, identidade, poder e consciência”.

Para Morin (1990), complexo corresponde a “aquilo que é tecido em conjunto”. O pensamento complexo de Morin não é um pensamento isolado ou pouco facetado; pelo contrário, é um pensamento que rebusca a união de questões/temas que *a priori* estavam separadas: razão e emoção, ciência e religião, e até mesmo, no nosso entendimento, as concepções sociais, antropológicas e culturais (ciências humanas) e o modo de formação do cirurgião-dentista tradicional (aos moldes do racionalismo científico). A complexidade visa à tessitura de qualquer elo perdido no contexto do conhecimento e pode ser o mecanismo para pensar a reforma da reforma do pensamento e do ensino.

Morin (2003) nos mostra a necessidade de juntar este elo perdido, de ir contra a superespecialização, o despedaçamento do saber e esta visão de como a própria escola acaba separando as disciplinas sem reunir e integrar numa problematização e contextualização:

Assim, os desenvolvimentos disciplinares das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber. Não só produziram o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira. Em vez de corrigir esses desenvolvimentos, nosso sistema de ensino obedece a eles. Na escola primária nos ensinam a isolar os objetos (de seu meio ambiente), a separar as disciplinas (em vez de reconhecer suas correlações), a dissociar os problemas, em vez de reunir e integrar. Obrigam-nos a reduzir o complexo ao simples, isto é, a separar o que está ligado; a decompor, e não a recompor; e a eliminar tudo que causa desordens ou contradições em nosso entendimento. O pensamento que recorta, isola, permite que especialistas e experts tenham ótimo desempenho em seus compartimentos, e cooperem eficazmente nos setores não complexos de conhecimento, notadamente os que concernem ao funcionamento das máquinas artificiais; mas a lógica a que eles obedecem estende à sociedade e as relações

humanas os constrangimentos e os mecanismos inumanos da máquina artificial e sua visão determinista, mecanicista, quantitativa, formalista; e ignora, oculta ou dilui tudo que é subjetivo, afetivo, livre, criador (Morin, 2003, p. 15).

Ainda de acordo com Moraes (2010), Morin trabalha com o enfoque na transdisciplinaridade e revela que os saberes humanos (e aqui pensamos os saberes odontológicos) não são apenas nutridos por conteúdos disciplinares, mas, também, por relações que ultrapassam este contexto: as relações sociais, afetivas, emocionais, as condições sócio-históricas e culturais vividas pelos alunos e pela sociedade.

Segundo a autora, “é preciso ir além da concepção reprodutora do currículo, já que a complexidade exige mais do educador”. Este diálogo entre práticas e disciplinas para ir além do aparente e do real e a abertura para a reforma curricular centrada no pensamento complexo permitem a consolidação da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade no contexto do currículo, que se integrarão, no currículo real, por meio de conteúdos, metodologias e práticas pautadas no pluralismo e na abolição do singular (Moraes, 2010).

O resgate do entendimento da complexidade dentro do contexto do ensino de Odontologia e a execução de suas práticas permitirá que encontremos um currículo mais integral e mais humano e, sobretudo, aproximado do contexto de formação aos modelos da Saúde Bucal Coletiva e do SUS, assim como determinam também as DCN.

2.2.3 A formação do cirurgião-dentista no contexto do SUS e das DCN

De acordo com Fernandes (2002), o ensino de Odontologia no Brasil, em relação à consciência da necessidade de desenvolver uma perspectiva integral para o tratamento odontológico, demorou demasiadamente para ser pensado. Relata que até o início da década de 1980, os currículos das escolas de Odontologia incluíram apenas as clínicas odontológicas isoladas. A chamada Clínica Integrada foi concebida, inicialmente, como um estágio ao final da graduação, conforme a resolução 840/70 do Conselho Federal de Educação. A LDB da Educação Nacional, Lei No 9.394, de novembro de 1996, permitiu autonomia universitária e flexibilidade curricular e inspirou a elaboração de DCN de Odontologia do Brasil, pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia do Ministério da Educação, em setembro de 1998. A teorização a respeito do currículo de Odontologia e das DCN são elucidadas a seguir.

Morita, Kriger, Perri de Carvalho e Haddad (2007) afirmaram que a formação do cirurgião-dentista sempre esteve fixada no contexto de formação para o mercado privado. Relata que o fato de a Odontologia ter sido inserida no Programa Saúde da Família e no Brasil Sorridente, por exemplo ainda não provocou impacto suficiente sobre o ensino de graduação.

De acordo com Zanetti (2006), o projeto pedagógico do século XX foi concebido sem articulação entre a teoria e a prática, entre disciplinas básicas e profissionalizantes, como também sem articulação dentro do próprio eixo profissionalizante. Esta divisão básica e profissionalizante pode ser constatada na resolução nº 4/82 do CFE que estipulava o currículo mínimo da Odontologia. Para Zanetti (2006), o futuro do ensino da Odontologia apresenta duas naturezas de desafios reservados para romper com a ruptura epistemológica incompleta ou de alienação:

A primeira, de uma articulação mais íntima entre as teorias que propõe epistemologicamente a relação causa/justificação (conhecimento geral e aplicado) com as que propõe a relação consequência/justificação (aplicação tecnológica do conhecimento). A segunda, de expansão: (i) da teorização com teorias de maior alcance biológico nas ciências naturais (genética, embriologia); (ii) da maior formalização com o avanço de métodos próprios das ciências da saúde (epidemiologia geral e epidemiologia clínica); (iii) de incorporar novos níveis de complexidade na teorização sobre antigos objetos empíricos “as doenças” e as “tecnologias clínicas” (a irreversibilidade histórica e a instabilidade no plano da biologia e do social); (iv) de destacar novos objetos empíricos referentes ao processo saúde/doença (tais como “as situações de saúde, vida e de qualidade de vida”) e às tecnologias (vivas para além das mecânicas, complexas para além das simples, extraclínicas para além das clínicas, coletivas para além das individuais, societárias para além das biológicas); (v) aplicar aos objetos empíricos eleitos o apporto efetivo dos conhecimentos e metodologias das ciências sociais e humanidades – economia da saúde; sociologia da saúde; políticas e saúde; antropologia da saúde; história e saúde; geografia e saúde; direito e saúde (Zanetti, 2006, p. 4).

Em outra ótica, Zanetti (2006) elucida a necessidade de uma segunda ruptura, que se daria com a reaproximação do senso comum em relação à ciência, ou vice-versa, com efeitos capazes de gerar uma “ciência prudente” e um “senso comum esclarecido”, dentro dos debates políticos e sociais onde tais objetivos se formam. O autor ainda reitera que se verifica um grande atraso da Odontologia, no próprio comportamento da comunidade acadêmica que outorgou o status de ciência com uma “militância” isolada em clínicas e faculdades de Odontologia e não reconheceu o atraso como ciência e prática social, em detrimento de que esta noção, suas limitações, sua episteme e sua hermenêutica não são claras, nem tratadas como desafios durante o processo de ensino-aprendizagem.

Segundo Zanetti (2006), para formar profissionais para a Saúde da Família (como processo de mudança na formação e atenção integral à saúde), é preciso olhar também sobre uma perspectiva e da relação que os recursos humanos a serem formados estabelecem com os “objetos” desta prática profissional em Saúde da Família. Zanetti (2006) elucida que nem todo egresso de Odontologia torna-se um sujeito cognoscente e suas razões podem estar relacionadas com os motivos que levam os estudantes a cursarem a Odontologia: (a) a sobrevivência; (b) a transformação da realidade; e (c) a liberdade de convivência com o pensamento odontológico.

Nesta lógica, o autor reitera que a condição 1 é aquela que abarca a maioria dos candidatos e pouco observa às condições 2 e 3. Para romper com este elo (reducionismo odontológico) são necessárias rupturas epistêmicas, ampliação teórica, requalificação do complexo e do alcance com as categorias da vida, nas dimensões biológica, social e filosófica (Zanetti, 2006).

Reaproximamos aqui o pensamento de Mendes (1986), onde postula a necessidade de um projeto pedagógico inovado. Por mais que sua obra advenha de 1986, podemos verificar características ainda aplicáveis à formação inovadora em Odontologia do século XXI quanto à: (a) integração das funções educacionais: docência, serviço e pesquisa, totalmente integrados; (b) definição do conteúdo do ensino, a partir da realidade social; (c) estruturação do plano de curso em módulos integrados e por níveis de atenção; (d) relações do conhecimento que integrem teoria e prática, e do básico e do clínico; (e) orientação geral do currículo para a manutenção da saúde; (f) espaço educacional voltado à superação da dicotomia espacial, utilizando diversos espaços sociais; (g) natureza de recursos humanos para a formação multiprofissional da equipe odontológica; (h) uso de tecnologia apropriada; (i) metodologia de ensino centrada em atividades de grupo; (j) estrutura física integrada segundo os níveis de atenção; (k) planejamento educacional realizado por alunos, professores, funcionários e comunidade; (l) natureza do pessoal docente generalista e integrado em módulos de ensino; (m) relação pessoal e colaborativa; (n) pesquisa dirigida à solução de problemas odontológicos das populações majoritárias (Mendes, 1986).

Perri de Carvalho (1996), ao escrever sobre os caminhos para a educação odontológica e traçar os subsídios para um projeto pedagógico em Odontologia, determina que ao longo (daqueles) últimos anos, os cursos não foram muito alterados, embora algumas universidades tenham implementado alguns currículos inovadores no ensino de Odontologia. No contexto da década de 1990, o autor verifica a presença de um currículo explícito e material contraditório, que contraria as necessidades sociais, e insiste na imagem e na preparação do futuro dentista como profissional liberal. O autor, ao responder a pergunta de “como se adquire consciência social”, elucida que as experiências criadas pelas instituições de ensino podem ser diversificadas: as clínicas extramuro, experiências de trabalho em períodos de férias, estágios curriculares, “curso sanduíche”, “semestre prático”, ou seja, uma variedade de ações do processo de ensino e aprendizagem para ampliar o contato com as realidades sociais. É necessário adquirir consciência social, trabalhar com o foco na Odontologia Preventiva, traçar um plano de tratamento compatível com as condições socioeconômicas, racionalizar o trabalho e as delegações de funções, traçar os limites entre a clínica geral e a especialização, direcionar-se para formação científica, técnica e ética do aluno, conscientizar o aperfeiçoamento profissional, identificar situações de emergência, ampliar a visão integral do paciente, das matérias de Ciências Sociais e a integração com outras áreas da saúde (Perri de Carvalho, 1996). O autor ainda evidencia o enfoque direcionado da graduação de Odontologia para com a especialização precoce naquele contexto:

Registra-se um alto percentual de profissionais e, inclusive, de *recém formados* (sic), interessados em cursos de especialização. Tem havido demanda por estes cursos até por deficiências do curso de graduação. Assim, há dados de que o ensino da odontologia no país, tendo em vista o mercado de trabalho, está totalmente errado, enganoso, desvirtuado, mal dirigido e tendencioso, e, em alguns casos, com suspeitas de que se ensina pouco ao aluno para *canalisá-lo* (sic) para os cursos de especialização (Perri de Carvalho, 1996, p. 11).

Arouca, Rego e Machado (2008) afirmam a necessidade da educação moral na Odontologia e permeando as mudanças paradigmáticas diante das crises dos modelos que as conduzem. Essa necessidade também pode ser um reflexo da reestruturação curricular e do novo pensar sobre o ensino de Odontologia, especialmente construído após o estabelecimento do currículo mínimo na década de 1980 e também pela LDB (Freitas, Kovaleski & Boing, 2004).

As DCN para o curso de graduação em Odontologia foram consolidadas através do Conselho Nacional de Educação Superior em conjunto com Câmara de Educação Superior através da Resolução CNE/CES nº 3 de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002). De acordo com Fonseca (2012), o motivo da presente resolução foi organizar o currículo das Instituições de Ensino Superior (IES) e as DCN estabelecem os princípios, fundamentos, procedimentos e condições para a formação dos dentistas em nível nacional, da organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos político-pedagógicos dos cursos de Odontologia.

O artigo 3º da Resolução afirma a Odontologia tem como “perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista (*sic*), com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico” (Brasil, 2002, p. 1). Esta formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos das seguintes habilidades gerais: (a) atenção à saúde; (b) tomada de decisões; (c) comunicação; (d) liderança; (e) administração e gerenciamento; e (f) educação permanente. Em relação à formação para competências e habilidades específicas, não pretendemos discorrer minuciosamente sobre cada inciso da resolução, mas evidenciamos a ampliação das questões comunitárias e sociais, a necessidade da integralidade, da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade e a atuação em todos os níveis de atenção, dentro outros. Porém, o que chama extrema atenção é o seu Parágrafo Único que reitera: “A formação do Cirurgião Dentista (*sic*) deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”. Aqui notamos o claro direcionamento para o SUS e as políticas públicas de saúde (Brasil, 2002, p. 3).

A Resolução CNE/CES nº 3 trata também dos conteúdos curriculares (ciências biológicas; ciências humanas e sociais; ciências odontológicas), da necessidade de estágios

curriculares (20% da carga horária total do curso, no mínimo), do Projeto Pedagógico (construído coletivamente, centrado no aluno e desenvolvido sob a ótica do professor como mediador do processo de ensino-aprendizagem), da organização e modalidade do curso (que poderá ser seriada, sistema de créditos ou modular) e reitera a importância da avaliação constante.

De acordo com Queluz (2003, como citado em Silveira, 2004) toma como ato imperativo considerar que o SUS reconhece as necessidades das populações e a formação profissional como fator de transformação, assim destaca o caráter legal e constitucional que é dado ao SUS para não apenas executar ações de saúde, mas também para formar profissionais de saúde capacitados para a realidade do país. A Lei No 8.080, no seu artigo 27, define esta organização de um sistema de formação de recursos humanos para o sistema em todos os níveis do ensino (Brasil, 1990). Verificamos a estreita conexão entre DCN e SUS, porém cabe salientar, sob a ótica de Machado, Machado e Vieira (2011 como citado em Fonseca, 2012), que as DCN, apesar de apresentarem o seu forte caráter legal, por si só não são suficientes para que o currículo odontológico (pautado sobre o seu molde) seja condizente com a realidade e as demandas sociais. O currículo, nesta ótica, extrapola a noção de diretrizes do próprio currículo. Fonseca (2012) complementa, além da ótica do currículo, haver um grande descompasso entre a formação dos dentistas e o sistema de saúde brasileiro.

Cavalheiro e Guimarães (2011) complementam que esta construção de recursos humanos no SUS se deu principalmente com a implantação de uma política no Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que apoiou a formatação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto de profissionais da saúde, que inclui: os polos de educação permanente; a certificação dos hospitais de ensino; o AprenderSUS, o VerSUS, o Pró-Saúde e as Residências Multiprofissionais. Os objetivos específicos desta política de reorientação da formação são o fortalecimento da integração ensino-serviço e dos processos de mudança na graduação de modo a formar perfis de profissionais adequados à saúde da população e do SUS. Acrescentamos ao texto de Cavalheiro e Guimarães (2011), o programa Pró-Ensino na Saúde, que atua nessa mesma perspectiva (Brasil, 2010).

Palmier, Amaral, Werneck, Senna e Lucas (2010) relatam a experiência satisfatória de inserção de estudantes de Odontologia no SUS via disciplina “Ciências Sociais Aplicadas à Saúde” e que o Pró-Saúde potencializou os esforços para a mudança curricular, de acordo com os pressupostos das DCN e contribuindo para superar a ação centrada no profissional.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), é através da educação permanente em saúde que o SUS deve ser colocado como um interlocutor das instituições formadoras, na criação e na implantação dos projetos político-pedagógicos (PPP) de formação profissional, e não apenas como

um local de estágio ou de práticas de aprendizagem. Os autores ainda reiteram a necessidade da integração entre o ensino, a gestão setorial, as práticas de atenção e o controle social, os quais chamam de o “quadrilátero da formação para a área da saúde”.

Um estudo do Distrito Federal, realizado por Souza et al. (2011), relata uma experiência satisfatória do Programa de Educação Tutorial (PET) em Odontologia da Universidade de Brasília executado de março a dezembro de 2010 na Regional Administrativa do Itapoã (DF). As ações descritas são a atuação no SUS junto às equipes do PSF (ações de rotinas educativo-preventivas de saúde bucal), atividades clínicas e desenvolvimento de pesquisas. Mesmo citando alguns desafios ou dificuldades (pioneirismo, dificuldades em suporte estrutural, reformulações de ações, problemas com espaço físico e equipamentos e maior necessidade de divulgação das atividades), os autores salientam que o grupo tutorial oportunizou aos discentes a integração de conhecimentos aprendidos na Universidade e do contexto social. Além disso, os autores relatam o “desenvolvimento de atividades técnico-científicas e preventivo-promocionais em um ‘cenário vivo’” e que as atividades são fundamentais para o aperfeiçoamento de práticas inovadoras de atenção e experiências de ensino, contribuindo para a integração ensino-serviço-comunidade, a intensificação da interlocução com a comunidade e o fortalecimento da atenção básica.

A discussão de que se esquadrija com as DCN é a indução da ação formativa, para que os programas de graduação (aqui os de Odontologia) possam deslocar o eixo de formação centrado no flexnerianismo para uma formação que leve em consideração às dimensões sociais e que seja contextualizada, o que provoca a necessidade de uma ação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS, pautada na integralidade e nos processos de ensino-aprendizagem (Almeida, Alves & Leite, 2010; Carvalho & Ceccim, 2006; Diógenes, Souza, Emiliano, Lima & Suliano, 2009; Morita & Kriger, 2003; Morita et al., 2007; Moysés, 2003; Santos et al., 2006).

Carvalho, Costa, Gomes, Santos e Guerra (2010) propõem a criação de uma disciplina obrigatória teórico-prática, em cursos de mestrado e doutorado, denominada de “Docência crítica no contexto da Odontologia”, que abordaria políticas públicas de saúde, ensino odontológico e políticas educativas. O caráter obrigatório é evidenciado, segundo os autores, pela necessidade de incorporação de tais conteúdos na formação de professores de Odontologia de acordo com as DCN. Baltazar, Moysés e Bastos (2010) reiteram que a formação docente na área da saúde, em particular na Odontologia, é marcada pela ausência ou insuficiência de formação didático-pedagógica.

Freitas, Calvo e Lacerda (2012) propõem uma nova configuração da Saúde Bucal Coletiva que atende às DCN e que seria executada ao longo de todo o curso mantendo o aluno em contato regular e permanente com o SUS. Os autores denominaram as disciplinas de “Interação comunitária” numeradas de I a VII; os conteúdos para o aprendizado são progressivos, formando

um profissional sanitário primeiramente ante a formação de um cirurgião-dentista, como afirmam os autores.

De acordo com Freitas, Carvalho, Gomes, Figueiredo e Faustino-Silva (2009) uma aproximação do Ensino de Odontologia com a realidade social e o SUS pode ser feita utilizando-se de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. As metodologias ativas citadas e discutidas pelos autores são o portfólio e a internet; há também a aprendizagem baseada em problemas (ABP) como estratégia de orientação curricular. De acordo com Fincham e Shuler (2001), o PBL (*problem-based learning*) tem sido implantado em escolas do mundo todo e pode ser utilizado com uma nova tática de ensino, já que apresenta maior integração curricular, principalmente entre nas áreas básicas e ciências clínicas. Saliba, Moimaz, Chiaratto e Tiano (2008) ainda reforçam a ideia de que o PBL sugere um currículo flexível, organizado em blocos temáticos, orientado para a solução de problemas (inclusive os sociais), com equilíbrio teórico-prático, dinâmico, que atende ao perfil epidemiológico da população e com um traço de humanismo curricular.

Toassi, Stobäus, Mosquera e Moysés (2012) analisaram o processo de mudança de um currículo de Odontologia no Sul do país utilizando metodologia qualitativa e técnica de entrevistas com 46 estudantes, 12 professores e 3 representantes da equipe diretiva da universidade estudada. Encontraram quatro categorias de análise durante o processo de interpretação dos dados: (a) o processo de reforma curricular (pelo qual apresentou boas impressões e aceitação da proposta de currículo integrado pelos estudantes); (b) as tensões do processo: a diferença entre a teoria pensada e a realidade percebida (onde se percebeu a dificuldade de adaptação dos professores frente à inovação); (c) o caminhar do processo e seus avanços (evidência de desencontros entre professores e uma tendência de volta à fragmentação dos conteúdos); e (d) a vivência do currículo integrado: um processo contínuo de aprendizagem e superação (evidencia a necessidade da emancipação e de maior participação de professores e estudantes no processo de reforma).

Secco e Pereira (2004) realizaram um estudo a fim de encontrar demandas e os desafios da profissionalização da atividade docente utilizando métodos qualitativos (questionário e entrevistas), aplicados a 13 coordenadores de curso de Odontologia do Estado de São Paulo (de instituições privadas e públicas). Dos resultados, foi constatado que o processo de mudança curricular se manifesta mais rápido em escolas particulares do que em escolas públicas e apontam para a crise da Odontologia em detrimento do número exacerbado de escolas, exaustão do modelo de atendimento e problematização da ética e diminuição do prestígio dos profissionais.

Estudo de Lazzarin, Nakama e Cordoni (2007), cujo objetivo foi verificar a percepção de alunos de Odontologia a respeito do papel do professor no processo de ensino-aprendizagem, verificou, também, a partir de um estudo qualitativo (entrevista com 10 alunos do quinto ano do curso, submetidas à análise de conteúdo de Bardin), as seguintes categorias de análise: papel do

professor, influência do professor na aprendizagem, conteúdos curriculares e imagem-objetivo da profissão, estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação. Os autores reafirmaram o papel fundamental do professor no processo de ensino-aprendizagem, verificaram uma formação de profissionais para o mercado privado, a presença de exposições orais como estratégia de ensino e de métodos avaliativos tradicionais, como provas teóricas e práticas. Além disso, destacam a necessidade para mudanças no ensino afim de que se formem profissionais mais interativos socialmente como preconizam as DCN.

Em um estudo subsequentemente, e agora direcionando o foco para os professores de Odontologia, Lazzarin, Nakama e Cordoni (2010) avaliaram a percepção dos mesmos no processo de ensino-aprendizagem. Os sujeitos da pesquisa foram 12 professores de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, que foram entrevistados. A partir das entrevistas encontraram as seguintes categorias de análise: papel do professor, estratégias de ensino-aprendizagem, formação e atualização docente. Os autores verificaram que a maioria das estratégias de ensino-aprendizagem se baseia em metodologias tradicionais, que a maior parte dos docentes apenas teve formação didática nos cursos de Mestrado e Doutorado (e que os mesmos não capacitam suficientemente os docentes para o exercício da profissão de educador) e concluem pela necessidade de repensar a formação didático-pedagógica do professor de Odontologia que se encaixe no perfil das DCN.

Lemos e Fonseca (2009) evidenciaram quatro lógicas norteadoras da dinâmica curricular de um curso de Odontologia responsáveis também pela consolidação de um currículo oculto de Odontologia (a da integração, a da fragmentação, da profissionalização e do mercado). Os autores chegaram a tais conclusões através de um estudo com enfoque qualitativo, envolvendo análise documental (grades curriculares e projetos pedagógicos) e entrevistas com atores envolvidos no processo de ensino (professores e egressos).

Grazziotin-Soares et al. (2011), enfatizando a importância da avaliação constante para a execução plena das DCN, realizou um levantamento através de questionário com questões abertas e fechadas enviadas via internet para 165 coordenadores de cursos de graduação em Odontologia em 2003-2004, no intuito de verificar se os resultados da avaliação do ENADE (Exame Nacional de Desempenho de Estudantes) induziram melhora no processo de aprendizagem. O estudo concluiu que as mudanças são direcionadas pelo processo de avaliação e que mudanças significativas serão possíveis se ocorrer ampliação no processo de formação de estudantes e professores.

Matos e Tenório (2009) fizeram um estudo utilizando metodologia mista com dois cursos de Odontologia na Bahia (um público e outro privado). Os autores analisaram o PPP, estudaram a percepção dos alunos (através de questionário) e professores (através de entrevistas e posterior análise de conteúdo) acerca da formação e realizaram também observante participante. Os autores

verificaram se nos itens do currículo e disciplinas (ementa, objetivos, conteúdos e avaliação) existiam unidades de registros que explicitassem a intenção dos professores de trabalharem a questão ético-humanística. Os autores encontraram que em apenas 38,1% dos programas analisados contemplam esta dimensão, dos 113 programas analisados; além disso, as disciplinas básicas e pré-clínicas foram as que menos registraram essa intenção, sendo essa mais explicitada nas disciplinas humanas, na Saúde Coletiva e em algumas disciplinas clínicas, como destaque para Odontopediatria e Dentística.

