

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**

**EXPECTATIVAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE GRADUANDOS EM
ODONTOLOGIA**

IZABELLA BARISON MATOS

Orientador: Professor Doutor Antenor Amâncio Filho

Rio de Janeiro, julho de 2005.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**

**EXPECTATIVAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE GRADUANDOS EM
ODONTOLOGIA**

IZABELLA BARISON MATOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências – área de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências – Saúde Pública.

Orientador: Professor Doutor Antenor Amâncio Filho

Rio de Janeiro, julho de 2005.

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

M433e Matos, Izabella Barison
Expectativas do exercício profissional de
graduandos em odontologia. / Izabella Barison Matos.
Rio de Janeiro : s.n., 2005.
202 p. ilus., tab.

Orientador: Amâncio Filho, Antenor
Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública.

1.Estudantes de odontologia. 2.Educação em
odontologia-tendências. 3.Força de trabalho.
4.Questionários. I.Título.

AGRADECIMENTOS

Como é difícil ser original ao fazer os agradecimentos, valho-me das palavras de uma amiga antropóloga, que se expressava mais ou menos assim, na sua tese de doutorado:

Esta tese é fruto de colaboração expressa em tempo, em recursos financeiros e informações, das quais alunos do curso de Odontologia, cirurgiões-dentistas dirigentes e instituições são credores. Assim, a dívida não significa imputar-lhes a responsabilidade pelo uso das informações e das falas. O ônus dos possíveis equívocos das traduções, interpretações e reinterpretações dos respondentes aos questionários e dos entrevistados fica ao meu encargo. Sou grata a todos.

Agradeço à professora Nara Maria Kuhn Göcks, da Universidade do Planalto Catarinense/UNIPLAC, por ter hipotecado credibilidade nesta empreitada e por estar na torcida, sempre. À Ligia Giovanella por apresentar-me a ENSP e à Karla Matos Goulart de Andrade, por ter me acolhido no Rio de Janeiro e cuidado do meu aconchego.

Ao meu orientador, Antenor Amâncio Filho, muitos, mas muitos agradecimentos, pelo suporte em todas as fases do doutorado, pelas palavras de encorajamento, por acreditar na proposta de trabalho desde o início. Também, pelo grande incentivo à realização do estágio no Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior/PDEE no Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Sociétés/CERMES e École des Hautes Études en Sciences Sociales/EHESS, em Paris, de janeiro a julho de 2004, que muito contribuiu neste estudo e na minha vida.

No CERMES agradeço especialmente a Geneviève Paicheler por me receber para o estágio PDEE e pelo seu empenho em proporcionar momentos inesquecíveis como passear pelos “velhos” bairros de Paris em sua companhia.

Informo que estão incorporadas neste texto sugestões apresentadas pelos professores Maria Helena Machado, Sergio Tavares de Almeida Rego e Célia Regina Pierantoni, por ocasião do exame de qualificação, de que têm parcela de crédito. Obrigadíssima. Responsabilizo-me pelos usos indevidos que, involuntariamente, tenha feito.

Não posso deixar de agradecer à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES pela concessão de bolsas de estudos. Inicialmente a do Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica/PICDT até dezembro de 2003 e, posteriormente, a do PDEE, de janeiro a julho de 2004.

Também, meus agradecimentos à UNIPLAC, pelo apoio financeiro e, especialmente a colaboração de parceiros preciosos: Zilma Isabel Peixer, Marcio Koehler, José Luís Carraro, Paulo de Tarso Nunes e Roselene Bertoto.

Arlene Anélia Renk e Eliane Filippim foram interlocutoras incansáveis e “demasiado humanas”, tiveram muita, mas muita paciência. Grata, muito grata, mesmo. Também, Nilce Pan Gasparotto, silenciosa, mas sempre presente.

À Marise Pinto, pela acolhida e “pouso” quando da aplicação dos instrumentos de pesquisa e ao Professor da disciplina na qual apliquei os questionários, pela atenção e empenho na produção dos dados e informações.

Por fim, à Joana Matos Baratieri, que se exasperava com a minha dedicação à tese, informo: pode tirar a fantasia de palhaça, já posso prestar atenção em você, minha filha.

Dedico esta tese a Rogério Baratieri, que na luta política para melhorar a vida de todos, perdeu a sua.

RESUMO

Este é um estudo que enfoca as motivações da escolha da profissão e as expectativas em relação ao mercado de trabalho dos alunos do último semestre do curso de graduação em Odontologia de uma universidade pública do sul do Brasil. Trata, também, de refletir sobre as relações entre o perfil profissiográfico traçado nas Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN para os cursos de graduação em Odontologia, as práticas acadêmicas e a formação profissional do cirurgião-dentista. A produção de dados foi realizada por meio de questionários direcionados a trinta e oito alunos do último semestre do curso de Odontologia, de sete entrevistas: com o responsável pelo curso, professores cirurgiões-dentistas atuando no ensino odontológico e dirigentes de associações da categoria. Também, utilizamos a observação quando da aplicação dos questionários e da realização das entrevistas. O estudo evidenciou que os concluintes do curso, por terem a imagem da Odontologia como uma profissão eminentemente liberal, ao finalizarem o curso, considerando-se a situação atual da profissão - da condição de liberal para uma condição de liberal associada ao assalariamento - não terão garantida a execução do esperado. Assim, diante desta realidade e não havendo possibilidade de alcançar sua expectativa, o recém-formado se confrontará com uma realidade profissional diferente da imaginada. As análises apontam para o provável enfrentamento de uma situação de frustração e incapacidade de realização do seu projeto profissional. Também, há que se dizer que as tendências recentes, emanadas do Ministério da Educação, através da promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação e as diretrizes constitucionais do SUS, do Ministério da Saúde, que originaram normatizações e proposições (ações e programas), diante da inadequação relativa da formação profissional dos dentistas, favorecem uma perspectiva doutrinal inspirada por uma lógica de conversão profissional que é contrária ao atual estatuto profissional.

Palavras-chave: Ensino odontológico; Odontologia; Representações sociais.

ABSTRACT

The present study focus on the motivations, leading to the choice of the profession and the expectations in relation to the work market, of students attending the last semester of Odontology, in a public university, in the south of Brazil. The study also reflects about the relations among the professional profile proposed by the National Curricular Directives /DCN for undergraduation courses in Odontology, the academic practices and the professional formation of the surgeon dentist. The data were collected through seven interviews, with questionnaires directed to thirty-eight students from the last semester of Odontology. Among the subjects there were: the professional responsible for the course, surgeon-dentist teachers teaching in the course and directors of associations of this category of workers. Data were also raised from what was observed during the interviews. The study showed that the students, who are finishing the course, view Odontology as an eminently liberal profession. However, when they enter into the work market, their expectations do not come true, for the reality is completely different and they have to face the condition of wage earners. The analysis of these data point out that these new professionals have to cope with feelings of frustration and of incapacity in relation to their longing for a project of professional fulfillment. It is also relevant to mention that - taking into account the relative inadequateness of the professional formation of dentists, the current tendencies issued by the Ministry of Education, through the promulgation of the National Curricular Directives for undergraduation courses and the constitutional directives of SUS of the Ministry of Health, which give rise to norms and propositions (actions and programs) - favor a doctrinal perspective inspired by a logic of professional conversion which goes against to the current professional statute.

Key words: Odontological Teaching; Odontology; Social Representations.

LISTA DE SIGLAS

ABCD – Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas.

ABEEO – Associação Brasileira de Estabelecimentos de Ensino Odontológico.

ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico.

ABO – Associação Brasileira de Odontologia.

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (VER).

ABRUC – Associação Brasileira de Universidades Comunitárias.

ACAFE – Associação Catarinense das Fundações Educacionais.

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário.

AIS – Ações Integradas de Saúde.

ANEP – Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.

APCD – Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas.

APD – Auxiliar e Prótese Dental.

CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

CERMES – Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société.

CFO – Conselho Federal de Odontologia.

CHU – Centros Hospitalares Universitários.

CNE – Conselho Nacional de Educação.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

COMUNG – Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas.

CROSP – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.

CUT – Central Única de Trabalhadores.

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais.

EAP – Escola de Aperfeiçoamento Profissional.

EHESS – École des Hautes Études en Sciences Sociales.

ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes.

ENATESPO – Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico.

ENC – Exame Nacional de Cursos.

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública.

FIO – Federação Interestadual de Odontologistas.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

FNO – Federação Nacional dos Odontologistas.

IES – Instituições de Ensino Superior.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social.

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

IRESKO – Institut de Recherche sur la Société Contemporaine.

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

MBRO – Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica.

MEC – Ministério da Educação.

NESCON – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

NOAS – Norma de Assistência à Saúde.

NOB – Normas Operacionais Básicas.

PDEE – Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior.

PICDT – Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica.

PROFAE – Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

PROFORMAR – Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde.

PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas.

PSF – Programa de Saúde da Família.

RGO – Revista Gaúcha de Odontologia.

RHS – Recursos Humanos em Saúde.

SESu – Secretaria de Ensino Superior.

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior.

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

THD – Técnico em Higiene Dental.

TPD – Técnico em Prótese Dental.

UEL – Universidade Estadual de Londrina.

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.

UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense.

VRPO – Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE SIGLAS	9
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: detalhamento do percurso da investigação	24
1.1 Da contextualização da pesquisa: definição e delimitação do objeto de estudo	24
1.2 Do desenvolvimento da pesquisa e das escolhas metodológicas	25
1.3 Do tratamento dos dados e das informações	34
1.4 Da análise e da interpretação dos dados e informações construídos	34
CAPÍTULO II - DA ODONTOLOGIA E “SEU LUGAR” NO CAMPO MÉDICO: breve histórico, identidade profissional e sinais da crise	38
2.1 Da sociologia dos grupos profissionais e da sociologia das profissões: algumas palavras.....	38
2.2 Da emergência à institucionalização da profissão: breves considerações.....	40
2.3 Dos sinais da crise: das aspirações não satisfeitas.....	54
2.4 Dos discursos: realistas, otimistas, pessimistas.....	72
CAPÍTULO III - DAS PRÁTICAS ACADÊMICAS E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: entre o espectro do currículo mínimo e a “luz” das Diretrizes Curriculares Nacionais	82
3.1 Dos currículos mínimos, das diretrizes constitucionais do SUS e das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação: superação, parceria, articulação.....	82

3.2 Das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação: “peças de ficção”?.....	88
3.3 Dos currículos dos cursos de graduação em Odontologia: algumas observações.....	95
3.4 Do curso de graduação em Odontologia da universidade pública federal: um curso voltado para si mesmo?.....	103
CAPÍTULO IV - DE CANDIDATO A ODONTOLANDO AO DIPLOMA DE CIRURGIÃO-DENTISTA: enquanto estudantes o futuro da nação, quando graduados um problema social.....	118
4.1 Ser estudante de Odontologia: um estilo de vida?.....	118
4.2 Das escolhas da profissão e do “patrocínio” financeiro	122
4.3 Das perspectivas de trabalho profissional: entre a ideal e a possível	127
4.4 Das estratégias pensadas: que carreiras, qual especialidade?.....	133
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	154
BIBLIOGRAFIA	166
ANEXOS.....	170

INTRODUÇÃO

“Toda a claridade traz a sua sombra; toda a elucidação traz consigo um pouco de cegueira” (MORIN, 1984: 142).