Lazeris, Calvo e Regis (2007) realizaram um estudo de caso quantitativo com cirurgiões-dentistas no município de Itajaí (SC) e verificaram, dentre as diversas variáveis estudadas, que a estabilidade salarial é o principal motivo para o exercício profissional em serviço público (97,4%). Além disso, apontaram predomínio de ações curativas e reabilitadoras, em detrimento dos procedimentos preventivos. Sanchez, Drumond e Vilaça (2008), concluem em um estudo sobre a percepção de formandos sobre a incorporação de recursos humanos no PSF, que existe um grande desejo de ingresso no PSF, o que é constatado pelo esgotamento do caráter liberal da Odontologia.

Arantes, Pinto, Ramos e Palmier (2009) confirmaram a ação positiva do Estágio Supervisionado (extramuro e no serviço público rural ou metropolitano) na formação de estudantes de Odontologia, em consonância com as DCN. Os autores utilizaram um questionário com questões fechadas (incluindo a escala Likert) inspiradas nas DCN e aplicaram-no aos 49 alunos dos últimos semestres da faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, antes e após a participação no Estágio. Verificaram o maior envolvimento e respostas de questões ligadas a “Atenção à Saúde”, “Educação Permanente”, por exemplo, após a participação no estágio curricular.

Outro estudo, realizado por Reis e Cicillini (2011), que teve como base a investigação as práticas docentes da Odontologia e sua aproximação e distanciamentos em relação às DCN, verificaram ainda a ênfase na formação técnico-científica, da precariedade da humanização profissional e a tendência à especialização precoce. A metodologia do estudo foi essencialmente qualitativa e os pesquisadores realizaram análise documental, aplicação de questionário semiestruturado (41 professores) e entrevistaram 11 docentes utilizando um roteiro semiestruturado. Apesar de verificarem que a formação do profissional para o SUS está se consolidando através do estágio extramuro, como alguns entrevistados relataram, por outro lado, ela ainda não se configurou, “pois só mudou o local de trabalho” e as práticas continuam iguais, como também afirmaram outros participantes da pesquisa.

Pinheiro, Nóbrega-Therrien, Almeida e Almeida (2009) publicaram um estudo discutindo a produção acadêmica sobre a formação do cirurgião-dentista entre os anos de 1992-2005. Os autores confirmaram, através dos 13 estudos encontrados sobre o assunto, a tendência de uma

formação predominantemente elitista, tecnicista e curativa, o que demonstra a necessidade e reafirmação de uma formação social, pautada no SUS e nas DCN.

Para fechar este capítulo, colocamos o pensamento de Spinelli (1998), quando se direciona a responder a pergunta “o que é Universidade?”, de que temos que pensá-la nos termos de uma Universidade-Sociedade, e, sobretudo, com a necessidade de superar as crises, buscar a inovação e orientar o trabalho teórico e as decisões políticas. Por mais que apresente um grande caráter ideológico, a autora reitera que isso só será possível quando a Universidade reinventar-se como tarefa coletiva, capacitando para a sua verdadeira missão, que é servir ao país e aos seus cidadãos.

Observando os achados da literatura até o momento, verificamos que a Odontologia e seus modelos formadores dentro da Universidade adquirem agora, e mais do que nunca, maior responsabilidade social. Pensar o SUS como cenário de práticas e lócus de aprendizagem é pensar uma Odontologia direcionada coletivamente, e não apenas pautada em anseios individuais. Diante deste fato é que nos perguntamos sobre “A formação do Cirurgião-Dentista” neste “contexto”, que é o próprio “SUS”, não negando a importância do modelo privado (num país em desenvolvimento e de desigualdades nítidas como é o Brasil), mas reafirmando a necessidade de se construir uma formação pautada na democracia. Assim, acreditamos que a Universidade tem o papel de edificar o pensamento sob a ótica do indivíduo e do social e reiteramos a sempre necessidade de se estudar o Ensino de Odontologia e acompanhar também os processos sociais, orientando-os para a prática consciente e libertadora.

3. OBJETIVOS

Conforme descrito pela literatura, destaca-se a necessidade de se analisar a relação entre o ensino de Odontologia e os modelos assistenciais. Retomando às DCN, encontramos uma necessidade de formação direcionada para o SUS. Neste contexto, nossos objetivos são:

Objetivo geral: conhecer o ensino de Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

Objetivos específicos:

(1) Conhecer os currículos de quatro cursos de graduação em Odontologia do Distrito Federal e sua integração ao SUS.

(2) Buscar a opinião dos docentes de Odontologia do Distrito Federal sobre o ensino odontológico e o modelo assistencial em saúde bucal predominante.

4. METODOLOGIA

4.1. Pressupostos Metodológicos

Elucidamos que este trabalho configura-se dentro de uma Epistemologia Qualitativa, cuja abordagem baseia-se nas correntes de pensamento da dialética e do pensamento sistêmico e tem por objetivo redesenhar o papel do sujeito na produção do conhecimento e do saber científico. É sabido que a corrente positivista negou, por muitos séculos, a dialética como método de reconstrução do conhecimento, tomando as Ciências Exatas e Naturais como base do conhecimento científico. As Ciências Sociais, então, reivindicam o posicionamento científico dos métodos qualitativos (em detrimento do domínio dos quantitativos) a fim de esclarecer questões sociais, da complexidade da realidade, enfim, dos próprios fenômenos qualificativos da realidade.

De acordo com González-Rey (2011), a interação entre pesquisador e participante da pesquisa pode ser moldada aos olhos da dialética quando observamos a série de conflitos, contradições e sínteses em todo o processo da pesquisa qualitativa, o que nos leva a abandonar uma lógica instrumentalista e positivista.

Além da corrente de pensamento da dialética, também utilizamos como ponto de partida complementar o pensamento sistêmico (e através da teoria da complexidade de Morin, que foi objetivo de estudo do nosso marco teórico) trazendo um novo aporte teórico, a fim de se rebuscar um olhar mais abrangente e complexo. Segundo Minayo (2010), três dimensões epistemológicas diferenciam as teorias tradicionais do paradigma sistêmico: a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade, em substituição à noção de simplicidade, estabilidade/regularidade e objetividade, respectivamente. Neste estudo, e para abarcar o refletir em Metodologia Qualitativa, utilizamos um pensar dialético e dialógico (veja Morin) no contexto do Ensino de Odontologia.

Minayo (2010) elucida a fundamental importância do pensamento sistêmico para complementar a ótica da pesquisa qualitativa, que, apesar de não propor técnicas do ponto de vista operacional, é necessária para ampliá-la através das interações e do diálogo, nessa (nova) visão epistemológica.

Questões como a natureza do social, as relações entre indivíduo e sociedade, entre ação, estrutura e significados, entre sujeito e objetivo, entre fato e valor, entre realidade e ideologia são levantadas por Minayo (2010) quando rebusca a problemática da pesquisa qualitativa. A autora ainda reitera que a pesquisa qualitativa tem por objetivo a compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto “(a) a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; e (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais”. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2010), responde a questões muito particulares, pois se preocupa com um nível de

realidade que, muitas das vezes, não pode ser quantificada e trabalha com os 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.

Segundo Flick (2009), são aspectos da pesquisa qualitativa, independente das posturas teóricas utilizadas: apropriabilidade de métodos e técnicas; perspectivas dos participantes e sua diversidade; reflexividade do pesquisador e da pesquisa; variedade de abordagens e de métodos na pesquisa qualitativa; *verstehen* como princípio epistemológico; reconstrução de casos como ponto de partida; construção da realidade como base; e texto como material empírico. O *verstehen* (“saber” em alemão) sinaliza a compreensão do fenômeno estudado a partir do interior, através do ponto de vista dos sujeitos, das situações sociais e das regras culturais e sociais envolvidas. O texto como material empírico caracteriza a reconstrução dos achados reais em achados textuais, para que sejam processadas as análises empíricas reais, com a gravação e a transcrição dos cursos das interações (pesquisador-sujeito), por exemplo.

Então, o objeto deste estudo, que permeou o ensino odontológico, o currículo, as percepções dos docentes e o SUS, pôde ser melhor analisado com este modelo teórico-prático e epistemológico de pesquisa qualitativa em saúde, utilizando Minayo (2010) como ponto forte de apoio. O nosso pensar é, sobretudo, dialético e dialógico. Por fim, é importante frisar que todos os construtos devem ser concebidos como processos em movimento e dotados de complexidade que foram erigidos das relações construídas entre o pesquisador, a proposição teórica e os participantes da pesquisa.

4.2. Acesso aos documentos e participantes da pesquisa

Foram identificados todos os cursos de graduação em Odontologia do Distrito Federal, registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO) e que possuíam turmas formadas (egressos) até o primeiro semestre de 2013, das seguintes instituições: (1) Universidade de Brasília (UnB) - Instituição Proponente (única Instituição Pública a manter curso de Odontologia no DF); (2) Universidade Católica de Brasília (UCB) - Instituição Coparticipante; (3) Universidade Paulista (Unip) - Instituição Coparticipante; e (4) Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (Faciplac) - Instituição Coparticipante. Todas as instituições coparticipantes concordaram com a execução do projeto de pesquisa; os diretores de curso, ou chefes de departamento, autorizaram a análise de documentos e entrevistas com os docentes. Os termos de consentimento de coparticipação das Instituições encontram-se no Anexo A.

Uma consideração ética esclarecida previamente é que, para manter o sigilo de informações e o respeito para com as instituições participantes, foram criados nomes-fantasia

aleatórios “A, B, C e D”, distribuídos aleatoriamente entre as quatro instituições, para caracterizar as mesmas.

4.3. As fases da pesquisa

O presente estudo foi dividido em três fases: (1) pesquisa bibliográfica; (2) análise documental dos currículos de graduação em Odontologia das instituições participantes; e (3) entrevistas com docentes dos cursos das instituições participantes.

Primeiramente, na fase (1), foi realizada uma análise da literatura atual sobre o currículo odontológico, o ensino de Odontologia, as DCN e os pressupostos do SUS, necessários para a formação do cirurgião-dentista. Esta análise, de caráter qualitativo, e que pode ser observada no marco teórico deste trabalho, contribuiu, também, para a confecção dos instrumentos de pesquisa.

A fase (2), análise documental dos currículos, ocorreu através do estudo da grade curricular dos cursos, incluindo análise de ementas de disciplinas, planos de ensino e programas das disciplinas, fornecidos pelas Instituições. Esta análise, de forte caráter qualitativo (apesar de proceder com contagens de frequências), contribuiu significativamente para a confecção do instrumento de pesquisa: o roteiro de entrevista, para a coleta de dados qualitativos durante a fase (3). A análise documental objetivou categorizar os documentos fornecidos em “Contemplam” ou “Não contemplam” as características de um ensino pautado no SUS e nas DCN. Foi também verificado se os planos de ensino e ementas “Contemplam” ou “Não contemplam” questões ético-humanísticas na formação. Após a distribuição dos documentos nestas duas categorias foi realizada contagem de frequências para ampliar a visão obtida pela análise qualitativa dos mesmos.

A análise documental contemplou o objetivo específico “Avaliar os currículos de quatro cursos de graduação em Odontologia do Distrito Federal e sua integração com o Sistema Único de Saúde”. Para isso, os currículos foram avaliados se contemplam ou como contemplam os pressupostos das DCN, cujo foco é direcionar os currículos para uma formação integral voltada ao SUS. É importante esclarecer que os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) não foram fornecidos pelas Instituições e, por isso, não procedemos à análise.

É necessário elucidar alguns critérios pré-estabelecidos para a análise documental dos currículos: (a) a análise da grade curricular seria realizada daquela mais recente, caso a Instituição tivesse um currículo em implementação; (b) os dados numéricos brutos não seriam fornecidos para evitar a identificação das Instituições; (c) a análise dos planos de ensino e ementas de disciplinas seria realizada com todo o quantitativo de documentos fornecidos pelas Instituições (não necessariamente contemplando todas as disciplinas da grade); (d) e caso a Instituição apresentasse um currículo em implementação, todos os planos de ensino fornecidos seriam analisados,

compondo um corpo de análise. Todos os critérios estabelecidos anteriormente foram obedecidos durante a fase de análise documental.

A fase (3), subsequente, correspondeu às entrevistas que foram realizadas com docentes. As entrevistas contemplaram o objetivo específico da pesquisa “Buscar a opinião dos docentes de Odontologia do Distrito Federal sobre o ensino odontológico e o modelo assistencial em saúde bucal predominante”. Nesta fase, foram coletadas as opiniões dos docentes sobre a formação curricular em Odontologia, o direcionamento do ensino quanto ao modelo assistencial de saúde e como o currículo aborda a formação para o SUS de modo global.

4.4. O perfil dos entrevistados e a realização da entrevista

Os contatos dos docentes foram fornecidos pelas Direções dos Cursos de Odontologia. As entrevistas foram realizadas com doze cirurgiões-dentistas docentes especialistas, mestres e/ou doutores, atuantes no primeiro semestre de 2013 nas Instituições participantes. Inicialmente, o número de entrevistas estimadas era doze, o que correspondeu ao número de entrevistas realizadas, pois encontramos neste quantitativo os achados procurados e o critério de “saturação dos dados” em pesquisa qualitativa, o que dispensou a realização de novas entrevistas.

Foram entrevistados três professores de cada instituição, sendo um professor especialista ou docente da disciplina de Saúde Bucal Coletiva (ou Odontologia Social) e dois professores das demais especialidades da Odontologia. Não houve repetição de entrevistas com professores de mesmas especialidades clínicas, com exceção dos docentes em Saúde Bucal Coletiva, que corresponderam 1/3 da amostra.

Os demais entrevistados (especialistas clínicos, 2/3 da amostra) representaram os seguintes eixos temáticos ou especialidades odontológicas: (A) a Prótese Dentária, (B) a Dentística, (C) a Endodontia, (D) a Cirurgia Bucomaxilofacial, (E) a Periodontia, (F) a Estomatologia e a Patologia Oral, (G) a Radiologia Odontológica, (H) a Implantodontia, (I) a Odontopediatria, (J) Odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais, (K) Odontogeriatrics, (L) Dor e Disfunção Temporomandibular, (M) Bioética, (N) Odontologia Legal e (O) Administração Hospitalar, totalizando quinze eixos temáticos representados por oito docentes, e levando em consideração, ainda, que um mesmo docente pode ser especialista em duas ou mais áreas.

É importante ressaltar que o número de 1/3 da amostra compondo professores da Saúde Bucal Coletiva foi escolhido para captar melhor o ensino de humanidades em cada Instituição. Além disso, os diretores ou chefes de departamento não foram selecionados para as entrevistas porque poderiam implicar em viés de pesquisa, já que representam a Instituição diretamente e poderiam destacar apenas características positivas do ensino.

Foi realizado um pré-teste da entrevista (que durou 60 minutos) com uma cirurgiã-dentista, egressa de uma das instituições e docente do ensino profissionalizante de saúde bucal, utilizando um roteiro pré-estabelecido. O pré-teste teve por objetivo propiciar a validação do instrumento, especialmente no que se refere à compreensão das questões, e aperfeiçoá-lo para as entrevistas subsequentes.

Cada entrevista teve a duração média de 67 minutos e caráter semiestruturado (seguindo um novo roteiro/instrumento disponível no Anexo B). Todas as entrevistas foram realizadas no período de fevereiro e março de 2013 e na Instituição onde o docente estava vinculado; foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, para posterior análise dos dados, o que compôs o *corpus* do estudo. A transcrição manteve a fala legítima dos entrevistados, sem correções gramaticais ou sintáticas. Este *corpus* foi composto por mais de noventa mil palavras, totalizando 170 laudas transcritas, o que evidencia a riqueza de detalhes, mais uma vez, da pesquisa qualitativa.

4.5. A escolha do instrumento (a entrevista)

A entrevista guiada por tópicos deu mais espaço para que as verbalizações dos docentes pudessem fluir mais espontaneamente, de modo a facilitar o relato de experiências subjetivas do processo de ensino junto ao SUS e às DCN.

4.6. Tópicos para a entrevista

Os tópicos da entrevista foram concluídos após o pré-teste. A entrevista se dividiu em três partes: (1) Questões iniciais (que discutiram a formação do professor de Odontologia); (2) Questões intermediárias (a formação do cirurgião-dentista atual); (3) Questões finais (caminhos para a formação direcionada ao SUS).

Assim, pudemos rebuscar as questões envolvidas na formação do próprio docente, as envolvidas na formação atual e trazer à tona algumas questões, ou sugestões, para melhoria do Ensino.

4.7. O método de análise do *corpus*

Primeiramente, é preciso salientar que o modelo escolhido para a análise é o construtivo-interpretativo. Este método seguiu os procedimentos de análise de conteúdo clássica, proposto por Bardin (2000), onde foram definidas categorias analíticas e as unidades categorizadas foram submetidas ao processo de contagem de frequências.

4.8. Procedimento de análise

Foram realizadas duas etapas de leitura das entrevistas. A primeira objetivou a fixação do seu conteúdo e maior familiarização com os textos (leitura flutuante). A segunda visou à análise de conteúdo propriamente dita, onde foi realizada a categorização e a verificação dos núcleos centrais dos textos. As categorias foram identificadas por entrevista; posteriormente, foram agrupadas em categorias gerais. Os critérios foram aqueles definidos por Bardin (2000). As interpretações, então, puderam vir do referencial teórico adotado e do fruto de toda a análise, dentro deste modelo construtivo-interpretativo.

A leitura flutuante permitiu que pudéssemos refletir sobre as categorias de análise, que não foram dadas de início, mas construídas com a interpretação do material. Após o estabelecimento das categorias de análise, o material foi, mais uma vez, analisado, com o intuito de encontrar subcategorias e incorporar as falas dos participantes nas subcategorias de análise pensadas (sistema de codificação). O sistema de categorização utilizado foi o “procedimento de caixas”, e que segundo Bardin (2000), tendo estabelecido o sistema de categorias, baseando-se em hipóteses teóricas, repartimos os elementos à medida que são encontrados. Notamos abaixo, no Quadro 03, uma aproximação forte do roteiro das entrevistas com as grandes categorias e subcategorias encontradas.

Quadro 03. Categorias e Subcategorias encontradas durante a Análise de Conteúdo das Entrevistas com os Docentes de Odontologia.

Categorias	Subcategorias
(A) Formação do docente de Odontologia	(1) Interesse por Odontologia; (2) Período de Formação do Docente; (3) Prazo de formação do docente; (4) Tipo de instituição de formação; (5) Destaque de conteúdos e experiências na graduação do docente; (6) Foco da formação do docente; (7) Ensino de Saúde Pública na formação do docente; (8) Primeiras experiências profissionais do docente; (9) Perspectivas profissionais e sonhos; (10) Formação profissional do docente; (11) Motivação para docência em Odontologia; (12) Direcionamento da especialização para o SUS; (13) Direcionamento do mestrado para o SUS; (14) Direcionamento do doutorado para o SUS.
(B) A Odontologia no SUS	(1) Pontos positivos da Odontologia atual no SUS; (2) Pontos negativos da Odontologia atual no SUS.
(C) Formação atual do Dentista	(1) Possibilidades de trabalho do egresso de Odontologia; (2) Características curriculares; (3) Direcionamento do currículo para o SUS; (4) Direcionamento da disciplina do docente para o SUS; (5) Alunos preparados para atuarem no SUS; (6) Motivos para ingresso no SUS; (7) Foco da formação do dentista na graduação.
(D) Propostas de formação direcionada para o SUS	(1) Medidas necessárias ou alterações curriculares para a formação direcionada para o SUS; (2) Credibilidade do docente para com alterações curriculares na instituição; (3) Habilidades e crescimento profissional do docente diante dos desafios de mudança no ensino e educação.

Logo após a identificação das categorias e subcategorias, realizamos a identificação: (a) das unidades de registro (que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem de frequências); e (b) das unidades de contexto (que codificam as unidades de registro e permitem compreender sua significação exata) (Bardin, 2000). O quadro completo e sistematizado, contendo as unidades de registro e as unidades de conteúdo, pode ser verificado no Anexo C.

O tratamento dos resultados se deu posteriormente, levando em consideração, também, o método de Bardin (2000), onde foi preciso abarcar os marcos teóricos pertinentes à investigação, que deram o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. Segundo a autora, é a interação entre os dados coletados e a fundamentação teórica que dá sentido à interpretação do pesquisador. Bardin (2000), em seu método clássico de análise, coloca a contagem de frequências como ancoragem metodológica para a realização da inferência e interpretação dos resultados. É importante dizer que existe uma linha de pesquisadores dos métodos qualitativos que não realizam a contagem de frequências, sob a alegação de que os métodos qualitativos não deveriam utilizar aportes quantitativos (estatística descritiva, por exemplo) para a realização da inferência e que estes possuem identidades próprias. Como o nosso pensar é também dialógico e complexo, acreditamos na efetividade da triangulação dos métodos, e ainda elucidamos que o método não deve ser objeto de escolha do pesquisador e que este deve ser escolhido de acordo com o problema de pesquisa. Realizamos a análise clássica de Bardin (2000), com contagem de frequências e utilização de gráficos descritivos, por se tratar do método que conseguiu responder as nossas perguntas de pesquisa sem perder de vista o olhar minucioso para com as falas dos sujeitos.

4.9. Critérios éticos

O projeto de pesquisa que configurou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde (CEP/FS) e está disponível no Anexo D. Algumas considerações podem ser ainda evidenciadas:

Riscos: sabemos que os riscos são inerentes a qualquer tipo de pesquisa realizada com seres humanos. Porém, os riscos desta pesquisa foram mínimos. Possíveis riscos, de maior evidência, foram aqueles relacionados a eventuais constrangimentos do(s) participante(s) de pesquisa. Estes riscos foram evitados, com o treinamento do pesquisador, individualização dos questionários e entrevistas, sigilo nas respostas e respeito às considerações legais e à resolução 196/96.

Benefícios: os benefícios esperados são maiores que os riscos. O estudo avaliou o ensino da Odontologia no Distrito Federal, o currículo dos cursos em relação ao SUS, e contribui com o

conhecimento pertinente a reestruturação pedagógica dos cursos para formar profissionais direcionados ao Sistema Público, como pedem áreas estratégicas governamentais.

Confidencialidade e sigilo: o estudo assegura a confidencialidade e o sigilo das informações coletadas por cada participante da pesquisa, incluindo as entrevistas. O direito do consentimento livre e esclarecido foi assegurado (modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se disponível no Anexo E).

Autonomia: as Universidades do Distrito Federal que contemplam o curso de graduação em Odontologia aceitaram participar da pesquisa como coparticipantes. Esteve assegurado o direito de autonomia para as mesmas e puderam desistir da pesquisa a qualquer momento. Ficou assegurado o mesmo direito aos participantes (docentes), que puderam se recusar a dar entrevistas, ou pedir a remoção de seus dados a qualquer momento da pesquisa.

Justiça, beneficência e não-malevolência: o estudo se encaixou no princípio da justiça, pois foi assegurado a todos os participantes o mesmo direito e não ocorreu distinção alguma entre os sujeitos da pesquisa. Além disso, quem receberá os benefícios da pesquisa são os profissionais da Odontologia, professores e futuros estudantes.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram organizados, neste capítulo, na seguinte ordem: (a) análise documental dos quatro currículos plenos (enfoque qualitativo com contagem de frequências); e (b) análise de conteúdo de Bardin das entrevistas (análise e discussão por categorias, subcategorias e unidades de registro com suas respectivas frequências). É importante frisar que no momento (a), a análise foi direcionada para o “currículo impresso” (pleno) e no momento (b), a análise visou encontrar as realidades camufladas nesse currículo, através do diálogo com os professores, na tentativa de elucidar os principais pontos do “currículo oculto”.

As verbalizações literais dos participantes de pesquisa estão apresentadas sob a forma de citações diretas. Vale salientar, também, que julgamos necessário criar nomes fantasia para representar os entrevistados e elucidamos se a fala se trata de um docente “Especialista Clínico” (representados por oito docentes - EC1 até EC8) ou de um docente da “Saúde Bucal Coletiva” (representada por quatro docentes, no total - SBC1 até SBC4), no intuito de pontuar algumas diferenças nas visões de tais sujeitos de análise.

O quadro completo com os resultados da Análise de Conteúdo das entrevistas está disposto no Anexo C. Este quadro apresenta: as categorias de análise (A, B, C, D); as subcategorias respectivas (A1 a A14; B1 e B2; C1 a C7; D1 a D3); as unidades de registro de cada subcategoria com a respectiva frequência absoluta e relativa; e as suas respectivas exemplificações (com as unidades de conteúdo).

5.1. Análise documental dos currículos

Tomando como concepção a ideia de Currículo Odontológico Pleno, assim como foi sugerido e realizado na XVIII Reunião da ABENO e no XIX Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia em setembro de 1992 (Brasil, 1994), encontramos um *corpus* documental cujo conteúdo presente de disciplinas integra Currículos Plenos (elenco de disciplinas obrigatórias e eletivas) das quatro instituições participantes da pesquisa.

É sabido que estes documentos não contemplam o “currículo oculto” (Silva, 2010) das Instituições, mas encontramos grande relevância no estudo dos mesmos para entendermos o currículo numa visão complexa e a relação entre as disciplinas obrigatórias e eletivas do próprio currículo. Tendo em vista este fato, não verificamos neste *corpus* (grade curricular, ementas e planos de ensino) as disciplinas extracurriculares; porém, algumas disciplinas optativas estavam presentes nos documentos fornecidos por três das instituições.

5.1.1. Análise das grades curriculares

Verificamos que as grades curriculares dos cursos de Odontologia das Instituições (A, B, C e D) representam o Currículo Pleno dos mesmos, contendo: (a) uma divisão de disciplinas por semestre (regime modular de integração curricular); (b) disciplinas codificadas; (c) presença de pré-requisitos para cumprimento de seus créditos; e (d) carga horária semanal, semestral e total do curso.

As Instituições apresentaram uma média de 63 disciplinas obrigatórias curriculares, sendo o currículo pleno com menor número composto por 47 disciplinas e o com maior número composto por 85 disciplinas. A carga horária total dos cursos é semelhante entre as Instituições e corresponde à média de 4.031,75 horas totais (aulas práticas, teóricas, estágios, disciplinas optativas, atividades complementares), o que corresponde às exigências legais (com um mínimo de 4.000 horas).

Quanto à quantidade de períodos letivos ou módulos totais, encontramos três currículos com quatro anos de formação mínima e um currículo com cinco anos de formação mínima. Não analisamos as cargas horárias das disciplinas e não apresentamos o número de disciplinas por Instituição especificamente, a fim de evitar a identificação das mesmas.

Confirmamos, nos currículos estudados, o pensamento constituído por Perri de Carvalho (1996), anteriormente às DCN, de que os cursos de Odontologia não foram muito alterados diante dos caminhos propostos à educação odontológica. E agora, quando já se passaram mais de dez anos após a consolidação das DCN para os cursos de Odontologia, ainda verificamos um currículo pleno muito parecido com o currículo mínimo (pré-SUS) criado através da Resolução No 4 de 16 de setembro de 1982 (Brasil, 1994) e, também, muito semelhante em sua estruturação ao currículo mínimo da Resolução 4/82 aperfeiçoado pela XVIII Reunião da ABENO e XIX Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia de 1992 (Brasil, 1994).

A semelhança estrutural dos quatro currículos atuais estudados e do currículo mínimo de 1982, especialmente o aperfeiçoado em 1992 pela XVIII Reunião da ABENO e XIX Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia, se deu pelos seguintes motivos:

(1) Divisão clássica em ciclos: eixo básico (Ciências Morfológicas; Ciências Fisiológicas; Ciências Patológicas; e Ciências Sociais) e eixo profissionalizante (Propedêutica Clínica; Clínica Odontológica; Clínica Odontopediátrica; Odontologia Social; e Clínica Integrada).

(2) A presença das disciplinas iniciais: Genética e Evolução, Embriologia, Anatomia, Fisiologia, Histologia, Oclusão Dentária, Bioquímica, Patologia Geral, Microbiologia, Parasitologia, Farmacologia, Imunologia, e Metodologia Científica.

(3) A presença das disciplinas pré-clínicas: Patologia Bucal, Estomatologia, Radiologia, Cariologia, Odontologia Preventiva, Periodontia, Dentística, Endodontia, Materiais

Odontológicos, Prótese Fixa, Prótese Total Removível, Prótese Parcial Removível, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Odontopediatria, Ortodontia, Implantodontia, e Odontogeriatrics.

(4) A presença de disciplinas clínicas: Clínicas Nucleadas por especialidade odontológica ou Clínicas Integradas. Obs.: Verificamos em uma das Instituições a presença exclusiva de Clínicas Integradas.

(5) Oficialização da Clínica Integrada como disciplina e não apenas como estágio curricular externo à Instituição.

(6) Inclusão de Disciplinas Sociais e Ético-humanistas (Antropologia, Sociologia, Psicologia, Odontologia Social (Saúde Bucal Coletiva), Odontologia Legal, Deontologia, dentre outras que apresentam diferentes nomenclaturas entre instituições).

Realizamos a contagem de disciplinas ético-humanísticas do currículo mínimo, proposto em 1982, especialmente do aperfeiçoado em 1992 pela XVIII Reunião da ABENO e XIX Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia, e encontramos um percentual de 10,4% de disciplinas ético-humanistas naquele currículo pleno. Contrastamos este dado com a taxa de 14,2% de disciplinas ético-humanísticas ofertadas nos quatro currículos estudados. Veja Tabela 01.

Verificamos, então, que os currículos odontológicos estudados não apresentam grande diferença estrutural com o currículo mínimo proposto em 1982 (pré-SUS). Isto indica que a inclusão de disciplinas sociais nos currículos odontológicos representa uma proposição histórica anterior às DCN e à consolidação do próprio SUS, apesar do número de disciplinas ético-humanísticas ter aumentado razoavelmente (especialmente a ampliação de disciplinas de Saúde Bucal Coletiva). Vale salientar, também, que não analisamos as cargas horárias das disciplinas sociais, porém tudo indica que estas vêm aumentando e ganhando ênfase após as DCN.

Tabela 1. Frequência de disciplinas ético-humanísticas nas Grades Curriculares

Instituição	Faculdade A	Faculdade B	Faculdade C	Faculdade D	TOTAL
Percentual de disciplinas ético-humanísticas ofertadas no Currículo Pleno	12,1%	16,6%	12,7%	11,9%	14,2%

5.1.2. Análise dos Planos de Ensino

Denominamos de planos de ensino as ementas e programas das disciplinas das Faculdades de Odontologia estudadas, que somaram 184 documentos fornecidos e analisados. Com

a leitura flutuante dos documentos e na busca por unidades de registro ético-humanísticas, encontramos 67 planos de ensino que contemplam dimensões ético-humanísticas e 12 planos de ensino que citam ou fazem referência ao SUS, ao PSF ou às terminologias de Saúde Pública. Os principais resultados da análise dos planos de ensino encontram-se na Tabela 02.

As questões ético-humanísticas encontradas em apenas 36,4% dos planos de ensino foram: (1) Abordagem Sistêmica da Saúde; (2) Odontologia Preventiva e Social; (3) Interação / Integração entre Especialidades; (4) Atividades extramuro humanizadas; (5) Aspectos socioculturais; (6) Necessidade de tratamento multidisciplinar para o Paciente; (7) Responsabilidade Social; (8) Enfoque Coletivo; (9) Cooperativismo; (10) Consciência ética; e (11) Educação continuada.

Tabela 2. Análise documental dos Planos de Ensino das Disciplinas.

Instituição	Faculdade A	Faculdade B	Faculdade C	Faculdade D	TOTAL
Planos de ensino analisados	57	33	27	67	n= 184
Contempla aspectos ético-humanísticos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Percentual de planos de ensino que contemplam aspectos ético-humanísticos	28%	69,7%	44,4%	23,9%	36,4%
Percentual de planos de ensino que citam o SUS, PSF ou terminologias de Saúde Pública	3%	1,5%	25,9%	2,3%	6,5%
Número de planos de ensino que citam/explicitam as DCN	0	0	0	0	0

Referências ao SUS, ao PSF ou às terminologias de Saúde Pública foram encontradas em 6,5% dos planos de ensino, o que possivelmente indica que os conteúdos de Saúde Pública são pouco correlacionados com os demais conteúdos teórico-práticos. Verificamos maior referência destas unidades de registro nos Planos de Ensino das Disciplinas de Saúde Bucal Coletiva ou Sociais e nas Disciplinas de Clínica Integrada. As disciplinas básicas iniciais e as

profissionalizantes pré-clínicas, normalmente, não citaram aspectos relacionados a uma formação direcionada para o SUS ou contextualizando os seus princípios.

Outro achado importante é que dos 184 documentos analisados, nenhum citou ou fez referência explícita às DCN. Esse direcionamento do ensino para com as DCN, na praxe, é encontrado nos PPP e reiteramos a necessidade de incorporar essa ótica também nas disciplinas e atrelá-la aos seus respectivos Planos de Ensino. O Plano de Ensino é o mecanismo pelo qual o professor conduz a sua disciplina e também atua como um elo entre docente, aluno e a grade curricular.

As diretrizes e princípios norteadores não devem se comportar apenas como documentos formais, devem ser incorporados no planejamento de aulas do professor e atuar com força ativa nos processos de educação em saúde para a transformação social e a liberdade. As DCN, neste intuito, reforçam a necessidade da contextualização do currículo com o SUS, sob a esfera de um ensino ético, reflexivo e complexo, em ambas as disciplinas dos eixos de formação (básico e profissionalizante).

5.2. Análise de Conteúdo das Entrevistas

Procedemos com a interpretação dos resultados por categorias e subcategorias de análise. Evidenciamos que os 12 participantes de pesquisa se sentiram à vontade no decorrer das entrevistas (ou diálogos) e, por isso, conseguimos encontrar grande quantidade de informações sobre o contexto curricular, desde a formação do professor, passando pelas características do SUS e a formação do discente, até as estratégias para a mudança do ensino atual. Estas informações foram suficientes para responder as questões do roteiro de entrevista e, sobretudo, evidenciaram aspectos curriculares “ocultos” que não puderam ser respondidos durante a análise documental.

5.2.1. A formação do docente de Odontologia (Categoria A)

O ensino odontológico atual reflete, em sua grande parte, o perfil do profissional, a formação dos próprios docentes e o tipo de currículo que experimentaram. Nesse intuito, localizamos a Categoria A, que traz à tona as questões inerentes à formação do professor, desde o interesse pela graduação em Odontologia até a sua formação em Mestrado e/ou Doutorado.

5.2.1.1. O interesse por Odontologia

A subcategoria A1 remete aos motivos considerados pelos docentes como os motivadores para o ingresso no curso de Graduação em Odontologia. Encontramos 17 tipos diferentes de

Unidades de Registro nesta subcategoria; suas respectivas frequências absolutas podem ser observadas na Figura 01.

Verificamos que os cinco motivos mais frequentes e relacionados ao ingresso em um curso de Odontologia são: (1) a afinidade pela área da área de saúde (19,2%); (2) hábitos de visitar consultório (19,2%); (3) ausência de relação com a família (11,5%); (4) presença de dentista na família (9,6%); e (5) e desejo por consultório particular (7,7%).

A presença do consultório particular, no mercado privatista, parece influenciar fortemente o interesse pelo curso de graduação em Odontologia. Além disso, a afinidade pela saúde, as visitas aos consultórios e a presença de profissionais na família também demonstram influenciar a escolha profissional. Verificamos, por exemplo, um relato que exemplifica esse pré-direcionamento para o mercado privado anteriormente ao próprio ingresso na graduação:

Eu escolhi Odontologia, primeiro porque minha mãe é dentista. A minha família quase inteira é dentista e eu acabei me interessando pela Odontologia especificadamente porque estagio com ela desde criança. (...) Eu sempre quis fazer Odontologia e depois quando ela entrou pro mercado financeiro assim, muito pesado, que nem veio assim, parte estética, esse apelo que tem principalmente da televisão (...); (...) eu sempre gostei mais da área de consultório do que de Saúde Pública. Porque como a minha mãe trabalhava na área de Saúde Pública e eu via que às vezes faltava muita coisa (...) (Participante EC4).

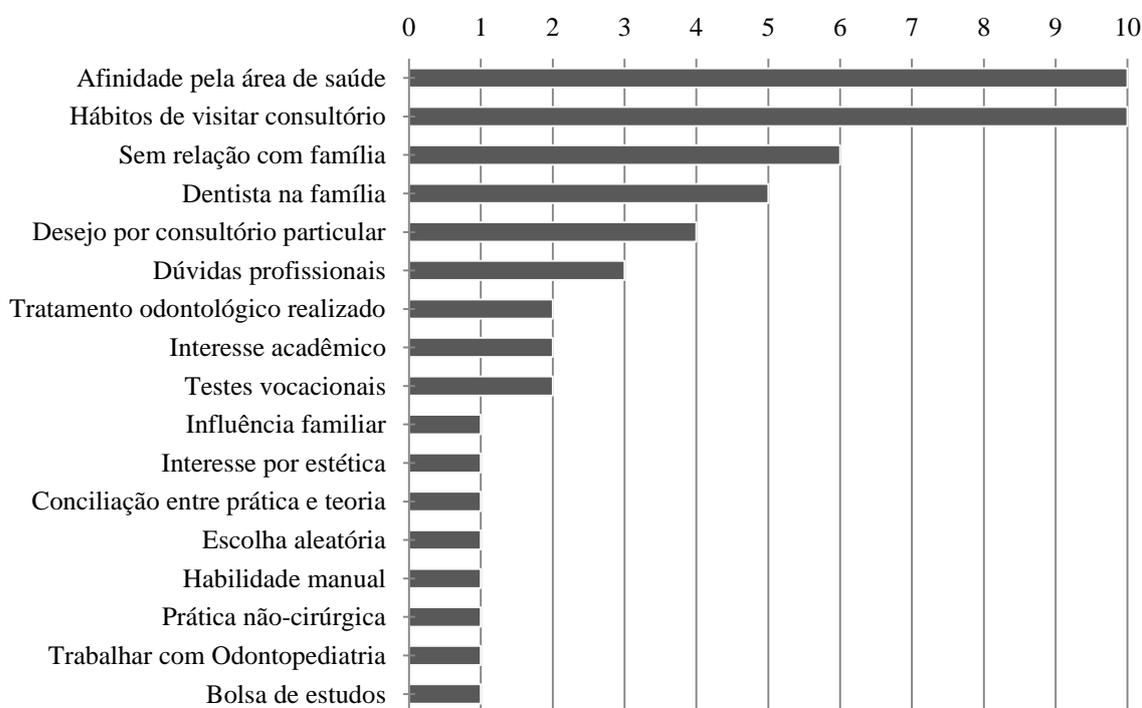


Figura 01. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A1 (Interesse por Odontologia / n = 52).

Outro fato interessante é que não encontramos unidade de contexto que se refira à vontade de trabalhar no SUS ou com Saúde Pública anteriormente ao ingresso na graduação; porém, o estímulo pelo mercado privado parece estar evidente. Como relata Botazzo (1998), a hegemonia que a própria prática odontológica estabeleceu tem por efeito prático na sociedade a ideia de separação (o abandono) para com as práticas sociais.

5.2.1.2. A formação de graduação dos docentes

As subcategorias A2, A3 e A4 referem-se, respectivamente ao período de formação dos docentes, ao prazo de formação e o tipo de instituição pelo qual foram formados. Ver Figura 02.

Notamos que a maior parte dos docentes (91,7%) se graduaram em um período anterior à consolidação das DCN dos cursos de Odontologia em 2002. Como vimos, os cursos de Odontologia vêm passando por alterações curriculares significativas no intuito de uma formação mais social-comunitária. Essa elucidação é importante para entender a lógica do processo formador atual, já que o docente pode repetir o mesmo modelo de sua formação, possivelmente pautado por elementos estruturais do modelo biomédico: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico e ênfase na medicina curativa (Mendes, 1985).

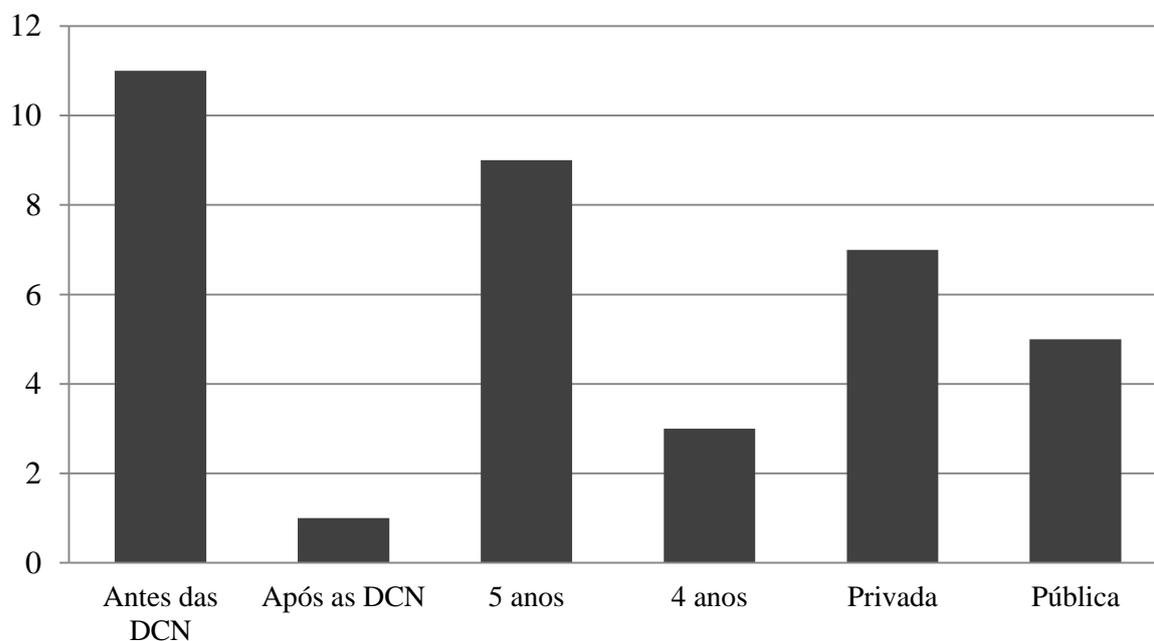


Figura 02. Frequência absoluta das Unidades de Registro das subcategorias A2 (Período da graduação do docente), A3 (Prazo de formação do docente) e A4 (Tipo de Instituição de Graduação do Docente)

Quanto ao prazo de formação, a maioria relatou ter tido uma experiência de 5 anos de graduação (75%) e quanto ao perfil da instituição formadora, destacou a particular (58,3%). Notamos, em alguns momentos, a insatisfação dos docentes para com o prazo de formação atual de quatro anos (da maioria das instituições) que ainda consideraram o período devidamente curto para uma formação plena. Observamos, também, a lógica de mercado envolvida em tais processos de mudança curricular:

Eu acho que o curso de Odontologia em geral, no Brasil, ele perdeu demais quando ele diminuiu as seis mil horas para as quatro mil horas, que foi o curso que eu fiz. Eu acho que isso a gente teria que reconsiderar. Por uma questão de o aluno ficar menos tempo, paga menos tempo, então vai ter mais alunos. A Odontologia se deixou levar por isso, isso foi um processo da Odontologia (...) (Participante SBC4).

A subcategoria A5 (Destaque de conteúdos e experiências na graduação do docente) elucidou 39 aspectos relevantes da formação dos docentes, apresentados na Figura 03. Notamos a predominância de feições privatistas e de um modelo flexneriano de formação. Um exemplo é que as sete unidades de registro mais frequentes (o enfoque na especialização, clínica e técnica; a presença de clínicas nucleadas; as disciplinas básicas isoladas; a clínica integrada apenas no último ano; o sistema de avaliação por quantidade; o enfoque laboratorial; e a ausência de integralidade) representam quase 60% dos conteúdos e experiências relatados.

O enfoque na especialização, clínica e técnica, e a presença de disciplinas isoladas podem ser verificados na fala da Participante E7:

O que me chamou mais a atenção, uma característica da minha graduação lá é que o ensino dentro de cada disciplina e o intuito era formar um especialista naquela disciplina, então, ao invés de uma formação mais generalista, vamos dizer assim, a gente tinha um ensino muito bem embasado na “Endo” e na “Perio”, na Prótese muito bem embasado, pouco generalista e muito aprofundado nas áreas específicas (Participante E7).

Através das verbalizações dos participantes podemos verificar que o currículo da formação dos docentes manteve os elementos estruturais da Medicina Flexneriana. O mecanismo aparece, por exemplo, da enucleação das clínicas odontológicas (da fragmentação da própria boca). Além disso, as unidades de registro expressam, sobretudo, um ensino pautado no biologismo, no individualismo, na especialização, na tecnificação do ato do dentista, na ênfase na cura e na concentração de recursos (Mendes, 1985).



Figura 03. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A5 (Destaque de conteúdos e competências na graduação do docente; n = 196)

O direcionamento para o mercado privado também pode ser observado na verbalização do participante SBC2: “a gente era mais, vamos dizer, mão na massa. Que talvez seja o que o dentista hoje procura: montar o seu consultório e ganhar dinheiro (...)”. Notamos um forte direcionamento para o mercado privado na formação e o esquecimento das múltiplas realidades sociais. Quanto ao sistema de cotas de procedimentos, ainda existente em algumas instituições de ensino de Odontologia e que enfatiza a produção técnica, verificamos:

Do meu currículo para hoje (...) tem uma mudança que pra mim é muito saltar. Que é o fato do aluno entrar na clínica integrada e não na clínica nucleada. Então, esse é o grande divisor de águas dentro do ensino odontológico. (...) Porque na minha Universidade, as clínicas eram nucleadas, então você via Dentística, Prótese, Endodontia, Periodontia de forma separada. No último semestre, seis meses, você tinha que fazer uma clínica integrada; então era muito pobre. Hoje eu vou olhando... Na época não, éramos jovens, era tudo bonito e o que estão ensinando pra gente era o que estava certo (Participante E3).

A necessidade de integração entre as disciplinas odontológicas básicas e profissionalizantes é percebida pelos docentes entrevistados. Porém, percebemos que a clínica integrada no momento da formação dos professores se distanciava dos seus objetivos e não conseguia realizar a integralidade do atendimento na prática: “era quase que uma integração conceitual porque você não tinha formação dentro de um preceito de clínica integrada, que é o que está tentando, está sendo trabalhado agora” (Participante EC5).

Algumas unidades de registro que expressam os destaques de conteúdos curriculares e que aparecem apenas uma vez merecem também consideração: (a) Tentativa de ampliar a Saúde Bucal Coletiva; (b) Formação antropológica; (c) Formação abrangente; e (d) Clínicas Integradas ao longo do curso. Estas unidades de registro expressam a ação da Saúde Bucal Coletiva enquanto paradigma para a transformação social. No entanto, quando comparamos a frequência destas ações (pautadas sob a ótica da Medicina Comunitária) com as unidades de registro predominantes (flexnerianas) verificamos um grande descompasso entre o modelo formador e a necessidade de se pensar sob a ótica do SUS e das DCN.

A subcategoria A6 contempla as unidades de registro e elucida o foco de formação dos docentes. Quando pensamos em modelos assistenciais, fica claro o direcionamento da formação para o Sistema Privado (75% das unidades de registro). Veja a Figura 04. A especialização reaparece como foco de formação e não apenas como destaque de conteúdo curricular. Dois participantes da pesquisa relatam não haver foco ou não existir esta percepção naquele contexto; apenas um professor relatou ter sido formado numa instituição cujo foco de formação fosse o Sistema Público.

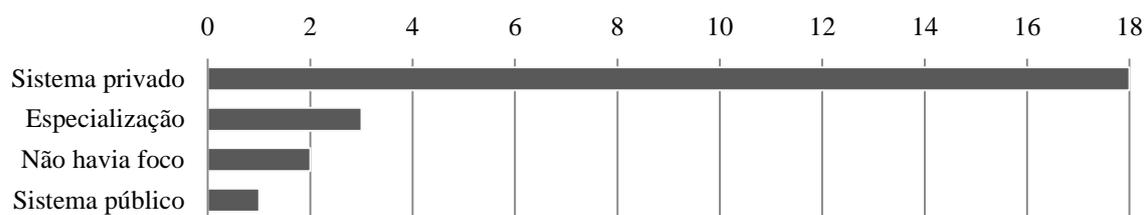


Figura 04. Frequência absoluta das unidades de registro da categoria A6 (Foco da Formação do Docente de Odontologia; n = 24)

Confirmamos este direcionamento para o mercado privado através da fala: “Então, a formação era voltada para este lado particular, o lado assim: (...) você se formou, investiu no seu curso, agora é hora de você ganhar dinheiro, montar seu consultório e tentar recuperar isso aí. Essa seria talvez a formação” (Participante SBC2). E de acordo com o participante SBC3: “a carga horária e a ênfase maior era, com certeza, dedicada para o ambiente clínico privado (...)”. Podemos verificar, ainda, uma formação direcionada para o mercado privado na década de 1990 e anteriormente às DCN:

O foco no currículo eram as disciplinas de uso em consultório, sempre foram as disciplinas ligadas à prática profissional individual. Nós tínhamos naquela época, década de 90, muito pouca aula ligada à coletividade, muitos poucos trabalhos extramuros em coletividade e os que tinham eram estágios opcionais. Na verdade não faziam parte da grade curricular da universidade. Então, ele era voltado para a prática privatista e as aulas que a gente tinha de Odontologia Social, (...) nem o SUS estava formado, então não existia nem a saúde voltada para a saúde bucal (Participante SBC4).