Este é um estudo que enfoca as motivações da escolha da profissão e as expectativas em relação ao mercado de trabalho, dos alunos do último semestre do curso de graduação em Odontologia, de uma universidade federal do sul do país. Trata, também, de refletir sobre as relações entre o perfil profissiográfico traçado nas Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN para os cursos de Odontologia, as práticas acadêmicas e a formação profissional do cirurgião-dentista. Portanto, busca-se compreender aspectos da dinâmica dos processos de profissionalização dos odontólogosⁱ, como também dos recursos e estratégias que pretendem mobilizar para a realização do seu projeto profissional.

O tema escolhido é fruto de observação empírica, que se fundamenta na atuação pessoal como docente da disciplina de Sociologia da Saúde e como membro do Colegiado do Curso de Odontologia de uma universidade do sulⁱⁱ do Brasil. Nas conversas com colegas das Ciências Sociais (mais especificamente, das disciplinas de Antropologia e Sociologia) e com docentes cirurgiões-dentistas que ministram a disciplina de Odontologia Preventiva e Social/Coletiva em outras universidades públicas de direito privado/comunitáriasⁱⁱⁱ, estes manifestaram preocupações semelhantes sobre a imagem profissional, a formação acadêmica e as expectativas dos alunos em relação ao mercado de trabalho odontológico. Assim, percebeu-se que não se tratava de algo isolado ou localizado que deveria ser estudado. Portanto parecem ser bons os motivos para pesquisar o tema.

Sabe-se da existência de um sistema gerador de representações sociais^{iv} e práticas que é incorporado coletivamente e reflete a imagem do cirurgião-dentista como a de um profissional liberal, em geral reforçada pela atitude professoral das práticas acadêmicas. Dizendo de outra forma, o modelo educacional de formação profissional é orientado do ponto de vista da imagem corporativa e das expectativas pessoais e da sociedade.

No entanto, evidencia-se, cada vez mais, que o trabalho liberal autônomo do cirurgião-dentista está mudando e a corporação odontológica apresenta forte resistência ao assalariamento, sem dar-se conta de que esta dinâmica tendencial independe de decisão individual, convertendo-se numa possível situação de crise quando o egresso dos cursos de graduação em Odontologia entra no mercado de trabalho.

Numa tentativa de reproduzir de maneira mais visual a lógica que orienta o imaginário social dos alunos de Odontologia, Moysés, cirurgião-dentista, professor universitário, cria a expressão “bomba-relógio de expectativas frustradas” (MOYSÉS, 2004: 35), para exemplificar o que se passa entre a expectativa do ideal e o que costumeiramente tem se caracterizado como o “mundo profissional real”.

Assim, procuramos identificar a representação social da profissão que vem sendo construída por graduandos do último semestre do curso de Odontologia de uma universidade federal, no processo de formação da identidade profissional e tomar conhecimento do seu projeto profissional (as aspirações relativas à futura prática profissional).

Reafirmamos, portanto, que a intenção é entender a profissão a partir do estudante do último semestre do Curso de Graduação em Odontologia, ou seja, trabalharemos com o ideário do aluno. Parte-se do pressuposto de que os graduandos do curso de Odontologia, ao terem uma imagem da profissão como idealmente liberal, almejando como projeto profissional, definitivo ou provisório, a busca de maior remuneração profissional, irão se deparar com uma realidade de atuação profissional, que não é capaz de satisfazer suas expectativas e lhe causará frustração profissional.

A Odontologia parece encontrar-se diante de uma situação de crise, pois as novas exigências do mercado de trabalho apontam para a formação de um profissional polivalente, que vai de encontro à regulamentação das profissões de saúde e, também por isso, apresenta resistência corporativa. Também, identifica-se a tendência ao

assalariamento e à exigência de um profissional especialista (não-generalista), que passa a ter reflexos na identidade profissional.

Em relação à identidade profissional da Odontologia há que se considerar o efeito criador e transformador das práticas acadêmicas nas representações sociais dos alunos. Assim, a partir da ação, principalmente “professoral”, cria-se ou reforça-se um *habitus*” profissional e um forte espírito corporativo. A noção de *habitus* nos remete a Bourdieu (1989), numa abordagem que considera o conjunto de valores, normas, regras sociais e modelos culturais dos indivíduos, enfim, as representações sociais. Nessa direção, as práticas profissionais tenderão a considerar o que é mais compatível com a representação social que os alunos/egressos têm da Odontologia.

As representações sociais dos alunos sobre a prática profissional estão relacionadas à cultura e aos valores dispensados a determinados aspectos da prática odontológica, que influenciam o currículo e são por ele influenciados. Trata-se de um modelo que orienta a formação de atitudes, posturas e práticas. Tais valores podem estar associados às representações que os graduandos fazem da profissão, as quais devem ter motivado a escolha profissional.

Dito de outro modo, as percepções e representações sociais são fruto de uma seleção decorrente das condições objetivas de vida do indivíduo e podem ser compreendidas segundo o conceito de Durkheim (1970), como sendo a consciência coletiva – a dimensão social – que encontra-se dentro de cada pessoa e que constrói o real através de certas condições de existência.

Herzlich, uma das sociólogas mais citadas neste trabalho, apresenta o conceito de representação social como um sistema de valores e de práticas que comporta uma dupla disposição: instituir uma determinada ordem para orientar os indivíduos no seu meio social a fim de “dominá-lo” e, de assegurar a comunicação entre indivíduos pertencentes a um determinado grupo ou comunidade, através de uma espécie de código, para viabilizar as trocas e “classificar” o seu “mundo” e sua história, tanto a individual como a coletiva (HERZLICH, 1969).

Nossa hipótese foi construída a partir das perspectivas dos alunos, que, ao terem a imagem da Odontologia como uma profissão eminentemente liberal, ao finalizarem o curso, considerando-se a situação atual da profissão, da condição de profissão liberal, para uma condição de associação à de assalariada, não lhe garantirá a

execução do esperado. Assim, diante desta realidade e não havendo possibilidade de executar sua expectativa, o recém-formado se confrontará com uma realidade profissional diferente da imaginada. Deverá enfrentar uma situação de frustração e incapacidade de realização do seu projeto profissional.

Isto porque as transformações em curso no mercado de trabalho dos profissionais de saúde - o assalariamento crescente, o aparato tecnológico com maiores recursos diagnósticos e novas possibilidades terapêuticas, entre outras, são elementos significativos que caracterizam recentes mudanças e atingem a prática profissional em odontologia, esboçando uma provável situação de crise profissional quando da atuação do egresso no mercado de trabalho.

Moysés, já citado, enfoca as contradições da Odontologia no Brasil, às quais já nos referimos anteriormente; elas

“refletem e reproduzem os dilemas correntes de um modelo de formação e prática odontológica imerso em complexa transição. A passagem da odontologia de mercado, de natureza liberal e privada, típica das últimas décadas do século XX, para uma sujeita às oscilações da oferta de emprego e renda num mercado extremamente competitivo é a tônica moderna [contemporânea seria o mais correto]” (MOYSÉS, 2004: 34).

Nessa direção, a Odontologia parece ter cometido um erro estratégico: o arquétipo profissional foi construído voltado exclusivamente para uma clientela particular, para o exercício liberal da profissão, negligenciando a interlocução com o Estado, nem com os serviços ou convênios e entrou no século XXI desta forma, sendo que a sociedade empobreceu. Em relação a esta questão, estudo^{vi} registra que, nos anos 80 e 90, com a queda do crescimento, houve um aumento do número de pobres e um declínio considerável nos rendimentos da classe média. O estudo mostra que 5,8% do orçamento das famílias mais ricas é destinado à assistência à saúde (tratamento dentário e consultas médicas); no entanto, nas famílias mais pobres, os gastos no montante de 9,6% do orçamento são destinados a remédios e hospitalização.

Da mesma forma, colocando em evidência este “divórcio” (entre a categoria e a sociedade) é curioso observar que no editorial do jornal da Associação Brasileira de Odontologia/ABO com circulação no estado, *locus* da pesquisa, assinado pelo presidente da entidade, explicita-se a intenção de que:

“é preciso estatuir definitivamente a compreensão de que já não é possível nestes tempos de globalização, uma categoria profissional

que seja desligada da sociedade em que está inserida. Mas, para ser possível a ultrapassagem do divórcio entre a categoria e a sociedade, é necessário antes superar o forro [fosso] que se estabeleceu entre a classe e sua representação profissional e política” (ABO estadual, 2005: 02).

Por que estudar temas referentes aos cirurgiões-dentistas, à Odontologia ou ao ensino odontológico? Nos parágrafos a seguir informaremos que, em que pese o empenho, não localizamos muito material (estudos, análises e pesquisas) sobre a Odontologia ou a categoria profissional dos cirurgiões-dentistas. Porém, há muitos aspectos do exercício profissional dos dentistas que ainda são pouco conhecidos^{vii} ou desconhecidos; percebe-se que as mudanças em curso, da promulgação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação, do modelo de saúde, às mudanças no mercado de trabalho e novas demandas de perfil profissional, têm suscitado uma série de alterações no cenário das profissões de saúde.

Após algumas buscas, constatamos que, diferentemente de outras profissões da saúde, havia muito poucos estudos sobre a Odontologia. Muito mais profícua é a produção sobre a medicina e os médicos, bem como sobre a enfermagem e os enfermeiros. Podemos dizer que algum material sobre a Odontologia pode ser encontrado em teses e dissertações e artigos em periódicos, no entanto, os aspectos históricos da profissão são objeto de vários livros, conforme pode ser constatado na bibliografia desta tese.

Quando do PDEE, na França, fizemos contatos com vários pesquisadores, pois também naquele país estudos sobre a profissão odontológica são mais raros ainda. Ao indagarmos aos pesquisadores franceses que têm como objeto de pesquisa ou de estudo as profissões ou trabalham com temáticas de saúde, sobre tal constatação, ouvimos algumas justificativas. Entre elas, por exemplo, pelo fato da categoria dos cirurgiões-dentistas não se tratar de um grupo profissional em situação de crise, pois é uma profissão financeiramente privilegiada, caracterizada pelo exercício quase que exclusivamente liberal. Por isso, “ganham muito dinheiro” (Ivan Sainsalieu e Gilbert Braye)^{viii}.