A subcategoria A7 (Ensino de Saúde Pública na Formação do Docente) explica como foi a formação em Saúde Pública dos docentes naquele contexto de um currículo direcionado para o Mercado Privado. Ela visa explicitar as unidades de registro relacionadas com as disciplinas e ações curriculares mais sociais e coletivas. Tais unidades de registro e suas frequências estão apresentadas na Figura 05.

Das 21 unidades de registro identificadas para esta subcategoria, as que mais apareceram são: (1) Muito conhecimento teórico (16%); (2) Disciplinas insuficientes (12,3%); (3) Distante da realidade do SUS (11,1%); (4) Atendimento social fora do SUS (9,9%); (5) Apenas aplicação de flúor (6,2%); e (6) Ensino restrito à disciplina de Saúde Coletiva (6,2%). Tais unidades de registro nos leva a inferir que o ensino de Saúde Pública na formação do docente era insuficiente, distante da realidade social e do próprio SUS, direcionado para atividades assistenciais fora do SUS (em

creches, asilos), com maior atividade teórica do que prática e direcionado à disciplina de Saúde Bucal Coletiva, com pouca integração de tais conteúdos para as demais disciplinas.

No que se refere ao conteudismo teórico e deficiência de práticas, verificamos: “A Saúde Coletiva que a gente teve foi mais a nível teórico, então não teve aquele estímulo de programas preventivos e educativos em escolas, como hoje eu exerço aqui na Faculdade” (Participante SBC1).



Figura 05. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A7 (Ensino de Saúde Pública na Formação do Docente; n = 81)

Constatamos que a maior parte da formação em disciplinas sociais e em Saúde Bucal Coletiva durante a formação dos docentes foi direcionada: (1) para o conteúdo teórico (em sala de aula); e (2) para atendimentos assistenciais preventivos (principalmente fora do SUS). Isto pode ser exemplificado pela argumentação do Participante EC2:

O grande problema que eu vejo da Saúde Coletiva era o seguinte: você pegar e fazer atendimento social... “ah, vamos para uma comunidade carente para atender”. Isso não é Saúde Coletiva, sabe? Saúde Coletiva é um negócio muito mais amplo, é um programa, um projeto, ao longo prazo e assim por diante (Participante EC2).

5.2.1.3. Primeiras experiências e perspectivas profissionais dos docentes

A subcategoria A8 representa as primeiras experiências profissionais dos docentes. Notamos, na Figura 06, a predominância evidente das unidades de registro relacionadas ao mercado privado (31,8%) e às dificuldades de trabalho (10,6%), em relação às experiências profissionais no SUS (9,1%).

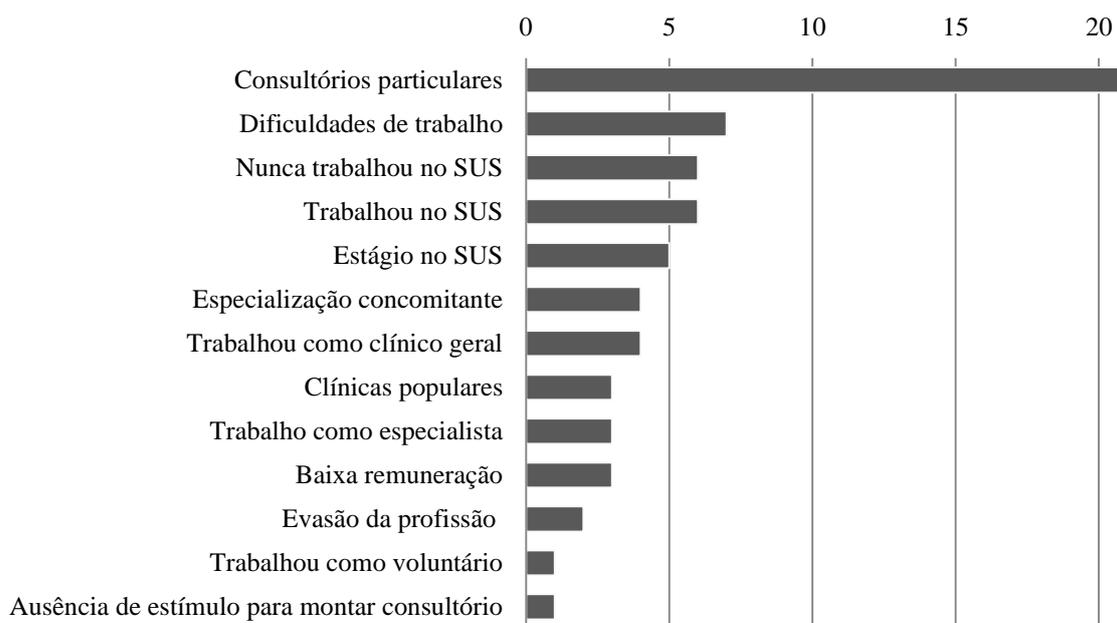


Figura 06. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A8 (Primeiras experiências profissionais do docente; n = 66).

As primeiras experiências profissionais no mercado privado, associadas a um modelo formador também privatista, podem ser verificadas na falta do Participante SBC3:

Ainda se tinha muito uma ênfase de que o dentista estava formando para ir trabalhar no âmbito privado e a gente tinha naquela década muitas experiências exitosas de conhecidos próximos, parentes de colegas que tinham feito fortunas com a Odontologia. (...) E a opção pelo Sistema Único de Saúde era uma opção vista mais como ideológica ou secundária do ponto de vista financeiro (Participante SBC3).

A subcategoria A9, ilustrada na Figura 07, representa as perspectivas profissionais e sonhos após a formação do docente. As três unidades de registro mais frequentes (trabalhar no mercado privado; montar sua própria clínica; especialização) confirmam os achados da subcategoria A8, explicitam o desinteresse dos profissionais por trabalhar no setor público (apenas

uma ocorrência como unidade de registro) e reforçam o interesse pelo mercado privado, que pode ser oriundo do modelo de formação, também privatista.

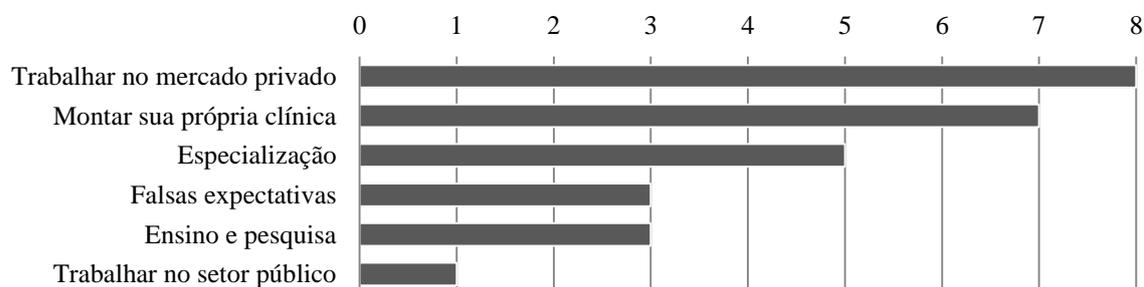


Figura 07. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A9 (Perspectivas profissionais e sonhos; n = 27)

5.2.1.4. A formação em pós-graduação dos docentes

Este item abarca as subcategorias relacionadas à formação profissional em pós-graduação dos docentes, além de elucidar as unidades de registro que exemplificam o direcionamento dos cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) para com o SUS. Constatamos, através da subcategoria A10 e representada na Figura 08, que os docentes tendem a acumular especializações, já que metade dos entrevistados possuem duas especializações.

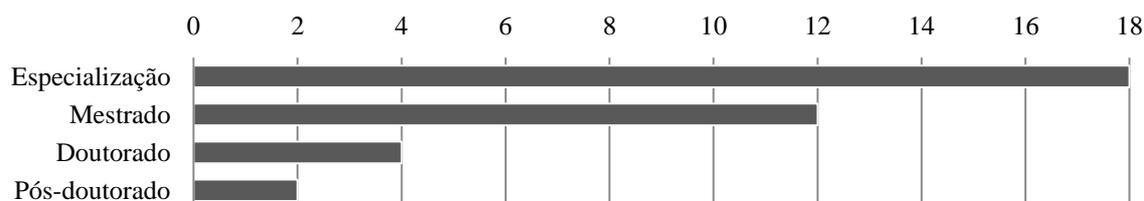


Figura 08. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A10 (Formação Profissional do Docente; n = 36)

Em relação aos motivos que levaram o profissional a se tornar um docente de Odontologia (subcategoria A11 apresentada na Figura 09), verificamos maior frequência de características relacionadas à postura profissional, à influência de um fator na graduação, à influência de outro docente, da família e do mestrado. Observamos que a especialização foi a unidade de registro que menos apareceu, o que pode caracterizar maior distanciamento do contexto ético-humanista e menor estímulo à docência.

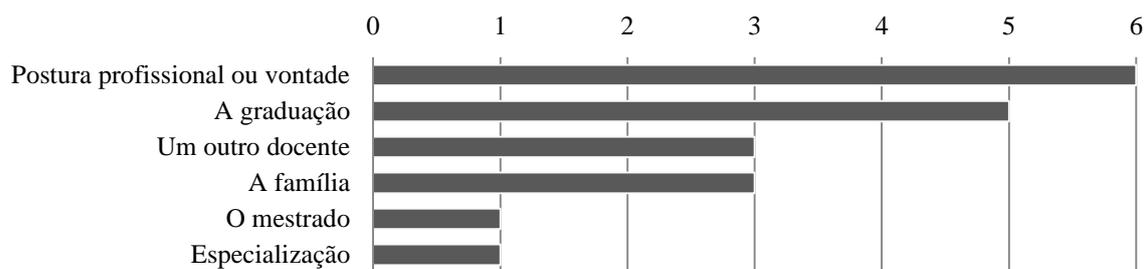


Figura 09. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A11 (Motivação para docência em Odontologia; n = 19)

Esta característica de que a especialização foi o curso de pós-graduação que menos contemplou aspectos ético-humanistas (e direcionamento para o SUS) foi confirmada através da subcategoria A12 (Figura 10). O direcionamento da especialização para o SUS, de acordo com 69,2% das ocorrências das unidades de registro, foi zero: “não tive, a minha formação foi 100% voltada para o atendimento em consultório. Até me estranhou, porque eu achei que a gente teria um pouco, mas não teve nada disso” (Participante EC4). Dois docentes relataram uma mínima relação com o SUS durante o curso de pós-graduação *latu sensu* e outros dois relataram haver o direcionamento para o SUS, porém o curso de especialização era a própria Saúde Bucal Coletiva.

Através da falta do Participante SBC2, podemos constatar que, até a própria especialização em Saúde Bucal Coletiva, não deu tanto embasamento para atuar no serviço público:

É, diferenças em termos de pós-graduação, a Saúde Coletiva realmente ela focou um pouco o SUS, o serviço público, mas não deu tanto embasamento. A própria especialização em Saúde Bucal Coletiva! Periodontia jamais falou isso! (Participante SBC2).

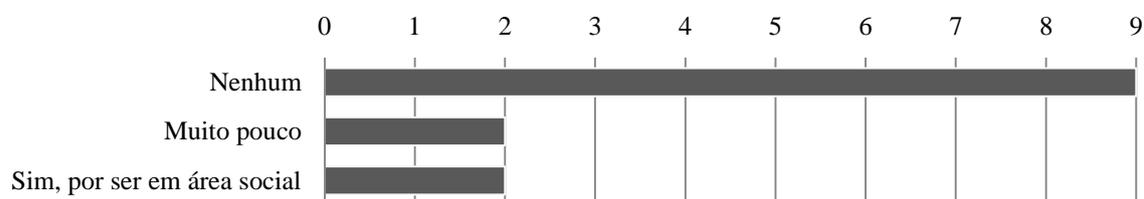


Figura 10. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria A12 (Direcionamento da especialização para o SUS; n = 13)

Quanto ao direcionamento dos cursos de pós-graduação em Odontologia *strictu sensu* (Mestrado e Doutorado), representados pelas subcategorias A13 e A14 (Figura 11), verificamos que os mesmos não se direcionam para o ensino ético-reflexivo atrelado ao contexto de formação para o SUS. Porém, quando o estudo se tratou de área social ou da Saúde Bucal Coletiva, no mestrado, houve o direcionamento do ensino para com o Sistema Público. De acordo com o Participante EC5:

Saúde Pública eu não fiz nada. Eu devo ter feito, não é nem Saúde Pública... Epidemiologia eles davam alguma também, alguma pincelada, mas não houve. Se você pegar o meu currículo, tanto de mestrado quanto doutorado, zero em Saúde Pública. Que é o viés da formação do... por exemplo, do orientador. Quem por exemplo fizer mestrado ou doutorado com o professor (...), com os professores da área de Saúde Pública, essa questão da formação com certeza vai ser bem enfatizada. É bem direcionada, é bem direcionada mesmo (Participante EC5).

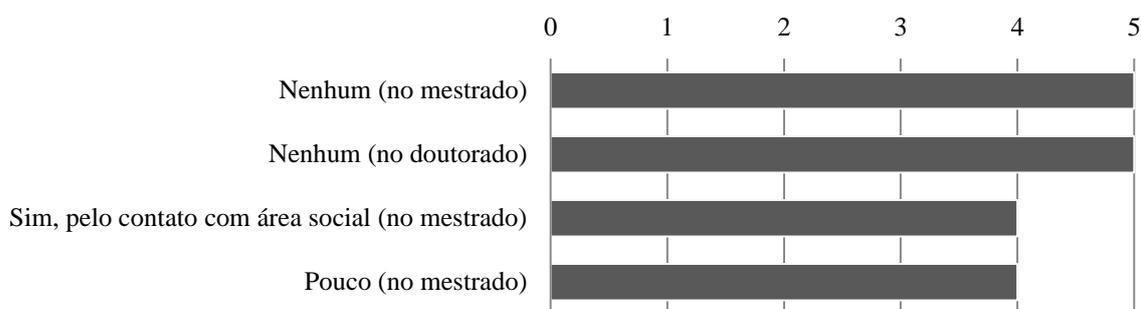


Figura 11. Frequência absoluta das Unidades de Registro das Subcategorias A13 e A14 (Direcionamento do Mestrado e Doutorado para o SUS; n = 18)

O despreparo profissional de parte dos especialistas da área técnica para com o SUS pode ser exemplificado pela fala do Participante SBC4:

A gente tem colegas da área técnica que não tem noção do que é o SUS, sabe o básico, Constituição de 88, Reforma Sanitária, sabe o básico, mas se for perguntar a fundo o que é o Brasil Sorridente, o que é o PSF, ele não sabe te responder (Participante SBC4).

5.2.2. A Odontologia no SUS (Categoria B)

A categoria B traz à tona as opiniões dos docentes sobre o papel da Odontologia no SUS (pontos positivos e negativos) e como enxergam o sistema e suas transformações.

5.2.2.1. Pontos positivos da Odontologia no SUS

Este item se refere à subcategoria B1 e suas unidades de registro estão representadas na Figura 12. Através dos achados mais frequentes, podemos inferir que os docentes percebem a ampliação da Odontologia no SUS e a maior aplicação dos princípios doutrinários do sistema. Além disso, verificamos o reconhecimento do docente de que a responsabilidade para com a Odontologia no SUS é também da categoria profissional: “está crescendo atualmente; não se existia esse lado da Odontologia dentro do SUS, era esquecido; eu acho que cabe a nossa classe estar lutando cada vez mais pela amplitude no Sistema Único de Saúde” (Participante SBC1). Os docentes também percebem mudanças na Odontologia no SUS com a aplicação do Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal). Um desafio da Odontologia no SUS, colocado pelo Participante SBC3, é a necessidade da consolidação da intersectorialidade:

A universalidade na Odontologia ela vem ser mais recente, porque nos modelos de atenção em saúde bucal a gente tinha que escolher algumas parcelas da população a atender e isso fica bem claro quando a gente faz a opção para os escolares. (...) Então a universalidade foi sendo construída. Hoje a gente tem realmente a universalidade mais concretizada na Saúde Bucal. Mais recentemente um outro princípio que foi muito mais difundido, que é o da integralidade... apesar da universalidade ter sido constituída a gente não conseguia dar uma resposta integral em todos os níveis de atenção a população. Então a gente optou pela atenção básica, fazia o que era básico, primário, mas pecava enquanto sistema de saúde a estar oferecendo ações mais especializadas. (...) E de um tempo pra cá com a Política Nacional mais estruturada, mais sistemática da Odontologia, que recebe o nome fantasia de Brasil Sorridente, a partir de 2004, isso fica mais claro. (...) Mas para mim o desafio da Odontologia hoje e futura vai ser consolidar a intersectorialidade; (...) trabalhar de uma maneira mais intersectorial no Sistema Único de Saúde (Participante SBC3).

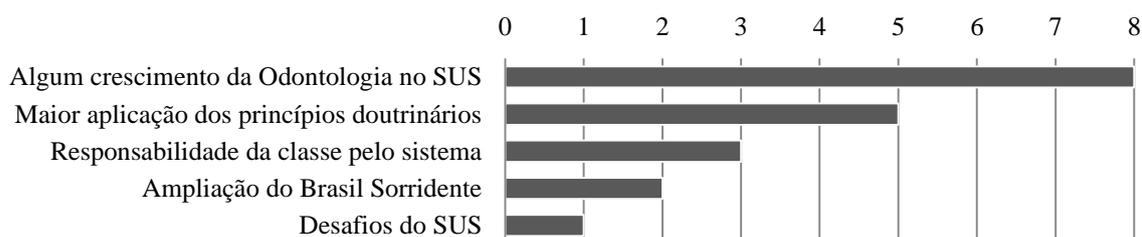


Figura 12. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria B1 (Pontos positivos da Odontologia no SUS; n = 19)

5.2.2.2. Pontos negativos da Odontologia no SUS

Aqui nos referimos à subcategoria B1, cujas unidades de registro estão representadas na Figura 13. Observamos que as unidades de registro que explicam os pontos negativos da

Odontologia no SUS mais comuns são aquelas relacionadas com os desafios estruturais do sistema, financiamento e gestão.

O que nos chama a atenção é que a unidade de registro que mais aparece (28,6%) é aquela relacionada com a formação do profissional de Odontologia. Fica evidente, através da fala do Participante EC2, a lógica da formação ineficiente e a visão que a maioria dos docentes apresenta sobre o SUS:

Eu sou um grande admirador do Sistema Único de Saúde, se ele funcionasse adequadamente, seria um projeto extremamente positivo. Mas assim, na Odontologia o grande problema que se tem, na minha opinião, para eu resumir até um pouco é o seguinte: o profissional, existe, não vou generalizar, mas os profissionais que entram para trabalhar no Serviço Público, eles não são preparados para serem servidores públicos (Participante EC2).

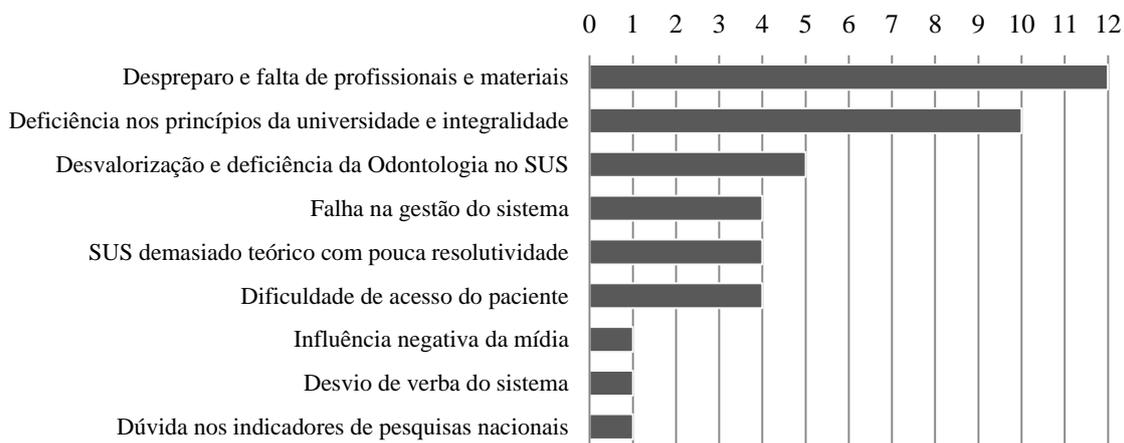


Figura 13. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria B2 (Pontos negativos da Odontologia no SUS; n = 42)

5.2.3. A formação atual do dentista (Categoria C)

Através da Categoria A, percebemos que a formação dos docentes de Odontologia foi bastante tecnicista e aos moldes do modelo flexneriano. A Categoria C visa o entendimento da formação atual do cirurgião-dentista no contexto do SUS, que está atrelada também às percepções dos docentes sobre o sistema e sofre influência daquela marcante formação flexneriana anterior (Categorias A e B).

A subcategoria C1 (Figura 14) representa as possibilidades de trabalho do futuro egresso de Odontologia no setor privado ou público. A unidade de registro que mais ocorreu foi relacionada às possibilidades de ingresso no mercado privado, e que pode ser comparada com a subcategoria

A8 (primeiras experiências profissionais dos docentes, também privatistas), caracterizando o abraçamento do sistema privado pela maior parte dos profissionais formados em Odontologia.

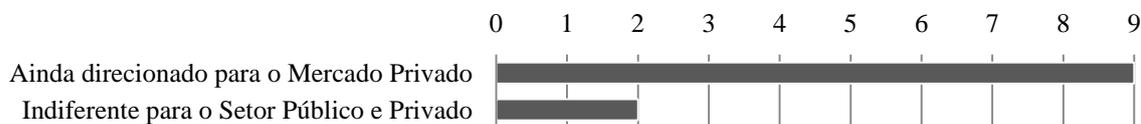


Figura 14. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C1 (Possibilidades de trabalho do egresso de Odontologia; n = 11)

A fala da Participante EC3 também reconsidera a deficiência de vagas no setor público como um dos motivos para o direcionamento profissional para o mercado privado:

Ele cai por opção, por oferta, ele cai no particular. Porque o público não tem oferta suficiente para arcar com a demanda. Se você tivesse hoje mil vagas na rede pública, você teria mil candidatos, vamos dizer, você teria mil dentistas prontos para entrar amanhã e fazer programas de ações comunitárias, e fazer o que você quisesse. Só que tem que ser uma ação voltada para os dentistas, que não existe. É muito lento, muito lento... (Participante EC3).

As características curriculares gerais dos cursos, enunciadas pelos participantes da pesquisa, estão representadas na Figura 15 e representam a subcategoria C2. Verificamos que a unidade de registro que mais se repete (27,6%) é a que representa as alterações curriculares. Esta característica denota que os cursos de Odontologia estão passando por reformas curriculares após as DCN: “foi uma mudança, (...) uma aproximação entre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o próprio SUS. Para toda a saúde foi necessário” (EC5)

Isso a gente busca lá. Isto aí está tudo na ementa: formar o crítico, reflexivo, generalista. A gente fez essas mudanças de acordo com as diretrizes curriculares. Posso dizer que o que a (Instituição) faz hoje de diferencial... trabalha com estes estudantes a nível de estágio tanto nas comunidades, como nos centros de saúde, você... começa a verificar o olhar do estudante para o SUS, ele está dentro do serviço, então ele vê na prática o que ele via no livro no terceiro ou quarto semestre. Então no oitavo semestre ele está dentro do serviço... (...) Isso é muito bom esse reflexo. E eles não sabem que poderia ser ainda melhor (Participante EC3).