Para Françoise Acker, socióloga atuando na EHESS e CERMES, que é co-autora de um livro lançado em 2003 sobre a crise das profissões de saúde^{ix}, o problema é que, provavelmente, na representação dos franceses, os dentistas são percebidos como uma categoria marginal, no sentido de valor secundário, acessório. Também, talvez, pelo fato de ser categoria numericamente inferior a dos médicos: há pouco mais que 40

mil dentistas^x na França, para cinco vezes mais o número de médicos e dez vezes mais o número de enfermeiras.

Para Christine Sinding, também co-autora de uma obra recente sobre o pensamento médico^{xi}, obtivemos outras explicações possíveis: pode ser que os pesquisadores se ocupem mais com os médicos e as enfermeiras pelas características do sistema de saúde (hospitalocêntrico) francês estar apoiado sobre estes profissionais, que atuam nos Centros Hospitalares Universitários/CHU's. Outra possibilidade, segundo esta pesquisadora, seria o fato dos dentistas gozarem de menor prestígio e *status*.

Talvez, na representação de pessoas da geração dos pesquisadores, haja uma associação à experiência pessoal negativa^{xii} em relação a este profissional de saúde, pois o dentista é uma espécie de 'bête noir' no imaginário desta geração. Aliado a isto, contemporaneamente, há o fato destes profissionais ganharem muito dinheiro e realmente não serem classificados como tema ou objeto de interesse de estudos e pesquisas, foram as lembranças na memória de uma terapeuta aposentada, que por vezes foi nossa interlocutora^{xiii}, para explicar os poucos estudos e pesquisas envolvendo a profissão, ou os cirurgiões-dentistas.

Na última semana de realização do PDEE nos deparamos com o único material específico abordando a Odontologia como profissão, numa perspectiva da Sociologia do Trabalho. Trata-se do material "La création d'une profession: les chirurgiens-dentistes"^{xiv}; no qual a autora registra a não-existência de trabalho realmente científico consagrado à história das profissões dentárias. A partir das suas buscas relata que o material localizado é "majoritariamente estudado sob o ângulo das evoluções científicas e terapêuticas da Odontologia. Ou de membros destas profissões (...) que participam da elaboração da retórica de seu grupo profissional" (POINSART, 2004: 10).

Assim, este estudo foi realizado por meio de leituras de livros, artigos e relatórios de pesquisas sobre a medicina e os médicos e de outras obras abordando a enfermagem como profissão. Como para quem trabalha as profissões, a Medicina é considerada o "arquétipo" (BASZANGER, 1981: 224) ou o "protótipo" (HERZLICH, 1995a: 99), nossas análises a respeito da Odontologia estarão fortemente referenciadas nas leituras e reflexões daqueles trabalhos.

Antes de apresentarmos os procedimentos metodológicos adotados, que serão descritos no próximo capítulo, de forma breve esboçamos o seu desenvolvimento. A

produção de dados ocorreu em três etapas sucessivas. Durante uma fase exploratória realizamos uma entrevista a partir da temática em estudo, com um cirurgião-dentista, professor da universidade em questão, pesquisador da CNPq, que desenvolve projetos de iniciação científica com alunos da graduação em Odontologia da universidade federal, e é gestor de cursos de pós-graduação em saúde pública e orienta pesquisas com alunos do curso.

A segunda etapa envolveu quatro entrevistas, com o responsável pelo curso de graduação em Odontologia, denominado de Chefe do Departamento de Estomatologia, o professor da disciplina (que também responde pela vice-chefia do Departamento), na qual aplicamos o questionário a 38 concluintes do último semestre do Curso de Graduação em Odontologia, o presidente da secção regional da Associação Brasileira de Odontologia (que também responde pela estadual), e o presidente da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas, novo órgão da categoria, recém-criada no país e estado.

Num terceiro momento, entrevistamos um cirurgião-dentista, professor de uma universidade estadual também do sul do país, que liderou a implantação de um currículo inovador de graduação em Odontologia, ainda na década de 90, quando ainda não se falava em alteração curricular. É importante salientar que este entrevistado esteve à frente da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO nas discussões sobre os currículos pedagógicos do curso e é conhecido pelas polêmicas que gera a partir de suas idéias e proposições de vanguarda. Também, embora não estivesse previsto, fizemos uma entrevista com um professor de uma faculdade paulista que, no final da década de 90, implantou um currículo inovador no curso de graduação em Medicina superando o formato disciplinar, utilizando metodologias de aprendizagem consideradas “não-tradicionais”.

O presente trabalho inicia com uma breve introdução e conta com cinco capítulos. O primeiro apresenta os procedimentos metodológicos adotados, contextualizando a pesquisa, o seu desenvolvimento, o tratamento dos dados e informações, bem como as suas análises. O segundo faz uma breve retrospectiva da Odontologia como profissão, abordando alguns aspectos da identidade profissional e identifica sinais de uma crise que oscila entre discursos de pletora e de uma certa penúria. O capítulo subsequente trata das práticas acadêmicas e da formação profissional; aborda as Diretrizes Curriculares Nacionais, os currículos dos cursos de

graduação em Odontologia, desde o início da sua institucionalização e caracteriza o curso da universidade federal, cujos concluintes responderam ao questionário. O quarto capítulo é consagrado a algumas análises sobre as motivações iniciais e expectativas dos concluintes do curso de Odontologia em relação à futura profissão e ao mercado de trabalho. E o último é destinado às considerações finais, seguido das referências, bibliografia e dos anexos.

Informamos que todas as traduções são livres, portanto sob a nossa responsabilidade; a intenção foi proporcionar maior fluência à leitura.

Notas:

ⁱ Esta denominação é utilizada, em algumas universidades do sul do país, para designar os alunos de cursos de graduação em Odontologia.

ⁱⁱ Dados do MEC, publicados em 2004, referentes ao ano anterior, informam que a região sul (com 15% da população do Brasil), é a segunda de maior concentração de estudantes universitários: 19% (745.164 matriculados). À sua frente vem o sudeste, com 49 % do total de alunos (3.887.771), que é região sabidamente de maior concentração populacional do país (Brasil. Ministério da Educação, 2004: 22).

ⁱⁱⁱ As instituições privadas são classificadas pelo Censo da Educação Superior em dois grupos distintos: o das “particulares, ou com fins lucrativos e o das comunitárias, filantrópicas ou confessionais, sem fins lucrativos. Vistas sob esta ótica, verifica-se que 1.302 (78,8%) IES privadas são particulares, com fins lucrativos, enquanto que 350 (21,2%) são comunitárias, confessionais ou filantrópicas, sem fins lucrativos” (Brasil. Ministério da Educação, 2004: 08). O presidente da Associação Brasileira das Universidades Comunitárias/ABRUC define-as da seguinte forma: “são instituições não-estatais, nem estritamente privadas, pertencentes a uma comunidade e como tais, geridas por seus representantes. (...), não objetivam lucro, mas a formação humana e, profissional, num exercício permanente de participação e co-responsabilidade” (Revista da ABRUC, 2005: 03). Explicitando melhor, estas IES são criadas, mantidas e supervisionadas por uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, administradas por colegiados, cuja composição contempla representantes dos docentes, discentes, técnico-administrativos, da mantenedora e da sociedade em geral.

^{iv} A abordagem deste conceito teve como referência o capítulo Representações Individuais e Representações Coletivas, da obra de Durkheim (1970: 13-42).

^v Entendido como um princípio gerador e organizador das nossas representações e práticas. Dizendo de outra forma, é o produto construído historicamente, orientador das práticas sociais tanto individuais como coletivas, ou seja o princípio gerador dos pensamentos, das percepções e das ações (Bourdieu, 1989: 59-73), segundo as normas de representação do mundo social. Retomaremos este conceito nos próximos capítulos.

^{vi} Atlas da Exclusão Social – Os ricos no Brasil. Comentário disponível em <http://www.unicamp.br/unicamp/canal_aberto/clipping/abril2004/clipping040406_val...>, acesso em 16 mai. 2005 (UNICAMP, 2005). Para maiores informações, ver Pochmann *et al.* (2003).

^{vii} Um deles é informado pela Associação que entende a necessidade de investigar a “própria origem real da entidade (...) ainda é uma história a ser melhor contada. O resgate completo de todos os detalhes sugere, sem dúvida, um trabalho extenso mais adequado ao perfil de pesquisadores profissionais” (ABONacional, 2004).

^{viii} Durante uma discussão no Seminário sobre Groupes Professionels et Sociétés Contemporainnes, no IRESCO, no dia 14/05/2004.

^{ix} Acker, Françoise. Les infirmières: une profession en crise? Kervasdoué, Jean de (Sous la direction de). **La crise des professions de santé**. Paris: Dunod/ La Mutualité Française, 2003.

^x Segundo site do Ministério da Saúde da França (www.sante.gov.fr), em janeiro de 2003, havia naquele país, 40.648 dentistas. Em contrapartida, contava com 423.431 enfermeiros (France, 2004). Em 07/05/2005 estudo específico sobre médicos aponta que, em 2004, a França contava com 203.487

médicos. Conforme a citação, estes são dados da Ordre National des Médecins – Conseil National de L’Ordre (France, 2005).

^{xi} Lecout, Dominique (Sous la direction de). **Dictionnaire de la pensée médicale**. Paris: PUF, 2004.

^{xii} No entanto, sabemos que não se trata de uma associação negativa restrita à realidade dos franceses; o medo do dentista parece persistir. Na *home-page* da ABO nacional, numa matéria sobre a defesa do uso da analgesia nos procedimentos odontológicos, como meio de reduzir o medo e a ansiedade do paciente, o médico anestesista Manuel Mosqueira (ex-instrutor do grupo de reanimação cárdio-respiratória da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo/SAPESP), citou o resultado de uma pesquisa sobre os medos mais comuns das pessoas: o de ir ao dentista aparece em 2º lugar, atrás do medo de falar em público (ABONacional, 2004). Também no Brasil, em artigo recente que pretendia compreender a comunicação clínica entre alunos de Odontologia e seus pacientes, objetivando a humanização da prática odontológica, os autores relatam que, para os usuários (das classes populares) dos serviços de saúde, o dentista é “aquele médico que ‘judeia’, que machuca, que deixa dor’. Um arquétipo de há muito criado na realidade popular e que vem sendo reproduzido na formação acadêmica. (...). Na pesquisa, 31% justificam o medo para faltarem às consultas” (Moreira *et al.*, 2004: 63).

^{xiii} Monique Besse, com formação em sociologia e psicologia.

^{xiv} POINSART, Laurence. **La création d’une profession: les chirurgiens-dentistes**. Sous la direction de Bernard Friot. Universidade Paris X – Nanterre. Maîtrise de Sociologie du Travail. Paris. 2003-2004. A título de informação, na França, a “maîtrise” ocorre ao final do quarto ano de curso universitário, concluindo o que é denominado ‘segundo ciclo’. O terceiro ciclo é o Diplôme d’Études Aprofundies/DEA, que é realizado em dois anos após a “maîtrise” (Martins, 2004: 95).

CAPÍTULO I

DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: detalhamento do percurso da investigação

“Oscar Wilde disse certa vez que ‘há um M em Monmonth e um em Macedônia, mas nada se aprende a partir desta analogia’. Precisamos distinguir com mais cuidado entre o essencial e o acessório, o aleatório e o seqüencial, o significativo e o irrelevante” (MEZAN, 2005: 05).

1.1 Da contextualização da pesquisa: definição e delimitação do objeto de estudo

O projeto da tese foi redimensionado em diversos momentos. Quando do Exame de Qualificação (julho/2003), foi recomendado que o estudo se restringisse aos concluintes do curso de graduação em Odontologia de somente duas universidades (uma pública federal e outra pública de direito privado/ municipal), de um estado do sul^{xv} do país, sem ser um estudo comparativo. Embora os professores sugerissem o estudo junto a uma universidade, naquela ocasião insistimos na inclusão de uma universidade pública de direito privado/municipal^{xvi}, salientando a relevância do Sistema de Instituições de Ensino Superior/IES do estado em questão. No entanto, acabamos por rever tal posição, conforme brevemente relatado a seguir.

O segundo momento deu-se durante o nosso estágio-sanduíche, de sete meses, na EHESS e Laboratório CERMES, na França. Neste período, como não havíamos aplicado os instrumentos de pesquisa, antes de sair do Brasil, tivemos condições de repensar o projeto e, principalmente, rever e reavaliar os instrumentos (entrevista e questionário). Embora tendo enviado ao Comitê de Ética, em novembro de 2004, a proposta de aplicar os instrumentos aos concluintes de duas universidades, conforme já

explicitado, nossas reflexões, compartilhadas com o orientador, nos reorientaram no sentido de restringir a abrangência do estudo.

Nos apoiamos no entendimento de que, como não se tratava de um estudo comparativo, redimensionaríamos o universo de análise, delimitando a pesquisa para os concluintes do último semestre do curso de Odontologia da universidade federal, por três motivos: por ser a única pública, federal e gratuita do estado, ter o curso mais antigo e por apresentar maior densidade (candidatos/vaga) nos exames vestibulares no estado^{xvii}.

Portanto, a proposição inicial, esboçada no projeto de ingresso no doutorado, em 2001, de fazer um estudo comparativo envolvendo alunos dos seis cursos de Odontologia de universidades públicas de direito privado/comunitárias existentes no estado, fica como proposição de um projeto de pesquisa a ser desenvolvido oportunamente. A título de informação, das 15 instituições de ensino superior/IES^{xviii} do estado, as seis que mantêm um curso de graduação em Odontologia apresentam a seguinte cronologia de abertura: o primeiro foi criado em 1989, dois em 1998, mais dois em 1999, e o último (até abril de 2005), em 2000; portanto são bem recentes, se considerarmos que o primeiro curso do estado, o da universidade federal completará 60 anos em 2006 e, por mais de quatro décadas, foi o único no estado^{xix}, *locus* da pesquisa.

Somente para informar, esta configuração é diferente nos outros dois estados da região sul do país. Isto porque um deles conta com uma universidade pública federal e onze instituições de ensino superior públicas estaduais, regionalmente localizadas; e o outro estado apresenta quatro universidades públicas federais, uma fundação pública federal e dez universidades comunitárias.

1.2 Do desenvolvimento da pesquisa e das escolhas metodológicas

Este estudo envolveu uma investigação empírica, de abordagem qualitativa, realizada por meio de questionários direcionados a trinta e oito alunos do último semestre (9.º) do curso de Odontologia; de sete entrevistas realizadas com dirigentes de associações representativas da categoria de ensino odontológico responsável pelo curso de graduação em Odontologia e de professores universitários, cirurgiões-dentistas atuando no ensino odontológico. Também, utilizamos a observação quando da aplicação dos questionários e da realização das entrevistas.

Além desses instrumentos e técnicas de produção de dados, nos valem da leitura de documentos, com foco na legislação de ensino odontológico vigente sobre os projetos pedagógicos dos cursos de Odontologia (MEC/CNE), situação da categoria através de informações nas *home-pages* da Associação Brasileira de Odontologia/ABONacional, da Associação Brasileira de Odontologia/ABOestadual, da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas/ABCDbrasil, da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas/ABCDsc, do Conselho Federal de Odontologia/CFO e da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO, relativas ao tema em estudo. Contamos, também, com dados secundários obtidos junto à Secretaria do curso de graduação e ao setor encarregado do concurso vestibular^{xx} da universidade cujos concluintes responderam ao questionário.

A partir de leituras oportunizadas durante o PDEE, revimos os instrumentos de pesquisa: questionário e entrevista, conforme já relatado. Entre as leituras, as orientações obtidas junto a autores como o sociólogo francês Singly (2003), foram definitivas, no que diz respeito às decisões sobre os redirecionamentos da pesquisa. Para o autor citado, a entrevista é concebida como “um instrumento privilegiado para a compreensão de comportamentos e o questionário um excelente método para explicar a conduta” (SINGLY, 2003: 23). Este autor frisa que a entrevista tem a função de “reconstruir o sentido ‘subjetivo, o sentido do vivido dos comportamentos dos atores sociais; o questionário tem por ambição primeira apreender o sentido ‘objetivo’ das condutas cruzando-as com os indicadores dos determinantes sociais” (SINGLY, 2003: 27). Cada uma das técnicas utilizadas na produção de dados e de informações

“representa uma situação de interlocução particular que produz dados diferentes: o questionário provoca uma resposta, a entrevista faz construir um discurso. (...) O questionário informa sobre características de populações específicas e, em lhes classificando, permite estabelecer uma ligação de causalidade provável entre as características descritivas e os comportamentos. A entrevista revela a lógica de uma ação, seu princípio de funcionamento” (BLANCHET e GOTMAN, 2001: 40-41).

Dito isso, partimos para a explicitação dos procedimentos metodológicos adotados.

Pesquisa Documental

O estudo baseou-se em algumas fontes documentais, como a estrutura curricular do curso, por exemplo. Aqui o objetivo foi tomar conhecimento da estrutura curricular do curso que se encontra em funcionamento e, tendo como referência o perfil profissiográfico proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2001) (anexo 2), fazer algumas considerações a respeito^{xxi}.

Também nos valem de levantamentos sobre o perfil socioeconômico e cultural dos candidatos ao concurso vestibular do curso de Odontologia, produzido pela universidade federal^{xxii}. No entanto, nos detivemos nos dados referentes aos candidatos ao vestibular de 2001, que correspondem ao ano provável, de acesso ao curso superior, da maioria dos concluintes respondentes do nosso questionário. Obtivemos junto ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/INEP, os resultados da avaliação do curso, realizado no Exame Nacional de Avaliação dos Cursos de Odontologia (ENADE e SINAES).

Ressaltamos, também, que nos valem de legislações e normatizações na área da Odontologia (ensino e profissional), as quais foram acessadas das fontes primárias, explicitadas no texto e referenciadas, no final desta. Também, de forma complementar, buscamos informações e dados nos jornais e informativos (*on line*) das associações e do Conselho Federal da categoria.

Pesquisa Empírica

Questionários: utilizamos questionários objetivando identificar as motivações da opção do curso, as representações sociais construídas pelos alunos no processo de formação da identidade profissional e tomar conhecimento do seu projeto profissional, bem como, das expectativas da entrada no mercado e trabalho. Enfim, entender a profissão a partir das expectativas dos concluintes do curso de Odontologia, de uma universidade pública federal, que apresenta os maiores índices de densidade candidatos/vaga, no estado, cujo curso é o mais antigo.

Concebemos o questionário em três partes: a primeira, cujo bloco foi denominado “Perspectivas de trabalho profissional”, com nove questões sobre a identificação de mudanças na profissão (entre o ingresso e o último semestre do curso), as expectativas em relação à atuação futura, à instalação em consultório, local de atuação, opção por especialização, fatores considerados fundamentais para atuação

profissional, enfim, todas as perguntas versando sobre o objeto de pesquisa propriamente dito, cujas respostas nos permitirão fazer aproximações e identificar os significados.

A segunda, com seis questões, tratou das “Estratégias de estudo e de carreira”: motivação da escolha da profissão, da universidade, quem e o que mais contribuiu na formação e sugestões de mudança no processo formativo profissional. Na terceira “Características socioeconômicas”, através de dez perguntas, procuramos traçar o perfil dos alunos concluintes do curso: os capitais social, cultural e econômico^{xxiii}. Uma última pergunta deixava o espaço para os alunos se manifestarem sobre aspectos que não tivessem sido contemplados no questionário, que não foi utilizado, a não ser por quatro deles^{xxiv}.

Assim, composto de 26 questões^{xxv} (anexo 3) abertas, fechadas e semi-abertas, o questionário foi elaborado de maneira que os alunos pudessem ter facilidade “de construir sua própria identidade e de produzir o que estima-se ser sua coerência”(SINGLY, 2003:78). Apesar de mais trabalhosas no momento de hierarquizar e dar o tratamento às respostas, as perguntas abertas possibilitam uma codificação das informações de uma forma bem mais ampla. Ou seja, elas podem dar mais informação sobre as práticas ou sobre as representações sociais dos respondentes.

O instrumento foi testado, no final do segundo semestre de 2004, junto a 15 alunos do último ano (9.º semestre), do Curso de Graduação em Odontologia^{xxvi} de uma universidade pública de direito privado/municipal do interior do estado. Após, foram realizadas algumas adequações (mais espaço para as perguntas abertas, supressão de uma questão sobre a área em que pretendia clinicar e qual seria a especialização de sua escolha, por terem sido interpretadas de forma semelhante à outra existente).

Também, houve a inclusão de uma terceira coluna – a do meio, nas perguntas 2 e 3, a pedido dos alunos, que se manifestaram assim: “Professora, falta uma coluna de meio termo”, os demais concordaram com o colega. Assim, foi incluída a alternativa intermediária nas duas questões. A partir das leituras de Singly (2003), pudemos entender melhor a necessidade explicitada pelos alunos quando do pré-teste; possivelmente as adequações que fizemos tenham favorecido maior abertura aos alunos respondentes dos 38 questionários e estes tenham sentido menos pressão ao responder as questões.

O autor aponta para a possibilidade de existência, por parte dos respondentes, de uma certa pressão que identifica como “imaginária, de buscar a resposta certa” (SINGLY, 2003: 74): pois quando uma pergunta sugere várias ‘respostas’, ela parece menos com um problema escolar. Portanto, permitindo a possibilidade de respostas menos ‘conformistas’ ou ‘fechadas’. Interessante observar que, ao analisar as respostas a essas duas perguntas (2 e 3), feitas aos alunos da universidade federal, a opção “coluna do meio^{xxvii}” teve o maior número de indicações na pergunta de número 3. Já na 2 foi a segunda mais indicada.