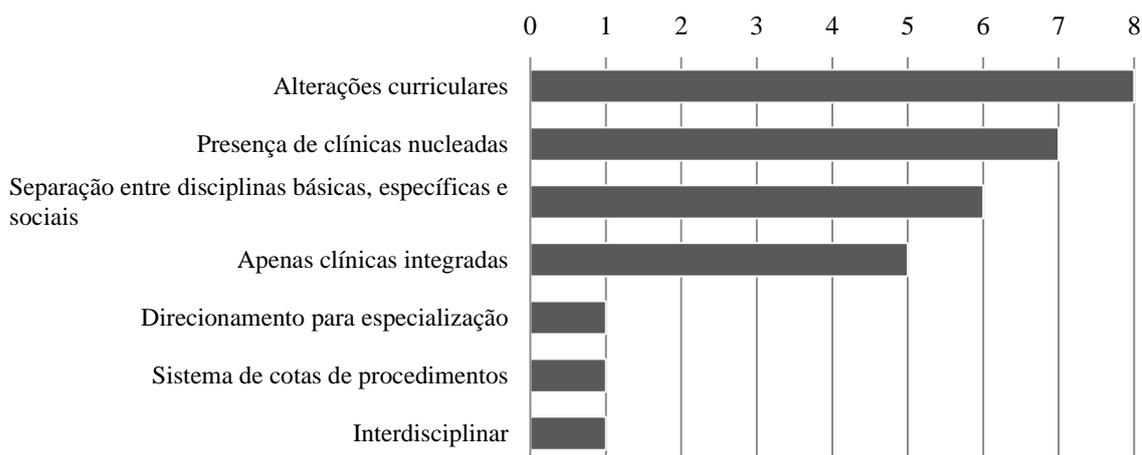


Figura 15. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C2 (Características curriculares; n = 29)

Porém, verificamos a presença de clínicas nucleadas e a separação evidente entre disciplinas básicas, específicas e sociais, o que contraria a ótica da integração curricular. Notamos, também, a presença da unidade de registro “apenas clínicas integradas”, o que pode constatar uma tendência à eliminação das clínicas nucleadas e a consolidação do tratamento odontológico sob a ótica da integralidade. Além do problema das clínicas nucleadas e da fragmentação do conhecimento, verificamos o direcionamento precoce para a especialização. O participante EC5 ainda relata que, mesmo ocorrendo mudanças curriculares, o processo é ainda muito dificultoso, pois:

Você não vai conseguir oferecer uma formação diferente para o aluno se os professores continuarem com a mesma cabeça; então é uma coisa muito complicada você tentar ofertar uma metodologia de ensino que seja mais integralizada com professores que tiveram uma formação e uma atuação durante muitos períodos de forma nucleada (Participante EC5).

Para responder o direcionamento curricular para o SUS, identificamos a subcategoria C3 (Figura 16). Das unidades de registro identificadas, verificamos que a intencionalidade para com o SUS está centrada nas Disciplinas de Saúde Bucal Coletiva e de Odontologia Social: “essa formação para o SUS é mais direcionada para a Saúde Coletiva; pelas nossas disciplinas é muito pouco. São citados, alguns momentos, mas é pontual” (Participante EC4). A necessidade da formação para o SUS não é exclusiva da Saúde Bucal Coletiva e deveria ser tratada com maior ênfase nas demais disciplinas, inclusive na Clínica Integrada. Verificamos, porém, algumas características positivas: (1) a ampliação da visão social; (2) visitas ao SUS; (3) projetos de extensão no SUS; e (4) e a participação no Pró-Saúde.

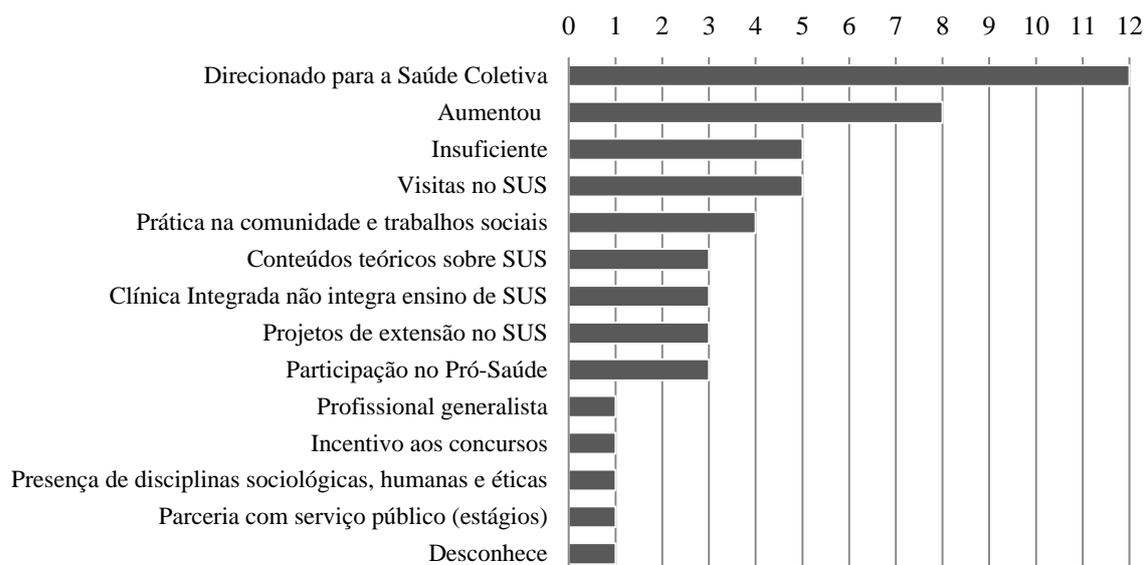


Figura 16. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C3 (Direcionamento do currículo para o SUS; n = 51)

Apesar dos conteúdos direcionados ao SUS terem aumentado, bem como a prática no próprio SUS, ainda se mostram insuficientes: “eu acho muito longe ainda de ser alguma coisa que trabalhe realmente o sujeito para ser um atendente público” (Participante EC2).

A subcategoria C4 (Figura 17) representa as unidades de registro que explicam o direcionamento das disciplinas específicas dos docentes para com o SUS. Essa subcategoria evidencia a lógica da subcategoria C3, mostrando realmente que os conteúdos sociais, incluindo aqui uma formação para o SUS, não se relacionam ou praticamente não se relacionam (57,1%) com as disciplinas das especialidades clínicas, e são direcionadas para a Saúde Bucal Coletiva e para os estágios, quando são realizados no SUS. Na voz de um professor de especialidade clínica: “ela não se relaciona (com o SUS), não se relaciona, de forma franca. (...) É como se a caixinha que eu estou, não tivesse essa responsabilidade” (Participante EC3). E de acordo com um participante da área de Saúde Bucal Coletiva: “eu acho que os professores deixam a desejar quanto à inserção de cada especialidade no SUS, na prática social. Ainda está voltado a tecnicismo, a biologismo, a ficar sempre no privado” (Participante SBC1).

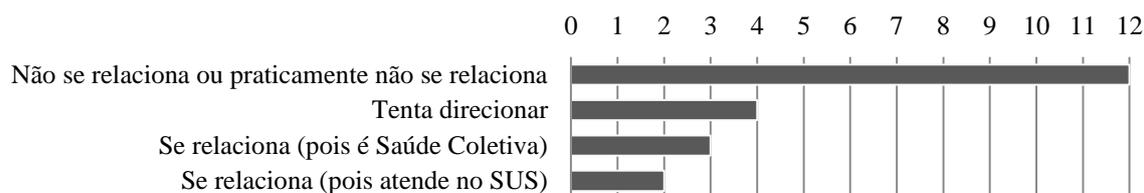


Figura 17. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C4 (Direcionamento da disciplina do docente para o SUS; n = 21)

Os professores acreditam que os alunos são preparados para atuarem no SUS (subcategoria C5; Figura 18), porém este preparo está relacionado ao próprio atendimento clínico. Exemplificamos essa característica através da fala: “Clinicamente, sim. Teoricamente, não; Conhecer o SUS, suas políticas, diretrizes, filosofias: difícil...” (Participante SBC2).

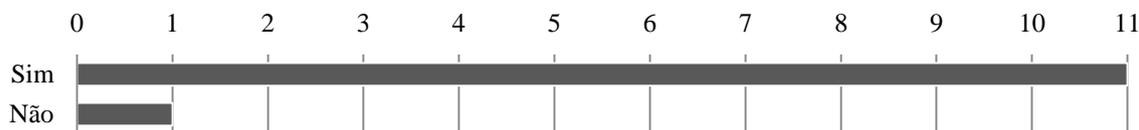


Figura 18. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C5 (Alunos preparados para atuarem no SUS; n = 12)

Em relação aos motivos para ingresso no SUS (subcategoria C6), a unidade de registro mais frequente foi “Benefícios e salário do emprego público” (Figura 19), o que demonstra que a maioria dos alunos não ingressa no SUS por uma questão de personalidade ou questão ideológica, mas em busca de melhores salários e estabilidade no emprego. De acordo com a fala de um participante: “os alunos de graduação tendem a cada vez estar mais voltados para trabalhar no serviço público, talvez pelas vantagens salariais e trabalhistas do que propriamente por uma filosofia de trabalho” (Participante EC1).

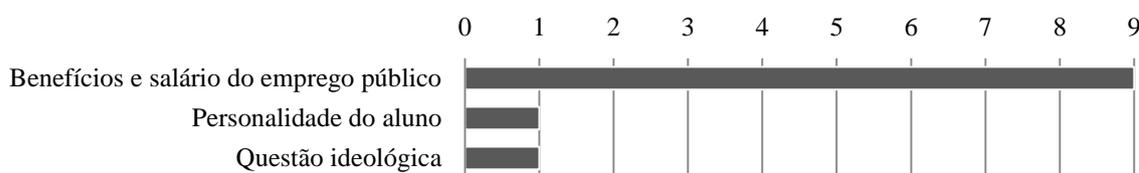


Figura 19. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C6 (Motivos para ingresso no SUS; n = 11)

Para finalizar a categoria formação, identificamos a subcategoria C7 (Figura 20), que representa o foco da formação do dentista atual. A unidade de registro que mais ocorreu foi o “Setor Privado”, confirmando os achados de uma formação ainda direcionada para o modelo flexneriano (Mendes, 1985). Porém, é interessante elucidar que, comparando os achados da formação atual (subcategoria C7) com os achados da formação dos docentes (subcategoria A6), constatamos que, na fala dos entrevistados, o direcionamento para o mercado privado parece ter diminuído (de 75% para 52,2%, no que se refere à frequência das unidades de registro), apesar desta formação manter traços marcantes do paradigma biomédico:

O foco de formação do dentista... eu acredito que ainda seja a iniciativa privada, ainda. Acredito que ainda seja. Houve uma pequena mudança, mas esta mudança ainda não foi tão intensa a ponto de mudar isso nos alunos, eu acredito que a maior parte deles ainda sai mais preparado e com mais vontade de ser um dentista da iniciativa privada (Participante EC1).

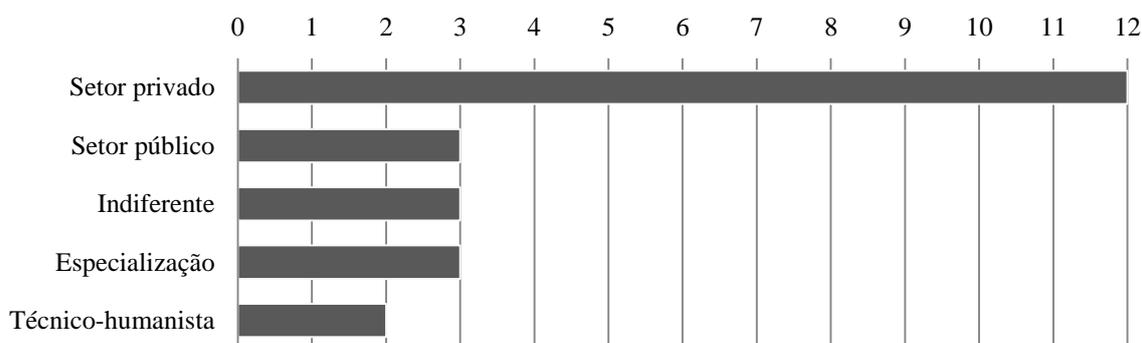


Figura 20. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria C7 (Foco da formação do dentista na graduação; n = 23)

5.2.4. Propostas de formação direcionada para o SUS (Categoria D)

Através da Categoria C, percebemos que a formação em Odontologia ainda está abarrotada de características do modelo biomédico. As tentativas de mudanças curriculares são constantes e devem existir como um processo contínuo do ensino. A Categoria D apresenta as propostas dos docentes entrevistados no intuito de ampliar a formação social, de acordo com as DCN e o SUS.

Em primeiro lugar é necessário destacar que todos os docentes se mostraram positivos em relação às suas habilidades e seu crescimento profissional diante de tais desafios de mudanças no ensino (subcategoria D3). Quanto às medidas necessárias ou alterações curriculares sugeridas para uma formação direcionada para o SUS (subcategoria D1; Figura 21), as que mais apareceram foram: (1) a inclusão e ampliação de oportunidades de estágio no SUS (a prática no serviço) e (2) a capacitação dos docentes para a realidade no SUS. A unidade de registro “ênfase nas ementas, disciplinas e especialidades” caracteriza a necessidade de ampliar a visão humanística e social também para as disciplinas básicas, as pré-clínicas e para as especialidades.



Figura 21. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria D1 (Medidas necessárias ou alterações curriculares para a formação direcionada para o SUS; n = 30)

Alguns docentes consideram não haver necessidade de maiores alterações curriculares, talvez por acreditarem que os problemas não estão na formação, mas no próprio SUS. Acreditamos que as mudanças curriculares são um processo contínuo e reiteramos a necessidade da constante avaliação.

Também nos chama a atenção, apesar de aparecer pontualmente na fala de dois participantes: (a) a necessidade de maior envolvimento político da classe odontológica, para a resolução de seus problemas; e (b) a utilização de metodologias ativas que aproximem a realidade do SUS ao ensino, pautadas na pedagogia libertadora, no pensar ético-crítico e na complexidade do pensamento.

Apesar de existir as resistências às mudanças e as dúvidas de como executá-las, a maioria dos docentes acredita que as alterações curriculares sob a ótica das DCN e do SUS são possíveis na Instituição onde trabalham (Figura 22).

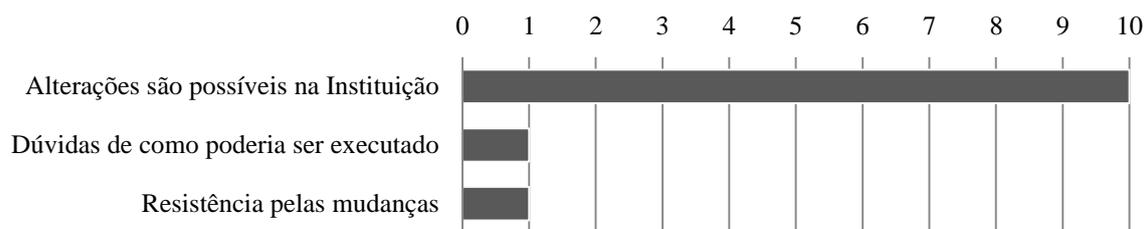


Figura 22. Frequência absoluta das Unidades de Registro da Subcategoria D2 (Credibilidade do docente para com alterações curriculares propostas na Instituição; n = 12).

6. DISCUSSÃO

Primeiramente, gostaríamos de retomar a história da Odontologia e sua profissionalização, caracterizada pela sequência de fatos históricos, políticos, culturais e pelo próprio desenvolver da Odontologia enquanto ciência, e que por se consolidar como arte-ciência, se mostra bastante tecnicada (Lucietto et al., 2007). Nesta ótica, as verbalizações dos participantes da pesquisa, referidas no capítulo anterior, encontram muitos núcleos de significação que remetem a uma formação flexneriana e a elementos da medicina científica. A formação em Odontologia ainda se mostra gritantemente mecânica, biologista, individualista, especialista e especializada nela mesma, tecnicada, curativista e clinicocêntrica, retomando Mendes (1985). Além disso, os participantes de pesquisa apontam o recuo e a separação da Odontologia para com o seu verdadeiro objeto (o homem), na ideia do abandono pelas práticas coletivas/complexas e manutenção de um forte aspecto de execução da ciência enquanto “arte dentária”, assim como teoriza Botazzo (1998).

Apesar do foco ainda flexneriano, constatamos a presença de alterações curriculares e verificamos alguns elementos do paradigma da Medicina Comunitária (Mendes, 1985): (a) o coletivismo restrito (via disciplinas de Saúde Bucal Coletiva ou Odontologia Social, quando estas disciplinas vão ao âmbito da participação social viabilizado pela Medicina Comunitária, que não vai além das questões singulares do nível local); (b) a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas (via Clínica Integrada); (c) a desconcentração de recursos (como lógica de atendimento); (d) a inclusão de práticas alternativas (via inclusão de disciplinas alternativas nos currículos); e (e) a participação comunitária (via disciplinas de Saúde Bucal Coletiva, nas ações extramuro, estágios, da aproximação com da comunidade para com a Universidade). Porém, estes elementos não estão presentes em todo o currículo, o que os caracterizam ainda como currículos tecnocentros.

Os profissionais da Odontologia sempre reforçaram a ideia, elucidada pelas unidades de registro mais frequentes da análise, de que não são formados para pensar criticamente sobre a realidade social, antropológica, histórica, econômica e política (Iyda, 1998; Zanetti, 2000). Essa formação pôde ser verificada tanto na graduação, quanto na pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) dos participantes.

Da discussão a fim de romper com os traços marcantes do paradigma da Odontologia Flexneriana, tomamos como referência a Saúde Bucal Coletiva, enquanto agente de transformação e paradigma emergente (Narvai, 2006). Os especialistas clínicos, com exceção dos ligados à Saúde Bucal Coletiva, demonstraram (através de seus discursos) não reconhecer a própria Saúde Bucal Coletiva como um núcleo de significados para a transformação; a Saúde Bucal Coletiva, para a maioria dos docentes, representa apenas um campo estruturado de práticas, muitas vezes

relacionadas a trabalhos de campo e assistencialistas. Por isso, há uma forte necessidade de ampliar a visão dos docentes para com o paradigma da Saúde (Bucal) Coletiva, no intuito de percebê-la, também, como marco conceitual (Paim, 1982, como citado em Paim & Almeida, 2000) proposto para orientar o ensino, a pesquisa e a extensão, não apenas no seu conjunto de práticas, mas no comprometimento para com as forças capazes de transformar a realidade.

É necessário quebrar a ótica do assistencialismo, e partir para um verdadeiro paradigma da Saúde Bucal Coletiva, pautado na prática no SUS, direcionado à ruptura histórica com a Odontologia Flexneriana e para a determinação de uma prática social complexa (Narvai, 2006). O próprio SUS e as DCN, pautados sob seus princípios norteadores, direcionam o Ensino de Odontologia para o encontro com as práticas de transformação.

Ainda retomando Botazzo (1998), a prática da Saúde Bucal Coletiva deve incorporar o social, mas não apenas como variável adicional, mas dentro do campo estruturado de práticas (que é o campo da saúde como um todo) no qual a doença adquire significado. Nesse sentido, as disciplinas sociais e em especial a Saúde Bucal Coletiva, devem ganhar força e significado no intuito de consolidar transformações plenas no currículo e no campo de práticas do próprio ensino.

Durante a análise do currículo pleno das Instituições (grades curriculares e planos de ensino), tomamos como preceito a concepção de um currículo pautado na cultura, nas questões ideológicas e nas relações de poder (Silva, 1996). Por verificarmos a presença marcante de elementos flexnerianos, fortemente enraizados nas bases curriculares, verificamos, à luz das teorias curriculares e retomando Silva (2010), que os currículos de Odontologia apresentaram-se intensamente ligados às teorias tradicionais de currículo, cujos elementos marcantes são o ensino, a aprendizagem, a avaliação, a metodologia, a didática, a organização, o planejamento, a eficiência e os objetos intrínsecos. A lógica curricular (expressa nas grades, planos de ensino e na fala dos participantes) mostrou-se direcionada à mecânica do currículo, o que caracteriza ainda mais a presença marcante de elementos dos currículos tradicionais.

Quando nos referimos à Saúde Bucal Coletiva, que se mantém como objeto curricular central de direcionamento para com as questões sociais, e quando verificamos as demais disciplinas, isentas desse caráter (apesar de pincelarem algumas questões ético-humanísticas), percebemos a necessidade de se consolidar no currículo de Odontologia uma vontade transformadora e libertadora, através dos elementos das teorias críticas do currículo, citados por Silva (2010): ideologia, reprodução cultural e social, poder, classe social, capitalismo, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto e resistência. Para além das teorias críticas, o currículo de Odontologia também deve incorporar a lógica das teorias pós-críticas, cujas questões são identidade, alteridade, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, cultura, gênero, raça, etnia, sexualidade e multiculturalismo.

Retomando Gohn (1992), no contexto dos currículos de Odontologia que estudamos, marcados por características curriculares tradicionais, verificamos o forte caráter da formação para o perfil do mercado privado, ou seja, para a produção de mercadorias para o trabalho e o deslocamento da cidadania para a relação de poder. Em nosso referencial teórico, reforçamos a importância da consolidação da educação transformadora e libertadora de Freire (1996) e a sua aplicação prática aos currículos de Odontologia atuais, no intuito de romper com o ensino fragmentado e isolado da Odontologia. Sob a mesma ótica, temos o pensamento de Gramsci (vide Mochcovitch, 1988) que nos faz reafirmar a necessidade da mobilização e a formação de intelectuais orgânicos da saúde, e em especial, para a transformação e ação para com a Odontologia.

Os currículos fragmentados que encontramos, com pouca integração entre disciplinas e direcionados para a técnica, precisam reestruturar-se a ponto de reforçar a integralização. A Clínica Integrada, que é apresentada em todos os cursos estudados sob a fala dos participantes, apresenta a ideia da integração entre especialidades odontológicas, nega a separação do paciente e reafirma a necessidade do entendimento do modelo biopsicossocial; porém, o paradigma emergente da Saúde Bucal Coletiva, centrado na transformação e na ampliação crítica e também pautado no núcleo do “bom senso” (Gramsci), ainda não se apresenta nos cursos de Odontologia. As características curriculares flexnerianas (representadas pela superespecialização, o despedaçamento do saber e a visão de como a própria Odontologia acaba separando as disciplinas sem reunir e integrar numa problematização e contextualização) devem ser suprimidas e supridas por uma ótica mais coletiva e complexa. O pensamento complexo de Morin (1990) deve atuar como base para reaproximar as concepções humanas (sociais, antropológicas e culturais) do modo de formação do cirurgião-dentista tradicional, a fim de convergir para uma formação libertadora e coletiva.

Precisamos de intelectuais orgânicos na Odontologia (veja Gramsci), de dentistas formados para a transformação e capazes de pensar sobre a sua realidade social e libertarem a si mesmos e aos outros (veja Freire) e, para isso, necessitamos, no Ensino de Odontologia, pensar o complexo, a fim de reconstruir a tessitura dos elos perdidos nessa ótica do capitalismo tardio (veja Morin). O currículo, agora e assumindo um caráter das teorias críticas e pós-críticas, se destina a consolidar: a intelectualidade orgânica, a transformação social e a liberdade, pautadas num pensar sob a ótica da complexidade.

Vale a pena salientar que abordamos, no nosso marco teórico, alguns estudos que constataram, também, uma formação odontológica direcionada para o mercado privado (Lazzarin et al., 2007; Lazzarin et al., 2010; Lemos & Fonseca, 2009; Pinheiro et al., 2009; Reis & Cicillini, 2011; Secco & Pereira, 2004; Toassi et al., 2012).

Retomamos o estudo de Matos e Tenório (2009), que analisou a intenção dos professores de trabalharem a questão ético-humanística em 113 programas de dois cursos de Odontologia (um privado e outro público), no estado da Bahia. Os autores encontraram em 38,1% dos documentos analisados esta dimensão ético-humanística. O nosso achado (de 36,4%) revela grande proximidade com este estudo, o que indica um suposto padrão curricular da Odontologia, onde as questões sociais são direcionadas apenas às disciplinas de mesma intencionalidade: a Saúde Bucal Coletiva, as disciplinas humanas e em algumas disciplinas clínicas. Os autores também encontraram menor enfoque ético-humanístico nos planos de ensino das disciplinas básicas e pré-clínicas, o que reforça os achados da nossa análise documental.

Toassi et al. (2012) encontraram quatro categorias de análise que podem ser comparadas ao nosso estudo. Assim como os autores, verificamos: uma boa intencionalidade para com as reformas curriculares (além da presença maciça das mesmas nos currículos); certa dificuldade dos professores para adaptação à inovação; uma tendência de volta a fragmentação; e a reafirmação de que a reforma é um processo contínuo. Acreditamos num SUS em construção, e assim, o ensino pautado no SUS também deve ser pensado como um processo que não cessa, mas que se renova.