Sabemos que algumas perguntas, como por exemplo, a sobre a renda, no questionário (corresponde a de número 20), são sempre problemáticas, pois os respondentes comumente diminuem ou se recusam a respondê-la. Isto pode ser entendido como a “expressão da defesa de um segredo, do direito a um segredo” (SINGLY, 2003: 77). Portanto, analisaremos com muito cuidado as informações apontadas e nos valeremos de outros cruzamentos para saber sobre o volume do capital econômico dos alunos.

Os questionários foram aplicados, por nós, na segunda semana de retorno às aulas, em fevereiro de 2005, durante a disciplina de Odontologia Legal. Segundo dados da secretaria do curso, a turma dos concluintes é composta de 44 alunos; a funcionária informou que alguns alunos já haviam cursado Odontologia Legal, quando dissemos que, na sala de aula, havia seis alunos a menos. A aplicação ocorreu às 18h. 15 min., do dia 07 de março de 2005, na sala de aula, com a presença do professor; minutos antes os alunos estavam participando da disciplina Clínica Integrada.

O professor da disciplina nos apresentou e nós falamos do objetivo da pesquisa. Explicamos que havia muito material, pesquisas e publicações sobre outras profissões, principalmente sobre médicos/Medicina e enfermeiros/Enfermagem, mas bem menos estudos sobre cirurgiões-dentistas/Odontologia e que eles estariam participando de um estudo sobre a profissão. Pedimos colaboração no sentido de responderem com a maior precisão possível. Informamos que, ao apresentar alguns fragmentos das respostas às perguntas abertas dos questionários, se necessário, apontaríamos o número do questionário. Os respondentes levaram de 15 a 25 minutos para respondê-lo.

O modelo de “Autorização da Instituição” onde se realizou a pesquisa encontra-se no anexo 4. Ao nos apresentarmos, explicamos que as informações contidas

nos questionários não seriam tratadas individualmente e que seriam trabalhadas de maneira a respeitar o anonimato e a confidencialidade dos respondentes. Não encontramos nenhuma dificuldade na sua aplicação, pois contamos com a colaboração e apoio do vice-chefe do departamento ao qual está vinculado o curso. Prontamente este professor fez os contatos com os alunos e pediu pontualidade no dia da aplicação dos questionários. Em relação aos alunos, nos surpreendemos com o interesse e atenção dedicados; mostraram-se muito solícitos e interessados; ouviram atentamente as explicações e, ao responderem, observamos que, aparentemente eles estavam cientes da responsabilidade e pareciam dar muita importância à possibilidade de participar da pesquisa.

A pesquisa por meio deste instrumento é uma espécie de “divã dos sociólogos”, uma analogia de Singly (2003: 36) para nos dizer que a função do questionário é a de revelar os determinantes sociais inconscientes e as práticas dos respondentes. O questionário privilegiou perguntas que dessem condições de estruturar indicadores que permitissem entrar na visão de mundo profissional idealizado pelos alunos concluintes. O autor citado sustenta que

“Pela interiorização das condutas ditas objetivas e simbólicas, nas quais se desenvolve a socialização e pela imposição de grandes referências normativas, o sistema de valores dos indivíduos constitui, seguidamente, uma das mediações pelas quais os fatos sociais são produzidos. Também, algumas questões permitindo aproximar os valores reivindicados pelos atores sociais são indispensáveis” (SINGLY, 2003: 58).

O questionário produziu dados, números “explicativos”. Numa pesquisa utilizando este instrumento, a intenção

“explicar o que os atores fazem pelo que eles são e não o que eles dizem do que eles fazem. (...) deve apreender a identidade social destes indivíduos – origem social, posição social, diploma, situação familiar –, para estabelecer uma relação de causalidade entre uma prática estudada e o meio social” (SINGLY, 2003: 21).

Ao tratar da objetivação e do engajamento relativos à opção de utilizar tal ferramenta, o autor salienta também que a apreensão da pesquisa por meio do questionário é uma forma privilegiada “de descobrir o mundo social com um olhar diferente, um olhar que revela, pela lógica dos cruzamentos, das ligações entre os fatos pouco visíveis, diferentemente, ou em todo o caso, menos quantificados” (SINGLY, 2003: 122).

Entrevistas: ao optar pela entrevista, procuramos entender o ponto de vista sobre o processo de formação profissional dos alunos, identificar os campos de prática e saber o que os representantes da categoria têm a nos dizer a respeito da atual situação da Odontologia como profissão: mercado de trabalho, transformações recentes, perspectivas da profissão, perfil dos novos profissionais a partir das DCN. Enfim, ter acesso ao quadro de referências e de significados dos entrevistados.

Uma delas foi realizada com o responsável pelo curso de graduação em Odontologia, outra com o presidente da Associação Brasileira de Odontologia/ABO, da região de abrangência da Universidade, que também responde pela jurisdição estadual. O recém-empossado presidente da nova associação da categoria, a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas/ABCD, também foi entrevistado. O professor da disciplina na qual aplicamos os instrumentos foi entrevistado, pelo fato de já ter sido coordenador do curso e estar desempenhando as funções de docente universitário há 34 anos na mesma universidade (professor D).

Além destas quatro, previstas no projeto inicial, fizemos mais três entrevistas: uma na fase exploratória com um professor na mesma universidade *locus* da pesquisa, ocupando cargo de dirigente, docente e pesquisador (envolve-se, com alunos do curso, projetos de iniciação científica), atuando no programa de pós-graduação em saúde pública (professor – pesquisador M). Uma outra, com docente aposentado recentemente, que fez parte da equipe de professores que, na década de 90, criou e implantou uma estrutura curricular arrojada e inovadora para a época, em consonância com o que as atuais DCN preconizam, mais de uma década antes, tornando-se uma referência nacional^{xxviii}. Ele foi membro da Comissão de Especialista do Ensino para elaboração das DCN dos Cursos de Odontologia (professor C).

Também entrevistamos um professor (médico) de uma faculdade pública do estado de São Paulo, que mantém um curso de graduação em Medicina, com proposta curricular inovadora e metodologias “não-tradicionais” de aprendizagem que são referências nacionais no ensino médico (este entrevistado será identificado como professor E). Com exceção desta última, todas foram gravadas e, na ocasião da entrevista, apresentamos o termo de consentimento para leitura e assinatura dos entrevistados (modelo do termo - anexo 5) e cada um deles recebeu uma cópia.

Morin, ao tratar da entrevista nas ciências sociais, e em alguns meios de comunicação, lembra que esta técnica se funda sobre a “fonte a mais duvidosa e a mais

rica de todas: a palavra. Ela corre o risco constante de dissimulação e de fabulação” (MORIN,1984: 185). Blanchet e Gotman (2001) enfocam a entrevista como um “percurso”; salientam que, por meio deste instrumento, é possível acessar a um conjunto organizado de representações, de uma certa visão de mundo, enfim de um quadro de referências.

Assim o seu valor heurístico encontra-se “na representação articulada ao contexto experiencial e se inscreve numa rede de significação” (BLANCHET e GOTMAN, 2001: 27) do entrevistado. Para os autores, os discursos que são produzidos numa entrevista podem ser do tipo “enunciados assertivos”, que nos levam a conhecer o estado das coisas, uma concepção entendida como verdadeira pelo interlocutor ou “enunciados informativos”, cujo fim é o de mostrar uma determinada “crença ou um desejo” (BLANCHET e GOTMAN, 2001: 27).

Ao participarmos do seminário “A entrevista de pesquisa em ciências sociais”, ministrado por Janine Pierret^{xxix}, durante o PDEE, optamos por não organizar o roteiro com perguntas (previsto no projeto inicial), mas sim definir temáticas a serem desenvolvidas pelo entrevistado. Esta decisão deveu-se às diferenças constatadas, pois se optarmos por entrevistas com perguntas, o entrevistado irá sempre esperar a próxima questão e vai respondê-la sabendo que virá outra em seguida. Ao agirmos desta forma, segundo as orientações no Seminário e nas leituras realizadas, poderemos correr o risco de não ter acesso ao que o entrevistado realmente pensa a respeito do que queremos saber.

Pierret, durante o seminário citado, insistia em nos dizer que fazer uma entrevista pode nos surpreender e que precisamos estar sempre vigilantes. As aulas apresentavam o formato de oficinas, nas quais inicialmente aprendíamos a escutar e ter postura de curiosidade, “sem ser indiscreto”, insistia a professora. Da mesma forma, lembrava sempre que os olhos, os ouvidos, enfim, todos os sentidos e a sensibilidade deveriam estar afinados; tanto a postura quanto a escuta, porque são nossos instrumentos/ferramentas.

Ao entrar em contato com os entrevistados (por correio eletrônico ou telefone) estabelecia-se um entendimento, ou nas palavras de Pierret (2004: 209), definia-se “o quadro e as condições de situação da entrevista”. Este momento estratégico do estabelecimento de uma certa confiança do entrevistado é denominado, por alguns autores, como lembra Pierret (2004: 208): “a convenção”, “quadro contratual da

comunicação”, “o contrato de comunicação”, “o pacto”. Para a socióloga citada, “privilegiar a palavra do outro supõe adotar um passo do tipo indutivo, que considera que o trabalho sobre os materiais coletados vai permitir a produção de teorizações do fenômeno estudado” (PIERRET, 2004: 205).

Utilizamos um caderno para anotações quando da construção dos dados e das informações. Ao nos apresentarmos, explicávamos o motivo e o tema da solicitação e já antecipávamos respostas às perguntas que, de praxe, são feitas. Ou seja, o objetivo da pesquisa, porque foi escolhido para a entrevista e para que “servirá” a pesquisa. Garantíamos a confidencialidade e, na medida do possível, o anonimato.

Observação: ao abordar a pesquisa e os seus métodos, mais especificamente a observação direta, Arborio e Fournier vão nos dizer que “observar é uma prática social antes de ser um método científico. (...) É, também, um meio de resistir às construções discursivas dos atores sobre suas práticas para se assegurar da realidade destas práticas” (ARBORIO e FOURNIER, 1999: 5-6). Os autores salientam que, se a observação direta resgata a possibilidade de acessar às práticas sociais, é graças aos “olhos dos sociólogos”. Isto porque tal resgate faz desaparecer a sensação de destituição (ou de não possuir), existente diante de tantas ferramentas cada vez mais sofisticadas, verdadeiras “caixas pretas” e demais aparatos para quantificar dados e informações que surgem a todo momento.