Concordamos com Secco e Pereira (2004) que afirmaram que nas escolas particulares o processo de transformação curricular ocorre de maneira mais rápida do que nas escolas públicas. Essa lógica estava contida na fala dos participantes e a última faculdade a programar, realmente, mudanças curriculares, pautadas nas DCN, foi a pública. Questionamos este processo e acreditamos que a universidade pública, por se constituir como objeto de controle do próprio Estado e receber verba pública, deveria assumir sua responsabilidade maior para com a formação de agentes públicos para a ação no próprio ambiente público, que no caso concreto é o SUS.

Encontramos dados semelhantes também ao estudo de Lazzarin et al. (2007), que verificaram o foco de formação de profissionais para o mercado privado e a presença de um currículo tradicional com estratégias de ensino e avaliação também tradicionais (via planos de ensino).

Encontramos, também, resultados semelhantes ao estudo subsequente de Lazzarin et al. (2010), que enunciaram que os cursos de Mestrado e Doutorado são os únicos que ofertam uma formação didática para os profissionais da Odontologia e que não são suficientes para o exercício da profissão de educador. Em nosso estudo, verificamos uma formação mais social em Mestrado e Doutorado apenas para os participantes que fizeram pós-graduações nas áreas de Saúde Bucal Coletiva e Bioética.

Encontramos as quatro lógicas norteadoras da pesquisa de Lemos e Fonseca (2009) no nosso estudo: de integração, de fragmentação, de profissionalização e de mercado. Além disso, notamos um peso muito maior para as três últimas, que direcionam o currículo o flexnerianismo. A

ótica da integração é a única que tenta romper com as demais lógicas, que ainda dominam os currículos, apesar das tentativas de reestruturação do ensino via DCN para os cursos de Odontologia.

Como mostramos no capítulo anterior, o interesse por Odontologia parece estar centrado precocemente na lógica do mercado. Além disso, verificamos, através das falas dos participantes, que os principais motivos que levam o egresso a se interessar pelo SUS são os benefícios salariais do emprego público e a estabilidade. Estes achados são condizentes com os de Lazeris et al. (2007), que afirmam ser a estabilidade salarial o principal motivo para o exercício profissional no contexto do serviço público (97,4%).

Podemos concluir que essa formação, apontada para o mercado (Morita et al., 2007), deve incorporar o SUS (como reitera as DCN) como aporte teórico-prático e guia para sanitização e desflexnerização da Odontologia, como concordam os autores relatados (Almeida et al., 2010; Carvalho & Ceccim, 2006; Diógenes et al., 2009; Morita & Kriger, 2003; Morita et al., 2007; Moysés, 2003; Santos et al., 2006).

A fim de romper com este modelo hegemônico, reforçamos as propostas de Mendes (1986), que postula a necessidade de um projeto pedagógico inovado e de Zanetti (2006), que relata a necessidade de desafios reservados a irromper com a ruptura epistemológica de alienação e do reducionismo odontológico (ver referencial teórico). Os participantes da pesquisa, especialistas clínicos, não perceberam esta lógica, que ficou direcionada para os profissionais da Saúde Bucal Coletiva. Reiteramos a necessidade de reaproximação da Saúde Bucal Coletiva para com as especialidades clínicas odontológicas.

Um detalhe importante do *corpus* que compõe a fala dos docentes é que reconhecem o SUS como importante ambiente de práticas formativas e concordam com a integração ensino-serviço. Verificamos unidades de registro relativas a estágios no SUS, a prática no serviço e ao Pró-Saúde e que confirmam a necessidade desse cenário de práticas e lócus de aprendizagem para permear os processos de ensino-aprendizagem integrados ao SUS.

Verificamos, através dos relatos dos docentes, de uma das quatro Instituições, que contempla o Pró-Saúde no curso de Odontologia, os mesmos achados da experiência relatada por Palmier et al. (2010), que afirmaram que o Pró-Saúde potencializou os esforços para com as DCN, a integração ensino-serviço e para superar a ação centrada no profissional. Estes achados vão ao encontro com a ideia de educação permanente, relatada por Ceccim e Feuerwerker (2004), onde o SUS deve ser posicionado com um interlocutor da formação profissional das instituições formadoras e não apenas como mais um local ou cenário de práticas. O SUS deve ser visto como um lócus de aprendizagem.

Como propostas finais, que também percorrem a discussão pelo qual perpassa nossos achados, temos a necessidade da ampliação e criação de disciplinas que contextualizem o SUS, as DCN, a educação permanente e as metodologias ativas de ensino, além de aspectos formativos, nos cursos de Mestrado e Doutorado em Odontologia. Carvalho et al. (2010) propõe a criação da disciplina obrigatória de “Docência crítica no contexto de Odontologia”. Concordamos com os autores, já que nossos dados apontaram uma formação precária neste contexto quando o curso de Mestrado e/ou Doutorado não se configurou como Saúde Bucal Coletiva ou área social.

Freitas et al. (2012) sugeriram a ampliação da disciplina de Saúde Bucal Coletiva nos currículos de Odontologia, no intuito de formar um profissional com um perfil mais sanitarista ante a formação de um especialista. Verificamos esta necessidade também nos currículos estudados por se mostrarem ainda privatistas. Porém, é necessário salientar que para além das reestruturações curriculares, é importante preparar os docentes para as alterações curriculares. Como vimos, a maioria dos docentes teve uma formação flexneriana e não compreende bem as questões mais sensíveis associadas com a realidade social no campo da Odontologia.

Salientamos a necessidade de lançar mão de metodologias ativas de ensino que possam conduzir e aproximar a Odontologia da realidade social e do SUS. Em todo o nosso estudo, verificamos em apenas um momento o relato da importância das metodologias ativas para com a Odontologia, no intuito de realizar esta aproximação.

O PBL, não implantado em nenhuma das instituições estudadas, apesar de não corresponder conceitualmente como uma metodologia ativa, é capaz de integrar o currículo e orientá-lo para a resolução de problemas básicos, clínicos e sociais, sem perder de vista as questões ético-humanísticas do currículo. Porém, reiteramos a necessidade de mais estudos que possam contemplar as metodologias ativas, o PBL e verificar a sua eficiência, também, para com a aproximação dos currículos de Odontologia ao SUS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante dizer que durante as entrevistas alguns docentes não entenderam o porquê do título desse trabalho, especialmente no que se refere à expressão “a formação do cirurgião-dentista no contexto do SUS”. Alguns indagaram não reconhecer a necessidade desse tipo de formação odontológica, alegando que formar para o SUS possivelmente feriria a ótica da possibilidade do trabalho no mercado privado, por ser a Odontologia uma profissão técnica: “é como dirigir, se você não aprende a colocar a primeira, segunda e terceira, você não vai dirigir, por mais gente boa que você seja” (Participante SBC4).

É importante reiterar que essa formação para o SUS não tem por fundamento quebrar a ótica das especialidades ou dos procedimentos técnicos odontológicos. Primeiro, porque praticamos a Odontologia em um país que demanda alta taxa de procedimentos mecânicos odontológicos a fim de sanar uma série de problemas bucais pré-estabelecidos; segundo, porque o SUS também enxerga a necessidade das práticas especializadas em seus diferentes níveis de atenção.

Porém, há uma grande barreira entre a Odontologia de Mercado e a Odontologia do SUS. A primeira, forte, consolidada, abarrotada de profissionais, se alimenta do paciente que, por sua vez, a procura para o saneamento de condições patológicas já estabelecidas, e o faz quando permuta um valor financeiro por sua saúde. A segunda, fraca, ainda em consolidação, democrática, universal, objetiva garantir o direito, formar, educar, diminuir os índices epidemiológicos das doenças bucais e direcionar as suas ações para a coletividade.

A formação para o SUS é, sobretudo, uma formação humana e que deve/pode ser aplicada, também, na esfera privada, quando pensamos em um dentista crítico, reflexivo, ético e humano e que entenda a lógica complexa do nosso sistema de saúde. Mesmo centrado em um nicho de trabalho diferente do SUS, o profissional deve ater que o privado é também parte do “contexto”, porque é complementar ao próprio SUS.

Não é possível romper totalmente com a lógica da Odontologia Privatista, não em um mundo também privatista e capitalizado. Porém e para além dessa lógica, é fundamental pensarmos na transformação paradigmática da Odontologia e na utopia, a fim de consolidar as práticas que “virão a ser”! Esse “vir a ser” é um processo lento, contínuo que não pode ser esquecido, e que é representado pelo rompimento gradual para com as características danosas (flexnerianas) da própria Odontologia.

Nesse intuito, conseguimos concretizar os objetivos de pesquisa, já que pudemos conhecer o ensino de Odontologia no contexto do SUS no Distrito Federal, através da análise curricular e das entrevistas com os agentes que conduzem esse ensino (os docentes). Conseguimos

perceber o caráter marcante e predominante do modelo flexneriano nos currículos odontológicos, apesar da existência de transformações curriculares que mudaram a ótica destes currículos.

Respondendo aos nossos objetivos de pesquisa, chegamos às principais conclusões sobre os currículos de Odontologia das quatro instituições estudadas:

(1) Apresentam um “currículo oculto” que direciona a formação para o âmbito privatista, apesar da existência de disciplinas sociais e da tentativa de incorporar, cada vez mais, as DCN e o SUS na formação.

(2) Os conteúdos ético-humanísticos estão direcionados a disciplinas humanas e sociais e para a Saúde Bucal Coletiva, que representam um baixo percentual de disciplinas (média de 14,2% entre as instituições estudadas).

(3) Apresentam uma clara dissociação entre as disciplinas básicas e profissionalizantes, com pequena integração.

(4) Pouco envolvimento das especialidades clínicas e práticas com os conteúdos sociais.

(5) Os professores, formados sob uma ótica flexneriana, parecem manter essa característica de formação (foco curricular privatista).

(6) Elementos da Odontologia Flexneriana ainda enraizados no currículo, que se mostra tradicional e pouco crítico.

(7) Professores formados em pós-graduação que não abrangeu suficientemente os conteúdos sociais, com exceção das pós-graduações em área social.

Elucidamos que a avaliação curricular se faz necessária como instrumento contínuo à prática da reforma da reforma. Estamos longe de conquistar a “máxima” de uma Odontologia ideal e de uma formação pautada completamente nas DCN e no SUS, mas não podemos fechar os olhos diante de tamanha responsabilidade. Para além deste estudo, julgamos necessário a concretização de novos estudos de avaliação curricular e de reavaliação, após a implementação de reformas curriculares e da reforma dos educadores. Reafirmamos a necessidade da educação permanente e das metodologias ativas de ensino para a transformação do ensino de Odontologia.

Como afirma Edgar Morin, citando Marx: “qualquer reforma do ensino e da educação, deve começar, antes de mais nada, com a reforma dos educadores”. Mas é preciso deixar claro que quem educa são as práticas sociais. O SUS deve ser enxergado como um lócus de aprendizagem e, portanto, não cabe apenas à Universidade ser o único ambiente formador. Reforçamos a indissociabilidade entre o ensino, pesquisa e extensão e a necessidade da interação ensino-serviço

para a consolidação da educação através das práticas sociais. Os professores flexnerianos, inclusive, merecem uma nova oportunidade de formação na própria rede (no serviço).

Por fim, só há de que se dizer que existe uma Odontologia caminhando para a reforma, para além do real, para a utopia, para o realmente real... Só é preciso, sobretudo, fazer e acreditar!

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. B., Alves, M. S., & Leite, I. C. G. (2010). Reflexões sobre os desafios da Odontologia no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS, 13*(1), 126-132.
- Aranes, A. C. C., Pinto, R. S., Ramos, T. C. V., & Palmier, A. C. (2009). Estágio supervisionado: qual a sua contribuição para a formação do cirurgião-dentista de acordo com as diretrizes curriculares nacionais? *Rev. APS, 12*(2), 150-160.
- Araújo, I. C., & Araújo, M. V. A. O ensino odontológico e a sua trajetória no cenário nacional e internacional: a disciplina de clínica integrada no Brasil. [Seminário apresentado à disciplina de Metodologia do Ensino em Clínica Integrada. Mestrado Interinstitucional em Odontologia]. Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.
- Arouca, R., Rego, S. T. A., & Machado, M. H. (2008). O papel da escola na educação moral de estudantes de Odontologia. *Rev. Bras. Odontol., 65*(2), 211-215.
- Baltazar, M. M. M., Moysés, S. M., & Bastos, C. C. B. C. (2010). Profissão, docente de Odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. *Trab. Educ. Saúde, 8*(2), 285-303.
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Botazzo, C. (1998). *Da arte dentária: um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas*. Tese de doutorado, Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Botazzo, C. (2006). Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência e Saúde Coletiva, 11*(1), 7-17.
- Botazzo, C. (2008). A cárie dentária como fetiche. Primeiras notas. In C. Botazzo. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF.
- Brasil (1990). *Lei nº 8080 – 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF.
- Brasil (1994). Ministério da Educação e do Desporto. *Padrão médio de um curso de Odontologia*. Brasília: MEC/SESu.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. *Portaria nº 267 de 06 de março de 2001*. Dispõe sobre a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde na Família. Brasília.
- Brasil (2002). Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES de 19 de fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, DF.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília.

- Brasil (2010). Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Edital nº 24/2010*. Pró-Ensino na Saúde. Brasília.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: Resultados principais*. Brasília.
- Brasil (2013). *Conselho Federal de Odontologia*. Dados estatísticos. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>. Acesso em julho de 2013.
- Carvalho, C. L. (2003). *Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da Odontologia Brasileira*. Tese de doutorado, Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Carvalho, R. B., Costa, T. B. C., Gomes, M. J., Santos, K. T., & Guerra, S. M. G. (2010). Formação docente em odontologia no Brasil: sugestões de mudanças após as diretrizes curriculares nacionais. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 12(4), 39-44.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2006). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In Sousa, G. W., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond, M., Jr., & Carvalho, Y. M. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC, Fiocruz.
- Casotti, E. (2009). *Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino*. Tese de doutorado, Educação em Ciências e Saúde, Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Cavalheiro, M. T. P., & Guimarães, A. L. C. (2011). Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Caderno FNEPAS*, 1(N Esp), 19-27.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Cordón, J. (1998). Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. *Ação Coletiva*, 1(1), 7-26.
- Costa, S. M., Bonan, P. R. F., Abreu, M. H. N. G., & Durães, S. J. A. (2008). Representação social da Odontologia: uma abordagem qualitativa junto aos graduandos da Unimontes. *Rev. Odonto Ciênc.*, 23(3), 238-242.
- DePaola, D. P., & Slavkin, H. C. (2004). Reforming Dental Health Professions Education: A White Paper. *Journal of Dental Education*, 68(11), 1139-1150.
- Diógenes, V. C. N., Souza, G. C. A., Emiliano, G. B. G., Lima, J. F., Jr., & Suliano, A. A. (2009). Teaching-learning process in times of the Unified Health System (SUS): training of faculty and dental surgeons in Brazil. *Rev. Odonto Ciênc.*, 25(1), 92-96.
- Fernandes, A. J., Neto. (2002). A evolução dos cursos de Odontologia no Brasil. *Revista da ABENO*, 2(1), 55-56.
- Fincham, A. G., & Shuler, C. F. (2001). The changing face of dental education: the impact of PBL. *Journal of Dental Education*, 65(5), 406-421.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, E. P. (2012). As diretrizes curriculares nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. *J Manag Prim Health Care*, 3(2), 158-178.

- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freitas, S. F. T., Calvo, M. C. M., & Lacerda, J. T. (2012). Saúde Coletiva e novas Diretrizes Curriculares em Odontologia: uma proposta para graduação. *Trab. Educ. Saúde*, 10(2), 223-234.
- Freitas, S. F. T., Kovaleski, D. F., & Boing, A. F. (2004). Desenvolvimento moral em formandos de um curso de odontologia: uma avaliação construtivista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 453-462.
- Freitas, V. P., Carvalho, R. B., Gomes, M. J., Figueiredo, M. C., & Faustino-Silva, D. D. (2009). Mudança no processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. *RFO*, 14(2), 163-167.
- Gohn, M. G. (1992). *Movimentos Sociais e Educação*. São Paulo: Cortez.
- González-Rey, F. (2011). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios*. São Paulo: Cengage Learning.
- Grazziotin-Soares, R., Reichert, L. A., Busato, A. L. S., Mattos, A. P., Barbosa, A. N., & Fontanella, V. R. C. (2011). The evaluation of higher dental education in Brazil: A cross-sectional study. *Rev. Odonto Ciênc.*, 26(2), 121-125.
- Iyda, M. (1998). Saúde bucal: uma prática social. In C. Botazzo & S. F. T. de Freitas (Orgs.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo - Bauru: UNESP - EDUSC.
- Kovaleski, D. F., Freitas, S. F. T., & Botazzo, C. (2006). Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 97-103.
- Lazeris, A. M., Calvo, M. C. M., & Regis, G. I., Filho (2007). A formação de recursos humanos em Odontologia e as exigências do setor público – uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. *Revista Odonto Ciência*, 22(56), 166-176.
- Lazzarin, H. C., Nakama, L., & Cordoni, L., Jr. (2007). O papel do professor na percepção dos alunos de Odontologia. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 90-101.
- Lazzarin, H. C., Nakama, L., & Cordoni, L., Jr. (2010). Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.1), 1801-1810.
- Lemos, C. L. S., & Fonseca, S. G. (2009). Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 13(28), 57-69.
- Lucena, E. H. G., Pucca, G. A., Júnior, & Sousa, M. F. (2011). A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 5(3), 53-63.
- Lucietto, D. A., Zardin, N. R., Pretto, S. M., & Slavutzky, S. M. B. (2007). Revisitando as origens da ‘Arte Dentária’: o processo histórico e o modelo hegemônico de prática odontológica em análise. *Revista Fac. Odontol. Porto Alegre*, 48(1/3), 61-68.

- Maltagliati, L. A., Goldenberg, P. (2007). Reforma curricular e pesquisa na graduação em Odontologia: uma história em construção. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 14(4), 1329-1340.
- Marsiglia, R. M. G. (1998). Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In C. Botazzo & S. F. T. de Freitas (Orgs.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo - Bauru: UNESP - EDUSC.
- Matos, M. S., & Tenório, R. M. (2009). Avaliação como instrumento de aperfeiçoamento em Odontologia. In Lordêlo, J. A. C., & Dazzani, M. V. (Orgs.) *Avaliação educacional: desatando e reatando nós*. Salvador: EDUFBA.
- McNeil, J. (2001). *O currículo reconstrucionista social*. Trad. de Santos Filho, J. C. Campinas.
- Mendes, E. V. (1985). *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte: Fundação Mariana Resende Costa.
- Mendes, E. V. (1986). A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(4), 533-552.
- Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Mendes, E. V. (Org.). (1994). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (2a ed.). São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12a ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Mochcovitch, L. G. (1988). *Gramsci e a escola*. São Paulo: Ática S.A.
- Moraes, M. C. (2010). Complexidade e currículo: por uma nova relação. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(25), 289-311.
- Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (2003). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morita, M. C., & Kriger, L. (2003). Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, 4(1), 17-21.
- Morita, M. C., Kriger, L., Perri de Carvalho, A. C., & Haddad, A. C. (2007). Implantação das diretrizes curriculares nacionais em Odontologia. Maringá: Dental Press.
- Moysés, S. J. (2003). Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO*, 4(1), 30-37.
- Narvai, P. C. (2006). Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Ver Saúde Pública*, 40(N Esp), 141-147.
- Paim, J. S. (2009). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, 33(81), 27-37.
- Paim, J. S., & Almeida, N., Filho. (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora.

- Palmier, A. C., Amaral, J. H. L., Werneck, M. A. F., Senna, M. I. B., & Lucas, S. D. (2010). Inserção do aluno de Odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1, supl. 2), 152-157.
- Pereira, W. (2012). Uma história da Odontologia no Brasil. *História e Perspectivas*, 47(N Esp), 147-173.
- Perri de Carvalho, A. C. (1996). Formação do cirurgião-dentista: ensino e profissionalização [Documento de Trabalho]. *Núcleo de pesquisas sobre Ensino Superior*. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Pinheiro, F. M. C., Nóbrega-Therrien, S. M., Almeida, M. E. L., & Almeida, M. I. (2009). A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *RGO*, 57(1), 99-106.
- Queiroz, M. G. (2006). *O ensino da Odontologia no Brasil: concepções e agentes*. Tese de doutorado, Educação, Faculdade de Educação da UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
- Queiroz, M. G., & Dourado, L. F. (2009). O ensino da odontologia no Brasil: uma leitura com base nas recomendações e nos encontros internacionais da década de 1960. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 16(4), 1011-1026.
- Reis, S. M. A. S., & Cicillini, G. A. (2011). Práticas docentes no ensino odontológico: aproximações e distanciamentos das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 6(2), 1-15.
- Ring, M. E. (1998). *História ilustrada da Odontologia*. São Paulo: Manole.
- Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Chiaratto, R. A., & Tiano, A. V. P. (2008). A utilização da metodologia PBL em Odontologia: descortinando novas possibilidades ao processo ensino-aprendizagem. *Rev. Odonto Ciênc.*, 23(4), 392-396.
- Sanchez, H. F., Drumond, M. M., & Vilaça, E. L. (2008). Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 523-531.
- Santos, A. M., Rodrigues, A. A. A. O., Suzuki, C. L. S., Magalhães, D. C., Brandão, P. T. J., Batista, R. L., & Fróes, T. C. (2006). Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança. *Rev. Saúde Com.*, 2(2), 169-182.
- Secco, L. G., & Pereira, M. L. T. (2004). Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 113-120.
- Silva, T. T. (1996). *Identidades terminais: as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política*. Petrópolis: Vozes.
- Silva, T. T. (2010). *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo* (3ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Silveira, J. L. G. C. (2004). Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 4(2), 151-156.
- Spinelli, S. P. (1998). Universidade e Sociedade. In C. Botazzo & S. F. T. de Freitas (Orgs.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo - Bauru: UNESP - EDUSC.

- Souza, T. A. C., Ramos, M. C. T., Franco, J. F., Moura, R. C., Moita, M. M. B., Vilela, L. G., Nunes, G. P. L., Chupel, M. C. S., Barbosa, C. B., Junqueira, L. G., Stypulkowski, R. P., & Silva, R. C. V. (2011). Grupo Tutorial em Saúde Bucal: a experiência em atenção primária no Centro de Saúde do Itapoã-DF. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 5(3), 141-150.
- Toassi, R. F. C., Stobäus, C. D., Mosquera, J. J. M., & Moysés, S. J. (2012). Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 16(41), 529-542.
- Warmling, C. M. (2009). *Da autonomia da boca: um estudo da constituição do ensino da Odontologia no Brasil*. Tese de doutorado, Educação, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Zanetti, C. H. G. (2000). A crise e a perda da sustentabilidade da Odontologia brasileira: perspectivas para uma Agenda 21 da Saúde Bucal [Anteprojeto de tese]. Brasília.
- Zanetti, C. H. G. (2006). A formação do Cirurgião Dentista : primeira parte: considerações epistemológicas e hermenêuticas; segunda parte: Saúde da Família – mudança na formação e atenção integral à saúde. In Dias, A. A. *Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Santos.

ANEXOS

Anexo A. Termos de consentimento de coparticipação das Instituições.

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia



TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A **Universidade de Brasília – UnB – Departamento de Odontologia** está ciente de suas responsabilidades como instituição participante do projeto de pesquisa "**A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do ensino de Odontologia**" (Pesquisador pós-graduando Guilherme Máximo Xavier, sob orientação do Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior) e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente – Universidade de Brasília.

Prof. Carlos Gramani Guedes
Chefe
Departamento de Odontologia-FSIUnB

Prof. Dr. Carlos Gramani Guedes
Chefe do Departamento de Odontologia
Universidade de Brasília

Brasília, 21 de novembro de 2011



TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

A Universidade Católica de Brasília – UCB está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa “**A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do ensino de Odontologia**” (Pesquisador pós-graduando Guilherme Máximo Xavier, sob orientação do Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior) e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

Prof. Dr. Daniel Rey de Carvalho

Curso de Odontologia – Universidade Católica de Brasília

Distrito Federal
Curso de Odontologia
UCB-UBFC

Brasília, 14 de setembro de 2011



UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL

FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL - FACIPLAC
Aprovadas pela Portaria SESu/MEC Nº 368/2008 de 19/05/2008 (DOU 20/05/2008)

faciplac

TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

As Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central - FACIPLAC está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa "A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do ensino de Odontologia" (Pesquisador pós-graduando Guilherme Máximo Xavier, sob orientação do Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior) e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

Prof. Ms. Antonio Luis Tognoli
Coordenador - Odontologia
FACIPLAC

Antonio Luis Tognoli

Prof. MsC. Antonio Luis Tognoli
Coordenador do Curso de Odontologia
FACIPLAC

Brasília, 16 de setembro de 2011



TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

A Universidade Paulista - UNIP está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa "A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do ensino de Odontologia" (Pesquisador pós-graduando Guilherme Máximo Xavier, sob orientação do Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior) e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

Prof. Dr. Cláudio Maranhão Pereira
Coordenador do Curso de Odontologia
UNIP Brasília

Prof. Dr. Claudio Maranhão Pereira
Coordenador do Curso de Odontologia-UNIP

Brasília, 20 de setembro de 2011

Anexo B. Roteiro das entrevistas.