O nosso papel como observador, em sala de aula, ocorreu em um curto espaço de tempo (50 minutos), por ocasião da aplicação dos questionários. Se for correto dizer que as impressões percebidas pelo observador têm um interesse heurístico, podemos assegurar que exploramos um pouco dos dados produzidos na observação para conhecer mais sobre os traços do perfil dos concluintes do curso de Odontologia. Descrevemos, de forma detalhada, o que vimos e o que entendemos, numa espécie de tradução do olhar em linguagem escrita. Ou como sugerem os autores citados, fizemos a descrição dos elementos que compunham a cena: “as roupas dos atores, (...), o cenário do encontro e de sua interação” (ARBORIO e FOURNIER, 1999: 49).

Eles eram belos, bronzeados e estavam de branco: nestes poucos minutos, percebemos uma identidade no vestuário: dos 38 presentes na sala, somente um^{xxx} não estava vestido de branco. Jovens com idades entre 21 e 26 anos. Na estética corporal, a grande maioria portava corpos bonitos, bem torneados e bronzeados.

Conforme já sabemos, a cor branca da vestimenta é uma exigência do curso, pois haviam saído da aula de Clínica Integrada. O professor da disciplina demonstrou ter uma boa familiaridade com a turma^{xxxix} e, também, percebemos que, na relação aluno – professor, há muito respeito entre as duas partes (o professor tem um tom de voz muito baixo e, mesmo no início da aula, não precisou alterar o tom; diferentemente do que ocorre na nossa experiência docente). No capítulo IV voltaremos a algumas questões, que serão fruto de nossas avaliações das descrições realizadas sobre os belos personagens em cena.

1.3 Do tratamento dos dados e das informações

Em relação às entrevistas, o material foi integralmente transcrito, ou seja, a transcrição foi “fina” (silêncios, palavras balbuciadas, hesitações, os lapsos, as repetições). Em relação aos questionários todos foram numerados (frente e verso), de 1 a 19 definimos os das alunas e, de 20 a 38, os do gênero masculino. Nosso propósito não é o de fazer um estudo comparativo considerando-se o gênero^{xxxix} dos respondentes; no entanto, em alguns momentos, quando for interessante trazer à tona diferenças significativas identificadas nas respostas, explicitaremos o entendimento segundo o gênero dos concluintes do curso de graduação em Odontologia^{xxxix}.

Trabalhamos os dados e informações codificando-as, o “que permite passar da língua dos respondentes para uma linguagem digital” (SINGLY, 2003: 88). As perguntas abertas e as semi-abertas tiveram suas respostas transcritas e analisadas para, posteriormente, serem agrupadas por semelhança. No momento seguinte foram cruzadas segundo critérios explicitados quando das análises na sequência deste trabalho.

Assim, a etapa de tabulação e hierarquização dos dados e informações possibilitou a obtenção de listagem dos resultados com percentuais de cada variável, como também propiciou o cruzamento de dados considerados necessários, para podermos criar algumas tipologias. Para a geração do banco de dados da pesquisa utilizamos a planilha do programa *openOffice*.

1.4 Da análise e da interpretação dos dados e informações construídos

As análises das entrevistas consistiram em fazer uma seleção e delas extrair os dados e as informações “susceptíveis de permitir a confrontação das hipóteses aos feitos” (BLANCHET e GOTMAN, 2001: 91). Assim, analisamos o conteúdo em função das temáticas estabelecidas, estudando e fazendo comparações dos sentidos dos diferentes

discursos para “desvelar os sistemas de representação veiculados por estes discursos” (BLANCHET e GOTMAN, 2001: 91). Dito de outra forma, tentamos, portanto, entender a produção do sentido dos discursos.

Mayer, ao fazer uma análise crítica das “transgressões sistemáticas às regras do método habitualmente reconhecido em Ciências Sociais”, cometidas por Pierre Bourdieu em *La misère du monde*^{xxxiv}, retoma uma pergunta recorrente, quando chegamos a esta etapa do trabalho: “Como tratar o material de maneira rigorosa e sistemática”? (MAYER, 1995: 365). Ela insiste em recomendar que não devemos incorrer no erro, ou nos desatinos metodológicos cometidos pelo autor.

Após a tabulação e hierarquização, os dados e informações foram analisados levando-se em consideração a sua posição em relação à totalidade a que se referem, ou seja, não isoladamente. Num outro momento, construiu-se uma unidade de análise que permitiu a organização e a compreensão dos dados e informações e sua relação com a totalidade social. Dizendo de outra forma, a etapa de interpretação problematizou as hipóteses e questões levantadas no projeto original e, também, aquelas forjadas nas leituras posteriores.

Para os autores citados, a análise dos dados e informações

“é hiper seletiva, é uma leitura exógena, orientada pelos objetivos do analista, ela ignora a coerência explícita do texto e procede por decomposição das unidades elementares reprodutíveis, ela visa a simplificação dos conteúdos, ela tem por função produzir efeito de inteligibilidade e implica numa interpretação” (BLANCHET e GOTMAN, 2001: 92).

Assim, realizamos os recortes e fizemos a análise temática do conteúdo das entrevistas, sempre tentando “recusar as evidências e pontuar as contradições e as tensões” (PIERRET, 2004: 211). Ou seja, como colocamos na abertura deste capítulo, procuramos distinguir o acessório do essencial, o seqüencial do aleatório, o irrelevante do significativo. Mas, convém lembrar que primeiramente procedemos à leitura exaustiva dos questionários e das entrevistas realizadas para, num segundo momento, poder orientar a delimitação do contexto de análise; realizamos uma análise temática e fizemos alguns recortes. A partir de certos critérios de significação identificamos categorias de sentido, nas informações e dados produzidos.

Considerando-se as limitações deste estudo, as análises não podem ser generalizadas. No entanto, com base nas leituras realizadas e a constatação de certas práticas acadêmicas nos cursos de graduação em Odontologia, como bem lembram as análises e ponderações de pesquisadores e estudiosos citados ao longo deste trabalho, salientamos que algumas características identificadas podem ser encontradas em grande parte dos alunos concluintes dos cursos de graduação em Odontologia do país.

Notas:

^{xv} Dos 245 municípios do estado, onde a pesquisa para este trabalho foi realizada, 15 deles não têm dentista e 45 apresentam somente um profissional. O estado conta com 5.883 cirurgiões-dentistas, sendo 1.355 na capital do estado (CFO, 2004).

^{xvi} As 15 Instituições de Ensino Superior/IES, existentes no estado, *locus* da pesquisa, com esta figura jurídica (fundações públicas de direito privado), têm na Constituição Federal do Brasil, art 242, salvaguardadas à sua condição jurídica peculiar: instituições públicas não-estatais regidas pelas normas de direito privado. Para se ter uma idéia de sua relevância, basta dizer que as fundações da Associação das Instituições de Ensino Superior do estado contavam, em 2001, com 110.139 matrículas e as universidades públicas (uma federal e uma estadual), com 24.809 alunos matriculados (ACAFE, 2004). Em 2005 os dados indicam cerca de 140 mil alunos matriculados nos cursos superiores (ACAFE, 2005).

^{xvii} O anexo 1 desta tese apresenta uma tabela com a densidade alunos/vaga nos vestibulares para os cursos de graduação em Odontologia nas sete universidades do estado.

^{xviii} Estas IES não estão sujeitas à esfera federal. No que diz respeito à criação de novos cursos (autorização ou reconhecimento), elas dirigem-se ao Conselho Estadual de Educação, que detém as prerrogativas sobre questões envolvendo o ensino em todos os níveis, inclusive autorização para criação ou credenciamento ou sua renovação de IES no estado, excetuando-se as duas universidades públicas: a federal e a estadual. Para maiores informações, ver <http://www.acao.org.br>.

^{xix} A educação superior no estado onde se localiza a universidade, cujos alunos do último semestre do curso preencheram os questionários da nossa pesquisa, tem somente duas universidades públicas: uma federal e, a outra, estadual. As demais quinze instituições de ensino superior (onze universidades, dois centros de Ensino Superior e duas fundações educacionais), formam um sistema de Instituições de Ensino Superior, criado no início da década de 70, cujo modelo é único no país, conforme já explicitado anteriormente (ACAFE, 2004).

^{xx} Em alguns momentos faremos considerações a respeito dos dados obtidos junto ao setor responsável pelo vestibular da universidade federal, *locus* da pesquisa e aqueles que obtivemos quando da aplicação dos questionários. Para tanto, utilizaremos como referência os dados correspondentes ao ano de ingresso da maior parte dos respondentes: 2001; registramos, também, que os dados do vestibular aos quais nos referimos correspondem aos 90 classificados no vestibular de Odontologia (45 no primeiro semestre e 45 do segundo semestre). Assim, somente em poucas situações serviram de comparativo para algumas análises ou ponderações.

^{xxi} Infelizmente não tivemos acesso aos relatórios de eventos (cursos de extensão e projetos de pesquisa realizados pelo curso), pois não estavam disponíveis junto à chefia do departamento responsável. Orientada pela secretaria, nos dirigimos, por e-mail, aos coordenadores da extensão e de pesquisa sem, no entanto, termos sucesso. Tivemos o cuidado de colocar em arquivo a autorização de solicitação de informações (devidamente digitalizada), sobre o curso, assinada pelo chefe do departamento (quando de nossa estada naquela universidade), aos dois professores que coordenam os dois setores de atividade. Somente obtivemos informações sobre projetos de iniciação científica (PIBIC/CNPq) fornecidos por um docente-pesquisador entrevistado.

^{xxii} Comissão Permanente do Vestibular. Vestibular 2001. Estatística do Questionário Sócio-Econômico-Cultural. ODONTOLOGIA. Este material foi disponibilizado via e-mail eletrônico pessoal, após apresentação da Autorização da Instituição, devidamente assinada pelo responsável do curso de graduação e Odontologia. Na ocasião assinei um termo de compromisso a fim de, no final da tese, enviar os resultados da pesquisa.

^{xxiii} Isto porque a noção de campo pressupõe certos “recursos”, sejam eles de natureza econômica, social, ou cultural – no caso em pauta, este último convertido em diplomas e títulos escolares. A noção de capitais como “fonte de poder” remete a Bourdieu (1989). Capital, segundo o autor, pode ser compreendido como sendo os diferentes recursos de que se dispõe para participar de um “jogo social”. Assim, capital é uma posição de poder e compõe-se de três tipos: o capital cultural (que pode ser definido como os recursos da cultura, os diplomas escolares ou a posse de equipamentos culturais), o capital social (constitui-se da rede de relações sociais com agentes que exercem alguma influência no meio social) e o capital econômico (que são os bens materiais e financeiros).

^{xxiv} Um desejando “boa sorte”, o outro sugerindo que o questionário deveria ter abordado mais os aspectos sobre a universidade (o curso em si), um sobre a necessidade de pesquisa e o último para solicitar que fosse questionado a respeito de ações de administração do aluno (?).

^{xxv} Para elaboração das questões 2 e 3 utilizamos pesquisa realizada por Schwartzman (1992), junto a alunos do Curso de Ciências Sociais da USP.

^{xxvi} Durante as aulas da disciplina de Estágio Supervisionado. Por sugestão da professora, também alteramos a questão número 20, suprimindo os intervalos definidos para saber da renda total. Da mesma forma, na questão 18, reduzimos a duas alternativas de respostas, ficando com uma redação mais “contemporânea”; ou seja, no lugar de perguntar se é casado, solteiro ou dando possibilidade para assinalar outra alternativa (qual), apresentamos duas alternativas: “sozinho” ou em “união estável”.

^{xxvii} A primeira coluna referia-se a indicação “Muito importante”; a do meio, “Importante” e a terceira “Nada importante”.

^{xxviii} Recentemente o corpo docente publicou um livro relatando a experiência em relação à implantação e implementação do curso: Terada e Nakama (orgs.), 2004.

^{xxix} Este seminário, que ocorreu no Laboratório CERMES, fez parte de nossa programação do PDEE, ao qual nos referimos em outros momentos. Realiza-se em duas etapas (naquele que participamos, a primeira ocorreu em fevereiro e a segunda em abril de 2004). Foi criado em 1980, por Claude Faugeron com o objetivo de institucionalizar “a formação de entrevista como técnica de pesquisa (...) [num] ambiente de aprendizagem interativo onde (...) não se aprende de maneira livresca, mas na prática...” (Pierret, 2004: 202). Ou seja, sua dinâmica prevê inicialmente a prática da entrevista entre os colegas, a cada entrevista era feita uma análise da postura do entrevistador e do entrevistado: forma de perguntar, de responder a pertinência das indagações em função do tema. Posteriormente como “tarefa de casa”, na segunda parte do seminário, cada aluno deve realizar uma entrevista a partir da decisão de tema escolhido em conjunto. Desde 1991 vem sendo ministrado pela professora Janine Pierret, que mantém a dinâmica original e é um seminário muito procurado pelos alunos da EHESS.

^{xxx} Diante da nossa indagação sobre o fato de somente um aluno não estar de roupa branca, o professor da disciplina informou que o aluno em questão mora próximo à Universidade e teve tempo de ir até sua casa trocar de roupa, uma vez que para a sua disciplina o uso de roupa branca não é obrigatório.

^{xxxi} Trabalha uma disciplina no terceiro ano do curso e no último semestre.

^{xxxii} Alguns trabalhos citam o processo de feminização das profissões de saúde, também na Odontologia. Não é o caso desta pesquisa, mas a título de ilustração, dados de 17/05/2004, do Conselho Federal de Odontologia/CFO, informam que dos 193.111 cirurgiões-dentistas cadastrados, 104.135 (53,93 %), são mulheres e, 88.976 (46,07 %) pertencem ao gênero masculino (CFO, 2004). Queiroz apresenta dados de 1989: o contingente feminino totalizava “42%, variando segundo o estado e a região” (1998: 35). Segundo o Chefe do Departamento responsável pelo Curso de Graduação em Odontologia da universidade, na qual os instrumentos de pesquisa foram aplicados, há uma mudança no perfil do ingressante: há menos de três décadas havia “70% de homens, hoje há mais mulheres”, disse ele.

^{xxxiii} Dados do INEP/MEC, referentes ao ano de 2003, identificam uma predominância de mulheres: 2.193.763 mulheres (56,4%) no ensino superior, já identificada em 1995, para 1.694.008 homens. Elencam dez cursos nos quais o percentual de matrículas do gênero feminino é maior. No entanto, o curso de Odontologia não está entre eles (Serviço Social, com 93,8%; Fonoaudiologia tem 92,9%; o terceiro é Nutrição, com 92,8%; em seguida o de Secretariado: 92,6%; Ciências Domésticas, com 91,1%; Serviços de Beleza apresenta 91,0%; Pedagogia tem 90,9% de alunas; o curso de Psicologia com 85,2%; Enfermagem apresenta um contingente de 84,7% de matrículas femininas e o décimo: Terapia e Reabilitação com 83,8% de mulheres matriculadas (Brasil. Ministério da Educação, 2004:19).

^{xxxiv} Bourdieu, Pierre (sous la direction de). **La misère du monde**. Paris: Seuil. 1993.

CAPÍTULO II

DA ODONTOLOGIA E “SEU LUGAR” NO CAMPO MÉDICO: breve histórico, identidade profissional e sinais da crise

“...a invocação da crise corresponde a uma reconfiguração do espaço social da saúde, a uma redefinição dos domínios de competência e de suas fronteiras, e a uma nova relação entre os profissionais, a sociedade e o Estado” (AÏACH e FASSIN, 1994: 1).

Neste capítulo situaremos brevemente as diferentes abordagens sobre as profissões: a anglo-saxã e a francesa, faremos algumas considerações sobre a institucionalização da Odontologia como profissão, ressaltaremos aspectos da identidade profissional dos cirurgiões-dentistas e apontaremos para alguns sinais da crise por que passa a profissão.

2.1 Da sociologia dos grupos profissionais e da sociologia das profissões: algumas palavras

Menger (2003), pesquisador francês, ao organizar uma coletânea sobre as profissões e suas sociologias^{xxxv}, esclarece, na introdução, que a análise sociológica das profissões foi durante muito tempo um domínio de pesquisa e de menor visibilidade na França do que no mundo anglo-saxão, mas que atualmente o panorama mudou. Faz um breve histórico para dizer que a sociologia das profissões, a partir dos anos 30 do século XX, nos EUA, obteve

“intensos debates teóricos alimentados pela disputa entre as abordagens funcionalista e interacionista das ‘profissões’, por teorias que enriqueceram ou criticaram estas duas correntes, e por tentativas mais recentes de integração das abordagens sociológicas e econômicas” (MENGER, 2003: 1).

Tais considerações evocam as observações de Herzlich e outros pesquisadores, quando do estudo, na França, sobre a medicina como profissão e sua evolução, no qual salientam que as análises devem contar com “olhares cruzados”, tanto do sociólogo como do economista. Isto porque os autores concluem que os sociólogos ensinaram aos economistas algo que, ao referir-se aos médicos pode, também, explicar o estudo de outras profissões de saúde. Ou seja,

“que a saúde não é nem um bem nem um mercado como outro qualquer e que o médico é um produtor [de serviços] de um tipo particular. Por sua vez, os economistas mostraram que o estatuto formal, a posição adquirida por uma profissão só tem sentido dentro do espaço econômico” (HERZLICH, 1993: 242).

Retomando as reflexões de Menger a respeito das diferenças conceituais entre as línguas inglesa e a francesa, no que se refere às profissões, relata as dificuldades semânticas, para transportar para a França a noção anglo-saxã de “profissão”. Tal como ele assinala, as traduções sempre foram problemáticas, considerando-se que na França não há a mesma distinção equivalente à anglo-saxã para definir “profissões” e “ocupações”. Mas, para além destas questões semânticas de tradução de conceitos e concepções, constatam-se, também, diferenças em relação à organização do trabalho entre os países, que envolvem diferentes papéis e atuações do Estado, das estruturas sindicais, corporativas, associativas (MENGER, 2003:1).

Dizendo de outra forma, Karpik, um dos autores que fez parte da coletânea, lembra que o conceito de profissão, longe de ter uma unidade, apresenta diferenças fundamentais, pois se para os anglo-saxões designa a organização de um trabalho (‘métier’), para os pesquisadores franceses que estudam os grupos profissionais, ela “se revela particularmente reducionista” (KARPIK: 2003: 65). Como observa o autor, historicamente, a sociologia na França foi profundamente influenciada pelas teorias marxistas e weberianas, tendo sido mais “orientada para o estudo de realidades globais como o capitalismo, as classes sociais ou o Estado” (KARPIK: 2003: 62).

Dubar, um dos teóricos franceses que mais tem estudado o tema, elucida um pouco mais a questão e nos situa teoricamente, explicando porque, na França^{xxxvi}, optou-se por designar “Sociologia dos Grupos Profissionais” e não “Sociologia das Profissões”. Explica que é preferível falar em grupos profissionais e não profissão,

“dada à extrema polissemia do termo que pode designar não importa qual atividade remunerada, como ‘um ramo econômico organizado’ (...), grupos de pessoas fazendo o mesmo trabalho (sinônimo, então,

de corporação’). Este último sentido especifica a expressão ‘grupo profissional’ que supõe a existência de um nome do ‘ofício’ reconhecido, partilhado, tendo um valor simbólico forte” (DUBAR, 2003: 52).

A partir desta contextualização, Dubar, ao fazer um balanço prospectivo, vai nos dizer que a sociologia dos grupos profissionais parece apresentar um futuro promissor. Justifica o crescimento cada vez mais acentuado de pesquisas sobre o tema, utilizando três argumentos. Inicialmente pelo fato de membros pertencentes a grupos profissionais

“se sentirem cada vez mais ameaçados pelos movimentos do capitalismo internacional, as políticas racionalizadoras dos Estados e a mobilização de grupos concorrentes; segundo, [considerando-se que] *experts* de políticas públicas [falando-se em nível mundial] (...) criam dispositivos de gestão que modificam as condições concretas de trabalho, as relações entre os trabalhadores, as nomenclaturas e as fronteiras dos grupos profissionais existentes; [e o terceiro refere-se ao fato dos] sociólogos estarem se apropriando de novos métodos - longitudinais e biográficos - que lhes permitem introduzir novas dimensões de análise: dimensões temporais (...), dimensões subjetivas permitindo compreender melhor as estratégias e identidades profissionais, as segmentações internas aos grupos e os fenômenos de mobilização no trabalho” (DUBAR, 2003: 58-59).

Tais considerações são oportunas, pois na Odontologia percebe-se a existência de uma disputa simbólica pela ocupação de um determinado lugar no qual a profissão se reconheça numa imagem definida pelos valores postos pela categoria e pela sociedade. Assim, para compreendermos um pouco a complexidade dos embates revelados pelos discursos dos entrevistados vamos conhecer a sua história, que revela a transmutação da profissão de arte dentária a uma prática coletiva, que encontra-se em pleno processo de redefinição.

2.2 Da emergência à institucionalização da profissão: breves considerações

Nos interessa a abordagem numa perspectiva em que a noção de “campo de lutas” destaque os critérios de classificação e de diferenciação para o enquadramento das práticas odontológicas. Utilizar-se-á a noção de campo^{xxxvii} para se referir ao sistema de relações objetivas e de posições diferenciais, que conferem às diversas profissões de saúde papéis e *status* diferentes. Dito de outro modo, a Odontologia faz parte do campo médico, que é um espaço social em que ocorrem interações e embates entre as diversas profissões da saúde.