ROTEIRO DA ENTREVISTA

A) Questões abertas iniciais (A formação do professor de Odontologia)

- 1) Como você se interessou pelo curso de graduação em Odontologia?
- 2) Como foi a sua formação na graduação? O que você destaca em termos de conteúdos e experiências?
- 3) O seu curso de graduação tinha um foco direcionado para formar um profissional que atuasse na clínica particular ou no sistema público de saúde? Explique (ou dê exemplos).
- 4) Como era o currículo de odontologia da universidade que você estudou, especialmente no que se refere à saúde pública ou o SUS.
- 5) Conte como foi o seu cotidiano de trabalho após se formar em Odontologia, suas primeiras experiências profissionais.
- 6) Como você descreve o cirurgião-dentista que você era na época de recém-formado (objetivos, perspectivas profissionais, sonhos)?
- 7) Comente um pouco sobre suas experiências de trabalho em saúde pública (SUS), se você as tiver.
- 8) Me fale sobre a sua formação profissional em pós-graduação (cursos, áreas, projetos de pesquisa, interesses, outros).
- 9) Conte o que te motivou a se tornar um professor de Odontologia.
- 10) A sua formação em docência, mestrado ou doutorado, teve algum direcionamento diferente da graduação em relação ao sistema de saúde pública ou SUS?

B) Questões intermediárias (O professor de Odontologia no contexto do ensino atual).

- 11) Me fale um pouco sobre o que você acha do Sistema Único de Saúde em relação à Odontologia. (Dar alguns direcionamentos à pessoa. Por exemplo, no que se refere aos objetivos, qualidade de atendimento, acesso, etc.)
- 12) Me fale como você enxerga a formação odontológica de graduação de hoje no que se refere às possibilidades de trabalho no setor privado ou público.
- 13) Conte como a disciplina que você ministra se relaciona com o SUS.
- 14) Conte como é a formação em saúde pública no curso que você ministra, independente da sua disciplina.
- 15) Você acha que os alunos são preparados para atuarem no SUS?
- 16) Qual o foco de formação do dentista, no curso de graduação? (se a pessoa não fizer referência à clínica particular, perguntar, em seguida, na mesma pergunta).

C) Questões finais (Caminhos para a formação direcionada para o SUS).

- 17) Cite as medidas necessárias para direcionar a formação de graduação em odontologia aos objetivos do SUS.
- 18) Cite as mudanças necessárias, no currículo do curso do qual você é professor, para adequar o ensino de odontologia aos objetivos do SUS.
- 19) Comente se você acredita que a instituição em que você ministra aulas poderia fazer tais modificações.
- 20) Como você analisa suas habilidades e seu crescimento profissional diante dos desafios de mudanças no ensino e na educação?
- 21) Há alguma coisa sobre o qual você poderia ter pensando antes e que tenha lhe ocorrido durante esta entrevista?
- 22) Há algo que você gostaria de me perguntar?

Anexo C. Quadro Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registro	Frequência		Unidade de conteúdo
			n	≅%	
(A) Formação do docente de Odontologia	(A1) Interesse por Odontologia	Afinidade pela área de saúde	10	19,2	“eu sempre me direcionei para esta área da saúde”
		Hábitos de visitar consultório	10	19,2	“eu ia auxiliar meus irmãos no consultório”; “ia fazer visitas”; “desde a infância por hábitos de ir ao dentista”
		Sem relação com família	6	11,5	“não tem nada com a família não; minha família inclusive na área da saúde tem pouquíssima gente”
		Dentista na família	5	9,6	“eu tenho um parente na família que é dentista, por isso que eu me interessei”; “eu via ela trabalhando com aquelas coisas de ortodontia”; “minha família quase inteira é dentista”
		Desejo por consultório particular	4	7,7	“eu sempre gostei mais da área de consultório do que de saúde pública, porque minha mãe trabalhava na saúde pública e eu via que faltava muita coisa”
		Dúvidas profissionais	3	5,8	“eu tinha em mente dois cursos (...) e fiz opção por Odontologia”
		Tratamento odontológico realizado	2	3,8	“se confirmou ainda mais com uma odontopediatra que eu tive que estimulava”
		Interesse acadêmico	2	3,8	“eu tinha o interesse acadêmico desde o início e sempre gostei desse lado de consultório”
		Testes vocacionais	2	3,8	“eu era nova, fiz testes vocacionais, pois não tinha nenhum direcionamento”
Influência familiar	1	1,9	“a minha mãe queria muito ser dentista e ela me influenciou fortemente”		

	Interesse por estética	1	1,9	“parte estética, este apelo que tem principalmente da televisão”
	Conciliação entre prática e teoria	1	1,9	“é uma atividade que você pode conciliar a parte pratica com a parte teórica bem, o resultado é bem imediato, (...) palpável, perceptível”
	Escolha aleatória	1	1,9	“eu acho que foi aleatório, não era uma coisa que estava clara na minha cabeça”
	Habilidade manual	1	1,9	“eu tinha muita habilidade manual e tentei juntar as coisas”
	Prática não-cirúrgica	1	1,9	“achava que não ia ter contato com sangue; área clínica sem ter contato com sangue”
	Trabalhar com Odontopediatria	1	1,9	“eu fiz já voltado pensando que eu ia trabalhar com paciente infantil”
	Bolsa de estudos	1	1,9	“eu fiz faculdade com bolsa porque meus pais não tinham condições de pagar a faculdade”
	TOTAL	52	100	
(A2) Período de formação do docente	Antes das DCN	11	91,7	“1983-1980”; “1998-1991”; “1992-1997”
	Após as DCN	1	8,3	“2004-2008”
	TOTAL	12	100	
(A3) Prazo de formação do docente	5 anos	9	75	“tive uma graduação de 5 anos”
	4 anos	3	25	“meu curso teve uma duração de 4 anos, na época”
	TOTAL	12	100	

(A4) Tipo de instituição de formação	Privada	7	58,3	“a instituição era privada”
	Pública	5	41,7	“me formei numa instituição pública”
	TOTAL	12	100	
(A5) Destaque de conteúdos e experiências na graduação do docente	Enfoque na especialização, clínica e técnica	35	17,9	“A gente tinha um embasamento clínico muito grande”; “se exigia muito do aluno ter mão, pegar prática”; “a ênfase era realmente na prática”; “já saía com aquela ideia que teria que fazer um curso de especialização”
	Presença de clínicas nucleadas	21	10,7	“a gente atendia o paciente por especialidade; tinha o dia da Periodontia, o dia da Prótese. (...) Clínicas separadas, não eram integradas”
	Disciplinas básicas isoladas	20	10,2	“disciplinas de currículo nos primeiros semestres, como Embriologia, Microbiologia, Histologia, não dentro da área em si”
	Clínica Integrada apenas no último ano	12	6,1	“no décimo eram dois semestres de clínica integrada, somente clínicas integradas”
	Sistema de avaliação por quantidade (cotas de procedimentos)	12	6,1	“Sempre foi o sistema de cotas. Você tem que produzir isso daqui. (...) Naquela época a gente atendia muito”
	Enfoque laboratorial	11	5,6	“de laboratórios (...) aprendendo tudo que fosse necessário”
	Ausência de integralidade	6	3,1	“você tinha cada especialidade de forma isolada. Não tinha integralidade entre as especialidades”
	Pacientes especiais	6	3,1	“Tinha pacientes especiais e eu nunca tinha pensado nisso”
	Oportunidade de estágio	5	2,6	“Eu não sei se todos tiveram oportunidade que eu tive, mas nos últimos dois anos eu fazia dois

				estágios junto com o curso”
	Estágio no meio privado apenas	5	2,6	“não tinha estágio na Secretaria de Saúde”
	Cursos e Jornadas	5	2,6	“tinha Jornada, eles estimulavam o Congresso”
	Aptidão prática dos professores	5	2,6	“professores eram top de linha, especialistas; não tinha tanto doutor e mestre, mas era assim, um pessoal que tinha uma aptidão clínica muito grande”
	Integração inicial dos cursos de saúde	4	2	“na parte básica, o curso de Odontologia e Medicina eram juntos”
	Separação entre básico e profissional	4	2	“A gente tinha uma noção muito assim de diferenciar o básico do profissional. O básico era o básico e o profissional era o de branco”
	Monitoria	4	2	“fui monitor ao longo do curso”
	Experiência em pesquisa científica	4	2	“experiência que foi pelo CNPq, de pesquisa científica”
	Odonto-pediatria	3	1,5	“destaco e foi a área que eu me direcionei”
	Ausência de estágio no SUS	3	1,5	“era um estágio do próprio curso (...); o estágio era apenas a clínica integrada, a própria clínica de cota”
	Vontade de exercer Odontologia Social	3	1,5	“chamou atenção a vontade de exercer a Odontologia no meio social também”
	Cirurgia	3	1,5	“Um diferencial que eu senti na época foi (...) quatro clínicas cirúrgicas”; “gostava muito de cirurgia”
	Envolvimento com diretório acadêmico	2	1	“logo que eu cheguei eu me envolvi com um negócio de diretório acadêmico e comecei a montar os cursos”
	Preocupação com lucro da instituição	2	1	“Por ser uma faculdade particular (...) o que conta é o final do mês, quanto que vai estar

				faturando, né?”
	Bios-segurança	2	1	“trabalhar mais com a prática da biossegurança”
	Deficiência de experiência em pesquisa	2	1	“participar de eventos e fazer pesquisa eram mínimas ou praticamente inexistentes”
	Sem contato com Implante	2	1	“não tive contato na graduação com implante”
	Pouco enfoque em Ortodontia	2	1	“muito pouco contato com Ortodontia, pouquíssimo”
	Estomatologia	1	0,5	“destaco Estomatologia”
	Tratamento periodontal	1	0,5	“eu gostava muito de fazer tratamento periodontal”
	Dificuldade em disciplinas	1	0,5	“eu tive dificuldade em outras matérias justamente as que eu gostava um pouco menos”
	Poder aquisitivo alto dos alunos	1	0,5	“eu acho que o poder aquisitivo do pessoal (...) era de um pessoal que tinha condições plenas de arcar com o curso”
	Ausência de programas sociais para o aluno	1	0,5	“não tinham programas direcionados como o Enem, Prouni, algum tipo deste que facilitasse o acesso do aluno”
	Ausência de professor no estágio	1	0,5	“Eu tinha muito medo que acontecesse algum problema. (...) Não tinha professor”
	Ausência de recursos no estágio no SUS	1	0,5	“Não tinha dentista no posto de saúde e não tinha material”
	Formação abrangente	1	0,5	“minha formação foi bem abrangente (...) porque a gente pega todas as matérias mesmo”
	Clínicas Integradas ao longo do curso	1	0,5	“Um diferencial que eu senti na época foi as Clínicas Integradas, porque a gente tinha cinco Clínicas Integradas (...)”

	Formação clínica insuficiente	1	0,5	“eu estava saindo com um conjunto de informações clínicas insuficientes”
	Tentativa de ampliar a Saúde Coletiva	1	0,5	“era notório que existia um esforço (...) de dar ênfase para a questão da Saúde Bucal Coletiva”
	Formação antropológica	1	0,5	“eu tive uma formação bastante antropológica e social”
	Paciente como mercadoria	1	0,5	“Esse tipo de formação foi um pouco discutida porque o paciente passa a ser uma mercadoria”
	TOTAL	196	100	
(A6) Foco da formação do docente	Sistema privado	18	75	“eu acredito que o dentista formado tem o foco maior na clínica particular, porque justamente a maioria dos dentistas trabalha na iniciativa privada; (...) e para que tenham maior facilidade no mercado.”; “totalmente privatista”; “sempre foram as disciplinas da prática profissional individual”
	Especialização	3	12,5	“os professores incentivavam os melhores cursos de especialização porque ele te dariam mais retorno dentro do consultório”
	Não havia foco	2	8,3	“não existia esta percepção, ah vamos colocar para o SUS, ah vamos colocar para o SUS”
	Sistema público	1	4,2	“no sistema público de saúde (...) consequentemente no particular fica mais fácil”
	TOTAL	24	100	
(A7) Ensino de saúde pública na formação do docente	Muito conteúdo teórico	13	16	“discutiam o conceito de como surgiu o SUS, a filosofia, falava demais disso, demais”
	Disciplinas insuficientes	10	12,3	“era uma disciplina que funcionava em dois semestres, Saúde Bucal Coletiva I e II”;

				“era muito incipiente, não tinha nada”; “era tão irrelevante que eu nem tenho memória disso”; “a gente tinha uma disciplina de Saúde Coletiva”
				“vamos dizer, da saúde coletiva em si, o princípio, mas não tinha um enfoque a falar de SUS, serviço público, sabe?”; “era um estágio do próprio curso (...); o estágio era apenas a clínica integrada, a própria clínica de cota”; “você não era capacitado para entrar no sistema público”
				“O grande problema que eu vejo na Saúde Coletiva era o seguinte: você pegar e fazer atendimento social, “ah, vamos trazer uma comunidade carente e atender”, sabe?”
				“Vamos para a comunidade tal aplicar flúor ou ensinar. Isso, para mim, isso não é Saúde Coletiva”
				“ficava centrado nessa disciplina, ficava sim”; “as únicas disciplinas que abordavam a saúde pública”
				“você não tinha intervenção”
				“Não, era instituição, sei lá. (...) Abrigo Num Sei Quem, Casa da Vovó. Não era voltado para o serviço público não”
				“Tinha Sociologia, né, que complementar, mas era só isso, voltado para isso”
				“a gente teve uma matéria de antropologia”
				“eram disciplinas como optativas que a gente poderia fazer, (...) as sociais”
				“eu não lembro de nenhum momento a gente entender porque a gente estava fazendo aquilo”

				em escolas, essa discussão não houve”
	Foco no paciente infantil	2	2,5	“atendiam as criancinhas que vinham da creche”
	Foco em urgência	2	2,5	“se resumia em urgência e atendimento curativo”
	Atendimento adulto relegado	2	2,5	“o atendimento do adulto nessa época era relegado, (...) o SUS atendia gestantes e crianças”
	Ausência de Administração Pública	1	1,2	“não mexia com Administração Pública da Odontologia propriamente dita, mas ela trabalhava com a parte preventiva”
	Estágio no SUS sem intervenção	1	1,2	“não havia intervenção por falta de materiais”
	Discussão sobre PSF	1	1,2	“estava em pauta a discussão do dentista no Programa Saúde da Família”
	Presença de 3 disciplinas	1	1,2	“eu tive Saúde Coletiva I, II e III”
	Direcionamento para pacientes especiais	1	1,2	“odontologia em saúde coletiva prática, mas na verdade atendíamos pacientes especiais”
	Ausência de estímulo	1	1,2	“não teve aquele estímulo de programas preventivos na saúde pública”
	TOTAL	81	100	
(A8) Primeiras experiências profissionais do docente	Consultórios particulares	21	31,8	“trabalhei desde que me formei, até hoje trabalho em clínica”; “ah, poxa, fui para a clínica privada”; “clínica privada, e também, uma outra característica da minha geração vamos dizer assim”; “a oportunidade que se tinha de odontologia era basicamente privada”
	Dificuldades de trabalho	7	10,6	“foi a primeira experiência, então eu só sabia, só fazia, era a parte de dentística, de extração, era o que eu sabia fazer”;

				“eu passei alguns dissabores de perceber uma forma de trabalhar diferente daquela que eu tinha aprendido”
	Nunca trabalhou no SUS	6	9,1	“não, nunca trabalhei (no SUS) não”; “eu nunca fui funcionário público”; “aí, é que está eu nunca cheguei a ter esta (experiência); “nunca prestei nenhum concurso para Secretaria de Saúde, nada disso”
	Trabalhou no SUS	6	9,1	“era pessoas contratadas, eu fui trabalhar num posto de saúde”; “eu dei sorte, eu prestei um concurso para residência, que era no hospital público”
	Estágio no SUS	5	7,6	“logo que eu me formei eu fui fazer um estágio, que era em Saúde Pública; a gente ficava no hospital fazendo extrações, tratamentos endodônticos, era um pronto-socorro odontológico”
	Especialização concomitante	4	6,1	“assim que eu me formei, ao mesmo tempo que eu fazia especialização, eu trabalhava em alguns consultórios”
	Trabalhou como clínico geral	4	6,1	“existia uma norma do nosso conselho no qual você não poderia fazer especialização imediatamente após a graduação, a gente tinha que ficar dois anos de interstício (...) e acho que deveria voltar a ser assim”
	Clínicas populares	3	4,5	“nessa clínica popular, nessa clínica POP, colocar assim, o cara que tinha uma clínica dessa não pensa em investir no seu material, ele pensa só em ganhar dinheiro”; “experiências em cidades-satélites, em clínicas populares”
	Trabalho como especialista	3	4,5	“eu já trabalhava na minha área (especialidade)”
	Baixa remuneração	3	4,5	“ganhava por porcentagem, nessa porcentagem em termos de retorno financeiro não tive nada”; “eu ganhava muito pouco”

	Evasão da profissão	2	3	“da minha turma tem apenas eu e mais dois trabalhando em clínicas; o restante foi tudo para concurso e para outras áreas”
	Trabalha como voluntário	1	1,5	“mas, eu sempre, por exemplo, que eu trabalho como voluntário”
	Ausência de estímulo para montar consultório	1	1,5	“é muito dor de cabeça, você tem que sair da Odontologia Clínica para ir para a Odontologia Administrativa”
	TOTAL	66	100	
(A9) Perspectivas profissionais e sonhos	Trabalhar no mercado privado	8	29,6	“eu queria ser mesmo um dentista de consultório, eu via minha irmã atendendo, então eu gostaria mesmo de atender em um consultório”; “estava formando para ir trabalhar no âmbito privado e a gente tinha naquela época muitas experiências exitosas de conhecimentos próximos, parentes de colegas que tinham feito fortunas com a Odontologia”; “o opção para o SUS era uma opção vista mais como ideológica ou secundária do ponto de vista financeiro”; “ganhar dinheiro só com clínica particular e tem que trabalhar bastante e saber cobrar e investir em marketing”
	Montar sua própria clínica	7	25,9	“continuava trabalhando nos consultórios, tinha ideia de montar a minha clínica”; “eu precisava correr atrás de dinheiro para montar um consultório”
	Especialização	5	18,5	“objetivos naquela época que depois foram se concretizando foram as especializações”; “há um ano antes de eu me formar eu já sabia onde eu iria fazer especialização”
	Falsas expectativas	3	11,1	“no começo eu acho que a gente idolatra muito, né? Eu formei achando que a gente ia ganhar super bem, que eu ia trabalhar com os melhores materiais e que tudo ia ser lindo e maravilhoso”; “a gente vivia numa redoma de vidro (na faculdade), era tudo muito perfeito, aquela

					biossegurança perfeita, o pessoal usando e não tinha este cuidado lá fora”; “eu tinha perspectiva de repente viver de um consultório e de ganhar muito dinheiro com ele e de repente aquilo foi me desiludindo”
		Ensino e pesquisa	3	11,1	“sonhei em estar fazendo o que eu estou, em estar dando aula, em estar pesquisando, em estar dentro de um grupo de pesquisa, dentro de um laboratório de pesquisa”
		Trabalhar no setor público	1	3,7	“o meu sonho era curativo, eu queria atender e operar tudo que eu pudesse ver, porém em hospital público, eu gostava da rotina no pronto-socorro”
		TOTAL	27	100	
(A10) Formação profissional do docente		Especialização (latu sensu)	18	50	“Periodontia” (3) ; “Radiologia” (2); “Bioética” (1); Odontologia Legal” (1); “Odontopediatria” (1); “Saúde Coletiva” (1); “Pacientes Especiais” (1); “Odontogeriatrics” (1); “Prótese Dentária” (1); “DTM” (1); “Dentística” (1); “Endodontia” (1); “Cirurgia” (1); “Administração Hospitalar” (1); “Implantodontia” (1)
		Mestrado	12	33,3	“Ciências da Saúde” (6); “Bioética” (1); “Odontopediatria” (2); “Saúde Coletiva” (2); “Periodontia” (1)
		Doutorado	4	11,1	“Ciências da Saúde” (3); “Saúde Pública” (1)
		Pós-doutorado	2	5,6	“Patologia” (1); “Odontopediatria” (1)
		TOTAL	36	100	

(A11) Motivação para docência em Odontologia	Postura profissional ou vontade	6	31,6	“eu sempre gostei, né?”; “desde pequeno era um anseio que eu tinha, pode parecer até bobagem mas eu sempre quis, entendeu?”
	A graduação	5	26,3	“(a faculdade) teve uma grande mudança na minha vida por a gente ter que apresentar seminários (...) e foi me motivando e me deixou mais interessada”; “o meio acadêmico, ser monitor, estar participando sempre me motivou”
	Um outro docente	3	15,8	“foi exatamente um professor; durante a graduação a gente fez alguns trabalhos juntos”
	A família	3	15,8	“tinha a referência da minha mãe que era professora”
	O mestrado	1	5,3	“depois aquele tanto de gente no mestrado e eu falei “eu acho que é isso que eu quero para mim””; “foi o próprio mestrado que me encantou, eu tive aula de docência”
	Especiali- zação	1	5,3	“O meu curso de especialização teve uma linha de ensino bem mais pesada e eu comecei a me interessar (pela docência)”
	TOTAL	19	100	
(A12) Direcionamento da especialização para o SUS	Nenhum	9	69,2	“Não tive, a minha especialização foi 100% voltada para o atendimento em consultório”; “Não, não, a especialização não é voltada para a área social. No entanto, a especialização em Saúde Coletiva existe e eu acho que é mais voltada para a área social porque as outras em si não englobam o social”; “a especialização jamais falou nisso, não se falou”; “a especialização não teve absolutamente nada de saúde pública e é um curso extremamente tecnicista com uma exigência de carga prática de 80%; ao menos que seja um curso de Saúde Coletiva, não há margem para você ter essa formação não”

		Muito pouco	2	15,4	“numa especialização é muito pouco o que se fala de saúde pública; na verdade, numa especialização que tem 12 alunos, como o MEC e o CFO recomendam, o grande objetivo que se sente é que sejam formados profissionais clínicos, que vão trabalhar nos seus consultórios particulares”
		Sim, por ser em área social	2	15,4	“Na especialização (em área social) se falava em saúde pública”; “a Saúde Coletiva realmente focou um pouco o SUS, o serviço público, mas não deu tanto embasamento, a própria especialização em Saúde Coletiva”; “nós víamos que as outras áreas pouco discutiam a questão do SUS”; “na residência de bucomaxilo (no SUS) a gente tinha aula sobre SUS por causa da referência e da contra-referência”
		TOTAL	13	100	
	(A13) Direcionamento do mestrado para o SUS	Nenhum	5	38,5	“Se você pegar o meu currículo, tanto de mestrado quanto doutorado, zero em saúde pública”; “O mestrado, o que pode ser colocado é que não”, “não, não, não, não”; “engraçado, os cursos que eu faço são mais para o meu consultório do que para lecionar, eu não tenho curso para formar professor, só se fosse uma pedagogia externa”; “as disciplinas de saúde coletiva não foram foco da minha seleção junto com o meu professor (orientador)”
		Pouco	4	30,8	“Existe sim, mas não é focado, é pouco, menos que a formação na graduação”; “tem um pouco mais de visão porque a gente faz os projetos dentro de um hospital público, a gente tem essa visão maior de SUS”; “no mestrado, mesmo sendo universidade pública, que eu achava que ia ter mais direcionamento para isso, por ela ser toda financiada, mas não”
		Sim, pelo contato com área social	4	30,8	“No mestrado (em Saúde Coletiva) eu confesso a você que foi uma formação muito intensa quanto ao SUS, muito direcionada”;

					<p>“Sim, porque foi voltado para Bioética, foi um mestrado em Bioética e ela já traz no seu bojo uma quantidade de informações de saúde pública, (...) talvez se fosse outra área não teria um enfoque tão grande”;</p> <p>“teve muita coisa porque eu tive contato com grandes nomes, top assim de saúde coletiva, então eu tive a oportunidade de ter os contatos”;</p> <p>“o mestrado (em Saúde Coletiva) foi só SUS”</p>
		TOTAL	13	100	
	(A14) Direcionamento do doutorado para o SUS	Nenhum	5	100	<p>“No doutorado eu não tive”;</p> <p>“Se você pegar o meu currículo, tanto de mestrado quanto doutorado, zero em saúde pública”</p>
		TOTAL	5	100	
(B) A Odontologia no SUS	(B1) Pontos positivos da Odontologia atual no SUS	Algum crescimento da Odontologia no SUS	8	42,1	<p>“Está crescendo atualmente. Não se existia esse lado da Odontologia dentro do SUS, era esquecido”;</p> <p>“Saúde Bucal Brasil, isso é fantástico! Para estudar o que deu certo e o que deu errado, então poxa, o SUS está no caminho certo de boas intenções”</p>
		Maior aplicação dos princípios doutrinários	5	26,3	<p>“Princípios de universalidade, equidade, integralidade, controle social, todos estes tem que ser abrangidos”;</p> <p>“A universalidade na Odontologia vem ser mais recente, porque nos modelos de atenção a saúde bucal a gente tinha que escolher algumas parcelas da população e isso fica claro com a questão dos escolares”</p>
		Responsabilidade da classe pelo sistema	3	15,8	<p>“Eu acho que cabe a nossa classe estar lutando cada vez mais pela amplitude no SUS, que foi um bem para a população geral”</p>
		Ampliação do Brasil Sorridente	2	10,5	<p>“O Brasil Sorridente está vindo aí com tudo, coisa que a Odontologia nunca viveu na antiguidade e tem muita coisa boa para nos</p>

				trazer como dentista, o SUS”
	Desafios do SUS	1	5,3	“O desafio da Odontologia hoje e futura vai ser consolidar a intersectorialidade”
	TOTAL	19	100	
(B2) Pontos negativos da Odontologia atual no SUS	Despreparo e falta de profissionais e materiais	12	28,6	“O número de profissionais deveria ser maior, o investimento tanto em procedimentos, em material deveria ser maior”; “Mas os profissionais que entram para trabalhar no serviço público, eles não são preparados para serem servidores públicos”; “A qualidade de atendimento eu acho que nos postos de saúde pelo atendimento básico primário é ruim”
	Deficiência nos princípios da universidade e integralidade	10	23,8	“Eu acho um absurdo um paciente chegar num posto de saúde e ter basicamente duas escolhas (...) “ou você extrai o seu dente ou você faz uma restauração, ou você faz extração, porque não é possível fazer canal, prótese...””; “aqueles programas tipo Cárie Zero eu já acho que eles conseguem alcançar o objetivo deles, mas na hora do interceptativo mesmo já era mais complicado, no reabilitador”
	Desvalorização e deficiência da Odontologia no SUS	5	11,9	“A Odontologia esteve sempre ligada ao SUS de uma maneira secundária, ela não era prioridade”; “Eu acho muito deficiente o nosso SUS, o nosso sistema de saúde, em relação à Odontologia”; “Na minha opinião sobre a saúde pública em Odontologia é terrível”
	Falha na gestão do sistema	4	9,5	“Falha de organização da própria sociedade e dos profissionais frente aos gestores, aos delegados e ao governo nas três esferas”; “você não tem um programa de acompanhamento, então deixa muito a desejar”; “Tem que ter uma gestão de SUS. O aluno, na minha opinião, tem que ser crítico, reflexivo, para pensar que método a gente vai agregar”
	SUS demasiado teórico com	4	9,5	“Na teoria ele é muito bonito. Talvez na teoria ele seja um dos melhores do mundo, né? Na

		pouca resolutividade			prática ele é um dos piores do mundo”
		Dificuldade de acesso do paciente	4	9,5	“O acesso dificultoso em relação a isso que eu te falei, a gente tem dificuldade da porta de acesso”
		Influência negativa da mídia	1	2,3	“A mídia muitas vezes nos deixa com a visão turva ou deturpada do que é o programa”
		Desvio de verba do sistema	1	2,3	“Infelizmente nosso país tem muito desvio de verba, tem muitos problemas com isso e a gente acompanha, principalmente nos atendimentos...”
		Dúvida nos indicadores de pesquisas nacionais	1	2,3	“Alguma coisa que não bate, o nosso levantamento de 2010 excluiu a população rural e a prevalência de cárie é um pouco mais alta nessa população. (...) Enquanto os dados nacionais dizem que a prevalência de cárie de criança aos 5 anos é de 2, a gente encontrou quase 4”
		TOTAL	42	100	
(C) Formação atual do dentista	(C1) Possibilidades de trabalho do egresso de Odontologia	Ainda direcionado para o Mercado Privado	9	81,8	“Ele vai por opção, por oferta, ele cai no particular, porque o público não tem oferta suficiente para arcar com a demanda”; “Eu acredito que sim, eles têm todos uma formação de SUS, mas assim fatalmente acabam indo para o privado”
		Indiferente para o Setor Público e Privado	2	18,2	“Pelo que a gente está oferecendo acho que dá condições para a pessoa partir para ambas as áreas, não vejo dificuldade não”; “Eu acho que ele sai com esta dinâmica, qual linha eu vou seguir, poxa eu quero seguir o serviço público, poxa então de repente, o que eu precisa fazer... eu quero seguir o serviço particular”
		TOTAL	11	100	

(C2) Características curriculares	Alterações curriculares	8	27,6	“Tiveram várias. Por exemplo, Vigilância em Saúde não tinha na minha época. Saúde Coletiva também era um pouco diferente”; “Foi uma mudança, antes você tinha... (...) Uma aproximação entre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o próprio SUS. Para toda a área da saúde foi necessário”
	Presença de clínicas nucleadas	7	24,1	“Aqui eles atendem as disciplinas separadamente, as clínicas específicas”; “Acabaram que estas clínicas nucleadas tiveram uma diminuição de carga horária; algumas sumiram, outras tiveram a carga horária bem reduzida”
	Separação entre disciplinas básicas, específicas e sociais	6	20,7	“As disciplinas básicas existem como eu te falei, Histologia, Bioquímica, e existem as disciplinas específicas e a Odontologia Social como Saúde Coletiva colocada em três semestres”
	Apenas clínicas integradas	5	17,2	“As clínicas são basicamente... aqui a gente tem a clínica integrada, né. Porque eles fazem os procedimentos diferentes, mas tem professores de todas as especialidades, mas uma clínica integrada”
	Direcionamento para especialização	1	3,4	“Hoje em dia o sujeito já faz especialização ainda na graduação. Aí o que acontece? Você perdeu a possibilidade de ter uma experiência clínica. Então você entra na graduação já pensando na especialidade que você vai fazer”
	Sistema de cotas de procedimentos	1	3,4	“Você tem que cumprir um número de tratamentos endodônticos, número de restaurações, número de próteses fixas, número de próteses parciais removíveis, isso para cada período você tem que cumprir esta meta”
	Interdisciplinar	1	3,4	“É muito positivo porque ele é multiinterdisciplinar. Então você não vê uma coisa sozinha”
	TOTAL	29	100	

(C3) Direcionamento do currículo para o SUS	Direcionado para as disciplinas de Saúde Coletiva / Odontologia Social	12	23,5	<p>“São da Saúde Coletiva. Essa formação para o SUS é mais direcionada para a Saúde Coletiva, pelas nossas disciplinas é muito pouco, é pontual”;</p> <p>“A gente tem Odontologia Social que é Saúde Coletiva em três semestres”;</p> <p>“Eu acho que a odontologia em Saúde Coletiva, que é uma das especialidades odontológicas”</p>
	Aumentou	8	15,7	<p>“Isso aí é uma coisa que deu um salto muito grande, (...) mas eu acho que a visão que se existia há 11 anos quando eu me formei e a visão que se existe hoje no SUS é muito diferente”</p>
	Insuficiente	5	9,8	<p>“Eu acho que é pontual ainda, né?”;</p> <p>“Eu acho muito longe ainda de ser alguma coisa que trabalhe realmente o sujeito para ser um atendente público”;</p> <p>“Talvez fosse necessário ser discutido mais, ser valorizado mais este ponto”;</p> <p>“Aqui não tem essa visão. Ele está mais preocupado em cumprir o paciente, os números de atendimentos, para exatamente cumprir a formação”;</p> <p>“É uma coisa muito complicada você tentar ofertar uma metodologia de ensino que seja mais integralizada com professores que tiveram uma formação e uma atuação durante muitos períodos de forma nucleada”</p>
	Visitas no SUS	5	9,8	<p>“A gente vai para práticas clínicas, conhecem as UPAS, os postos, vamos à creches e escolas fazendo programas preventivos...”</p>
	Prática na comunidade e trabalhos sociais	4	7,8	<p>“No curso, a Saúde Coletiva, você tem os trabalhos sociais”;</p> <p>“Trabalha com estes estudantes a nível de estágio tanto nas comunidades, como nos centros de saúde, você começa a verificar o olhar do estudante para o SUS”</p>
	Conteúdos teóricos sobre SUS	3	5,6	<p>“Aprendem realmente os princípios do SUS, como o SUS surgiu, porque que ele surgiu e como a gente pode buscar o lugar da Odontologia dentro do SUS”</p>

	Clínica Integrada não integra ensino de SUS	3	5,6	“A clínica não aborda estes assuntos”
	Projetos de extensão no SUS	3	5,6	“Nós temos alguns projetos que envolvem a tríade ensino-pesquisa-extensão, mas a gente gosta de trabalhar atenção na comunidade”; “Tem vários projetos de extensão”
	Participação no Pró-Saúde	3	5,6	“O Pró-Saúde é um programa do Ministério da Saúde que buscou fazer uma correlação entre a parte de ensino junto com a aplicação, inserção do SUS dentro das instituições de ensino”
	Profissional generalista	1	1,9	“Eu acho que todas as faculdades de um modo geral estão trabalhando por um programa de capacitação do indivíduo para ser generalista”
	Incentivo aos concursos	1	1,9	“Eles são incentivados sim aos concursos e a Odontologia vem crescendo também”
	Presença de disciplinas sociológicas, humanas e éticas	1	1,9	“A própria Introdução à Ética, Sociologia, Antropologia (...) eu acho que abre a cabeça dos alunos para falar deste lado humano, social, pois é importante para quem vai ser profissional de saúde”
	Parceria com serviço público (estágios)	1	1,9	“É como se tivesse uma parceria do curso com o serviço, aqui na Universidade tem. Então isso é muito bom para o aluno”
	Desconhece	1	1,9	“Eu não tenho conhecimento. Existe uma fragmentação dentro da nossa própria cabeça, né? Isso vem do cartesiano. Então eu sou um fruto disso, eu tenho mudar, estudar, mas eu noto que somos absolutamente fragmentados”
	TOTAL	51	100	
(C4) Direcionamento da disciplina do docente para o SUS	Não se relaciona ou praticamente não se relaciona	12	57,1	“Ela não se relaciona, não se relaciona, de forma franca”; “Eu acho que os professores deixam a desejar quanto à inserção de cada especialidade no SUS, na prática social. Ainda está voltado a

				tecnicismo, a biologismo, a ficar sempre no privado”; “Ela não se relaciona porque a (disciplina) (...) praticamente não tem relação com o SUS”
	Tenta direcionar	4	19	“Nas ementas a gente procura colocar um certo padrão, mas eu não volto, não faço enfoques direcionados a SUS diretamente. Mas eu ponho nos critérios de capacitação do aluno em atender o paciente, ter uma noção dos padrões”
	Se relaciona (pois é Saúde Coletiva)	3	14,3	“Elas se relacionam diretamente, as Saúde Coletiva I, II e III”; “Em relação às disciplinas em termos de Saúde Coletiva a gente realmente orienta, a gente comenta”
	Se relaciona (pois atende no SUS)	2	9,5	“Como eu te falei, todo o atendimento é público, então esta relação com o SUS ela é direta”
	TOTAL	21	100	
(C5) Alunos preparados para atuarem no SUS	Sim	11	91,7	“São preparados porque passam pelas disciplinas, conhecem os programas”; “Eu considero que atuar no SUS da maneira como acontece hoje é bem simples. É bem simples... os procedimentos clínicos são os mais simples”; “Clinicamente sim, teoricamente não!”
	Não	1	8,3	“Eu sou a favor do aluno virar bacharel em Odontologia através de uma prova do CFO, cirurgião-dentista. Eu acho que hoje o aluno não é preparado, não é que ele não é preparado para o SUS, ele não é preparado para a parte humanística. (...) Ele está preparado para sentar, abrir o buraco e colocar o seu material restaurador”
	TOTAL	12	100	
(C6) Motivos para ingresso no SUS	Benefícios e salário do emprego público	9	81,8	“Os concursos são atrativos, podem melhorar muito, mas são atrativos sim. Em longo prazo, os benefícios são interessantíssimos”;

					<p>“O profissional que trabalha no serviço público tem umas vantagens em relação ao profissional que trabalha na iniciativa privada, como décimo terceiro, as férias, os direitos trabalhistas, que normalmente não são garantidos para o dentista que trabalha na iniciativa privada”;</p> <p>“Talvez pelas vantagens trabalhistas e salariais do que propriamente por uma filosofia de trabalho”;</p> <p>“Para receber o salário e ter uma aposentadoria, estabilidade, ele não busca uma profissão em que ele atende a sociedade”</p>
		Personalidad e do aluno	1	9,1	<p>“Tem uma parcela muito importante da personalidade de cada um porque eu sou professora também e orientadora de TCC e muitos procuram exatamente para programas preventivos e educativos na área do SUS”</p>
		Questão ideológica	1	9,1	<p>“Existe uma questão de ideologia, ideológica de você trabalhar dentro desse contexto de atenção que eu acho também que é importante”</p>
		TOTAL	11	100	
(C7) Foco de formação do dentista na graduação		Setor privado	12	52,2	<p>“O setor privado”;</p> <p>“Eu acredito que ainda seja a iniciativa privada, ainda. Houve uma pequena mudança, mas ainda não foi tão intensa a ponto de mudar isso nos alunos, eu acredito que a maior parte deles ainda sai mais preparado e com mais vontade de ser um dentista da iniciativa privada”;</p> <p>“Eu acredito que o mercado; (...) ele tem este viés, não adianta negar”;</p> <p>“O foco é privado porque aquelas pessoas que são formadores desses alunos de hoje foram formados numa lógica que era mais voltada para o privado”;</p> <p>“Eu acho que o aluno ainda sai mais direcionado a Odontologia de Mercado, o setor privado; ainda acho que ele tem essa visão”;</p> <p>“Não tenha dúvida (que é direcionado para o privado), a pessoa pode até ter um anseio de entrar para o serviço público, mas ele não tem a filosofia de estar no serviço público, que é diferente”;</p> <p>“Ninguém quer a Saúde Coletiva”</p>

		Setor público	3	13	“60% público, 40% particular, pelo lado humanista da formação”
		Indiferente	3	13	“Eu acho que ele está bem preparado para os dois. Eu não consigo, sinceramente, ver diferença, sabe? Você tem que, ou no público ou privado, atuar na mesmíssima forma. Você tem que ter uma formação sólida de conhecimento científico, mas além disso você tem que ter um pensamento de ser humano como um todo”
		Especialização	3	13	“O foco é ele se formar para que ela seja generalista e ele se capacite a medida que for passando e se especializando. Fatalmente ele vai ter que se especializar”
		Técnico-humanista	2	8,7	“Eu tive uma formação tecnicista, hoje é uma formação técnico-humanista. Sim, porque não adianta você ser o bom de lábia e o ruim de técnica, você tem que ter um equilíbrio, você precisa ser o mediano, agregar os valores científicos e os valores humanos e vai conseguir ter a formação que vai conseguir vender o peixe como profissional”
		TOTAL	23	100	
(D) Propostas de formação direcionada para o SUS	(D1) Medidas necessárias ou alterações curriculares para a formação direcionada para o SUS	Inclusão ou ampliação de oportunidades estágios no SUS	6	20	“Eu acho que uma mudança necessária seria a inclusão das escolas pelo Ministério da Educação com o SUS com algum projeto social que existisse em que levasse cada faculdade ou universidade naquela situação do SUS e colocasse até como estágios”; “Ter um treinamento <i>in locu</i> , estágios diretamente voltados para o atendimento no SUS”
		Capacitação dos docentes para a realidade do SUS	6	20	“Muitos dos nossos docentes não são usuários do SUS, nunca foram usuários do SUS e por não entenderem a dinâmica o discriminam. (...) O próximo passo seria que os próprios educadores da parte técnica e laboratorial também fossem vivenciadores do SUS no dia-a-dia”; “Ampliar o conhecimento do docente sobre o que ele está fazendo”;

					<p>“Coloca o professor da Saúde Coletiva para dar aula para a gente...”;</p> <p>“Para mim a grande questão do professor é que ele seja generalista, porque não tem como você formar um generalista, em outra análise, você sendo um especialista. Então tem que ter aula mesmo do professor, aula!”</p>
		Nenhuma mudança no currículo em si	4	13,3	<p>“O currículo eu acho que do jeito que está aqui, eu acho que está de bom tamanho”;</p> <p>“Eu manteria a mesma sistemática (curricular), só que procuraria mostrar, criar campanhas maiores, reflexivas e até vinculadas a órgãos de saúde sobre estes contextos no SUS. Eu acho que não é só de faculdade, não dá para vincular só na faculdade”</p>
		Enfoque nas ementas, disciplinas e especialidades	4	13,3	<p>“Poderiam até mencionar nas disciplinas a questão de dar um foco, talvez, talvez, eu não sei”;</p> <p>“Primeiro eu acho que tentaria colocar todas as especialidades, ter um momento de falar de saúde pública, todas as especialidades”</p>
		Valorização do profissional e das condições de trabalho no SUS	2	6,7	<p>“Na verdade o que eu percebo são as falhas do SUS. O problema não está na formação dos profissionais, está na qualidade do serviço oferecido. (...) Tem um grupo e entra até essas questões de DCN com o SUS, esse grupo acha que não, que é uma questão ideológica, que você tem que formatar a cabeça do aluno para que ele atue no SUS. Acho que a questão não é essa, (...) é muito mais importante que você trabalhe a infraestrutura”;</p> <p>“Dar condições de trabalho. Talvez, equipar, melhorar os salários do profissional que vai lidar com o serviço público. Ter condições, manter a área de trabalho, eu acho que isso é o principal”</p>
		Avaliação curricular	2	6,7	<p>“Não é só implantar, a gente precisa avaliar o que a gente fez. Eu acho que essa avaliação seria muito importante agora”</p>

		<p>Maior envolvimento político da classe odontológica</p>	1	3,3	<p>“Eu acho que falta isso na categoria, falta um pouco de representatividade, um pouco por causa daquilo que eu te falei. O dentista quer estar lá no consultório dele, onde tira o sustento dele, na maioria das vezes, na iniciativa privada. Mas eu acho que falta um pouco disso, esse comportamento político dentro da categoria. (...) Eu acho que esse é o maior problema, é a falta de politização, é... eu acho que o dentista é mal representado e por isso as políticas públicas dão menos importância, uma importância menor que a Odontologia deveria ter. Eu não sei como fazer isso, mas talvez fosse uma boa medida”</p>
		<p>Motivação dos docentes e estudantes</p>	1	3,3	<p>“Acho que a primeira coisa é a motivação do docente. Motivar o aluno para entender que o serviço é importante, importante estender o conhecimento disto”</p>
		<p>Traz a comunidade para dentro da Universidade</p>	1	3,3	<p>“Quando você traz a comunidade para dentro da escola você pode mudar, você mostra para a comunidade que ela é importante, que ela vai ter voz. E eu acredito que a voz só acontece, só vai acontecer de fora para dentro e não de dentro para fora”</p>
		<p>Maior enfoque nas questões sociais e mapeamento da comunidade</p>	1	3,3	<p>“O aluno além da técnica ele vai ter um questionamento que ele vai ter que saber aonde a pessoa mora, se tem água encanada, se ela tem escova, quanto que é o salário, qual é a realidade do paciente que ele está atendendo. (...) A partir do momento que você faz um mapeamento aí você define o que esta população...”</p>
		<p>Ampliação da responsabilidade da sociedade para com sua própria saúde</p>	1	3,3	<p>“É a sociedade, não paro de falar de governo, é a sociedade entender que isso é necessário, isso é um fundamento importante e fazer por meio de políticas públicas a apropriação destas necessidades sociais com fundamentais para a convivência da sociedade”</p>
		<p>Metodologias ativas de ensino</p>	1	3,3	<p>“Metodologia ativas de ensino que transcendam realmente aquelas aulas teóricas, expositivas de sala de aula e metodologias de avaliação diferenciadas que não somente provas de marcar “x””</p>

		TOTAL	30	100	
(D2) Credibilidade do docente para com alterações curriculares propostas na Instituição	Alterações são possíveis na Instituição	10	83,3	<p>“A faculdade está aberta a este tipo de inovação porque nós estamos sempre nos projetando a programas sociais”;</p> <p>“Muito fácil porque é inclusive uma diretriz do MEC, fatalmente é uma exigência que eles já pedem que a gente faça”;</p> <p>“Pode e está a caminho”;</p> <p>“Sim, mas eu acho que não depende só da instituição privada; o SUS também tem que ter um espaço para receber estes alunos”</p>	
	Dúvidas de como poderia ser executado	1	8,3	<p>“Me falta um pouco de imaginação para tentar maquirar como seria feito isso. Eu acho um pouco difícil, mas deve ter alguma coisa para fazer, mas não me vem nada momentâneo”</p>	
	Resistência pelas mudanças	1	8,3	<p>“O que eu vejo é que tudo aquilo que é imposto é difícil, né? (...) Em função desta imposição, a faculdade se adequou, mas isso gerou uma resistência muito grande. (...) Eu acho que nem sempre as pessoas estão abertas e receptivas”</p>	
	TOTAL	12	100		
(D3) Habilidades e crescimento profissional do docente diante dos desafios de mudança no ensino e educação	Positivo (vários desafios)	12	100	<p>“Então esse foi um desafio que eu tive na área de educação e na área profissional, eu me desafio a todo dia a saber mais, a crescer mais e a estar me dando melhor com o paciente”;</p> <p>“Minha forma de lutar pela minha categoria é formando um bom profissional, formando um aluno de graduação que seja mais bem preparado do que eu fui. Eu acho que a gente tem que se adaptar às novas realidades”;</p> <p>“Em termos de ensino e educação a gente tenta estar melhorando e renovando sempre. Seja com uma nova aula, com uma nova metodologia”;</p> <p>“a Universidade faz com que você tenha um padrão de atualização”</p>	
	TOTAL	12	100		

Anexo D. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CEP/FS.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **189/11**

Título do Projeto: “A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do ensino de Odontologia”

Pesquisador Responsável: Guilherme Máximo Xavier

Data de Entrada: 29/11/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **189/11** com o título: “A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do ensino de Odontologia”, analisado na 11ª reunião ordinária realizada no dia 14 de dezembro de 2011.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 21 de março de 2012.

Prof. Nathan Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo E. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo de todas as informações. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

O título do projeto é "A formação do cirurgião-dentista no contexto do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do ensino de Odontologia", cujo pesquisador responsável é Guilherme Máximo Xavier (Mestrando em Ensino na Saúde – UnB). Para informações, o telefone para contato é (61) 9854-0242 ou (61) 8348-4707. O Orientador é o Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior, do Instituto de Psicologia (UnB). Telefone para contato: (61) 3107-6907. A Instituição Proponente da pesquisa é o Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - UnB (onde serão divulgados os dados e providenciadas publicações, em nome dos pesquisadores e afiliação à Universidade). O Comitê de Ética onde foi submetido este projeto é o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Telefone para contato: (61) 3107-1947.

O objetivo da pesquisa é avaliar o ensino de Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal. Para tanto serão realizadas entrevistas com os docentes dos cursos, com objetivo de buscar a opinião dos docentes de Odontologia do DF sobre o ensino, a realidade social e o modelo assistencial predominante.

Trata-se de um estudo exploratório, onde será realizada uma metodologia qualitativa dos dados coletados, que beneficiará o entendimento do ensino em Odontologia e contribuirá com a estruturação pedagógica da mesma.

Não há previsão de riscos ou desconfortos oriundos desta pesquisa. Garantimos o sigilo dos participantes quanto à identidade e dados confidenciais envolvidos. Você pode se recusar a participar ou responder qualquer questão que lhe provoque eventuais constrangimentos, bem como desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo. Lembre-se de que os dados e materiais utilizados ficarão sob a guarda exclusiva do pesquisador responsável. Caso tenha interesse em receber informações sobre os resultados desta pesquisa, por favor, entre em contato com o pesquisador Guilherme Máximo Xavier, conforme dados de contato supracitados.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Guilherme Máximo Xavier sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data _____ / _____ / _____ / _____ / Instituição _____

Nome: _____ () Aluno () Professor

Assinatura do participante ou responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____