Campo é um sistema de posições diferenciais no espaço social, que confere *status* diferente aos profissionais da saúde e estabelece qualidades profissionais necessárias para a realização dos procedimentos terapêuticos. Bonelli ressalta que a grande maioria das profissões encontra-se numa posição “fraca”. Pois,

“ser forte é que é uma exclusividade de poucas. No caso das profissões de nível superior pode-se dizer que só o Direito e a Medicina estão realmente nesta posição. Nem as engenharias, incluídas entre as profissões tradicionais, possuem os instrumentos de controle de mercado que possuem as duas anteriores” (BONELLI: 1993a: 53).

Implícita nesta noção de campo está presente uma lógica de funcionamento e de estruturação do espaço social, com hierarquias, embates e regras que se impõem às diferentes profissões da saúde, sendo que o objeto dessas lutas é o monopólio da gestão de um determinado corpo de conhecimentos reconhecidos oficialmente, para a realização de determinados procedimentos terapêuticos. O campo pressupõe certos “recursos” ou “capitais” de que se dispõe para participar de um “jogo social”, sejam eles de natureza econômica, social, ou cultural – no caso em pauta, este último convertido em diplomas e títulos escolares. A noção de capitais como “fonte de poder” nos remete a Bourdieu (1989), conforme já explicitado anteriormente.

Já a questão do monopólio na Odontologia evoca o trabalho realizado por Carvalho ao analisar a disputa entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos, no Brasil, como um problema do processo de profissionalização. Ela observa que o exercício da Odontologia não tem se restringido ao dentista, com diploma superior e devidamente registrado nos órgãos da categoria; isto porque verifica-se a existência de dentistas práticos atuando no mercado de serviços odontológicos. Sua pesquisa constata que os dentistas práticos gozam de credibilidade e reconhecimento social pela sua atuação e entendem que dispensam seus serviços para uma clientela distinta da dos cirurgiões-dentistas: a de pessoas pertencentes às classes populares^{xxxviii}. Portanto, no entendimento dos práticos, não ocorre uma situação de concorrência do trabalho profissional^{xxxix}.

Assim, existem graus de diferenciação correspondentes à hierarquia social, que posicionam as profissões de saúde no campo médico. Tais posições diferenciadas são socialmente definidas, não se tratando, portanto, de posições naturais, mas sim construídas. Para entender melhor o “lugar” da Odontologia nesse campo, será feito um breve resgate da história da profissão, cuja constituição se dá a partir das subdivisões da medicina que, com o desenvolvimento do conhecimento, especializa a sua prática. Neste

sentido, pode-se dizer que a história da Odontologia é “análoga à da medicina” (Teixeira *et. al.*, 1995: 183).

A obra *História Ilustrada da Odontologia* registra os primórdios da prática odontológica, relatando que “os primeiros terapeutas dentais eram médicos, mas já na Idade Média os cirurgiões-barbeiros europeus se especializavam no tratamento dos dentes” (RING, 1998: 8). Freitas (2001) e Botazzo (2000) fazem algumas críticas às análises de Ring, uma vez que, para ambos, elas são muito simplistas. A de Freitas refere-se ao fato de Ring desconsiderar o processo no qual as profissões são engendradas dentro das sociedades. Botazzo diz que, na história da Odontologia, há um tema recorrente: “que a Odontologia atual é prática herdada de cirurgiões-barbeiros da Idade Média e a destes do humilde praticante da Antiguidade, numa longa e intrincada sucessão” (BOTAZZO, 2000: 131), a exemplo das afirmações de Ring (1998).

Botazzo (2000), ainda, ao estudar a trajetória histórica da Odontologia como prática social, demonstra não concordar que o cirurgião-dentista moderno seja sucedâneo do cirurgião-barbeiro da Idade Média européia. Numa tentativa de análise da profissão, Freitas aponta que parte dessa constituição não é verídica, pois essa invenção de descendência odontológica foi criada para se “produzir uma identidade particular de corporação” (Freitas, 2001: 207). Assim, Botazzo retoma essas origens para dizer que,

“não por acaso admite-se que o imaginário da corporação odontológica a conduza no sentido de permanentemente vincular-se a um suposto passado de origem nas barbearias. Este seria como um distintivo, o emblema, a existência como ‘primo pobre’ entre as especialidades médicas (...) em permanência nos dias de hoje” (BOTAZZO, 2000: 270).

Vai mais longe, ao afirmar que, analisando o movimento de constituição da profissão^{x1}, é possível entender as características que “a Odontologia veio apresentar: o caráter privado, (...) corporativista e tendendo à condição de monopólio (...) pertencem ao nosso mundo e é como a corporação dos dentistas se reconhece, num certo sentido, é como são socialmente reconhecidos” (BOTAZZO, 2000: 270). Da mesma forma, Freitas argumenta que a Odontologia foi parte de uma

“arte médica menor - a cirurgia - porque não havia, na sociedade, demanda para mais do que isso. As extrações e reduções das fraturas podiam ser perfeitamente resolvidas por estes cirurgiões em parte porque eram pouco numerosas, quase acidentais, em parte porque o perfil das doenças dos dentes era favorável a essa conjuntura” (FREITAS, 2001: 108).

Baseada no empirismo, a Odontologia chegou ao século XVIII, quando estabeleceu-se, segundo Ring (1998), como “uma verdadeira profissão”, cuja contribuição deveu-se ao francês Pierre Fauchard com seu tratado “Le Chirurgien Dentiste” (1746). Ao buscar subsídios para suas reflexões sobre o ensino da Odontologia, nas obras de Charles Gordon (de 1901) e de John Hunter (1776), Botazzo também destaca as contribuições de Fauchard, salientando que, na França, foi desencadeado o movimento que levou a Odontologia ao perfil atual (BOTAZZO, 2000: 27), como também, informa que a quase totalidade da produção teórica sobre dentes, do século XIX, é obra de franceses. Para Freitas, o feito de separação da Odontologia da cirurgia, atribuído a Fouchard, é o marco de criação da profissão (FREITAS, 2001: 107).

O estudo de Freitas observa que a Odontologia, durante longo período da história, foi “uma atividade indiferenciada dentro das práticas médicas [colocava-se, no século XVIII, dentro do conjunto de práticas auxiliares] (...) quando houve a divisão básica entre clínica e cirurgia, com maior status para a primeira” (FREITAS, 2001: 30). Isto porque, até aquele momento, os cuidados com os dentes faziam parte do ensinamento dos estudantes do curso de Medicina^{xli}. Em função do *status* maior ter sido atribuído à clínica, os médicos “passaram a restringir as suas atividades a este campo [e as chamadas] tarefas menores, ou (...) menos dignas” (FREITAS, 2001: 31) eram realizadas por seus auxiliares. Foi nesse quadro que a Odontologia “ocidental” se estruturou, bem como, a partir das “necessidades de atenção bucal emergentes na população da Europa e das Américas” (FREITAS, 2001: 31). Este mesmo autor também destaca as contribuições francesas, principalmente através da primeira obra exclusiva sobre a odontologia e, em segundo lugar, pela criação do termo.

Antes desse movimento, os problemas referentes à arte dentária sempre foram entendidos como questão médica, embora a constituição da Odontologia, como prática separada da medicina, não tenha se dado de forma homogênea em todos os países. Como cita Botazzo, não se pode desconhecer que a medicina e a cirurgia, no século XIX, já eram dois campos separados, conforme já explicitado, e que “a arte dentária é específica por ela mesma, um pouco medicina, um pouco cirurgia, formando área própria que tem na restauração protética seu ancoradouro e ponto de distinção” (BOTAZZO, 2000: 209).

O reconhecimento científico e social, entretanto, aconteceu no final do século XVIII, ocasião em que a Odontologia assumiu “características de profissão independente” (TEIXEIRA *et al.*, 1995: 185). Essa etapa^{xlii} de profissionalização caracteriza-se pela criação da primeira legislação profissional e pelo seu estabelecimento como profissão de nível superior. Para Novaes (1998: 143), a profissão foi institucionalizada a partir do século XIX. É bom lembrar que até o final do século XIX a palavra dentista era sinônimo de charlatão, em função do abuso do empirismo. Botazzo (2000: 192) informa que dentista era uma palavra com uma grande carga de simbolismo, que apresentava um elemento desqualificador.

Carvalho assinala que, apesar das conquistas obtidas pelos cirurgiões-dentistas, no final do século XIX, a profissão não conseguiu, naquele momento, o *status* suficiente para assegurar o mesmo nível de outras profissões, como a medicina, por exemplo. Assim, a Odontologia permaneceu “por muito tempo relegada a uma ocupação de posição inferior, considerada apenas arte, especialmente porque (...) ainda [era] exercida por barbeiros e práticos” (CARVALHO, 2003: 121).

Em 1839, nos Estados Unidos da América, em Baltimore, no Baltimore Dental College, foi criada a primeira escola exclusivamente de Odontologia, do mundo. Perri de Carvalho salienta que, nos países europeus, primeiramente havia a formação médica e depois eram ministrados os conhecimentos sobre Odontologia^{xliii} (PERRI DE CARVALHO, 1994: 03). Como lembra Botazzo, em 1880 fundou-se, na França, a Escola Dentária Livre de Paris, para defesa dos interesses e liberdade do exercício da profissão, além da “regularização de métodos, melhoramentos ou invenções que contribuem com nossa arte” (BOTAZZO, 2000: 189). Esse fato deflagrou no país uma significativa disputa pelo controle da profissão que teve repercussões no mundo todo.

A história da Odontologia apresenta uma série de descobertas científicas (de diagnóstico, terapêuticas, novos materiais e equipamentos), que ocorreram principalmente nos últimos 30 anos do século XIX, que são o resultado de um movimento científico muito mais geral do qual, a exemplo da medicina^{xliv}, a Odontologia se valeu de maneira rotineira para as suas necessidades e demandas (raios X, anestesia, entre outros). Em relação à anestesia, Carvalho (2003: 63) vai dizer que tal descoberta contribuiu para aumentar consideravelmente a autoridade da profissão odontológica, agindo como um importante processo de profissionalização.

A Odontologia no Brasil^{xlv}, cujo ensino teve início oficialmente em 1884, pelo Decreto n.º 9311 do Governo Imperial, na Bahia e no Rio de Janeiro^{xlvi}, nas Faculdades de Medicina (PERRI DE CARVALHO, 1994; Santana *et al.*, 2001: 233), foi desenvolvida a partir do modelo da escola norte-americana (VALENÇA, 1998: 13).

A constituição da Odontologia brasileira como profissão tem algumas peculiaridades, mas se dá de forma semelhante à de outros países (EUA e alguns países europeus). No Brasil, até o final do século XVIII, a Odontologia caracterizava-se pela sua “indiferenciação e não institucionalização (...) enquanto especialidade médica ou campo de prática (...) já que havia uma clara associação entre barbeiros e tiradentes” (Freitas, 2001: 32). Ao referir-se à origem da Odontologia no Brasil, este autor informa que a sua regulamentação^{xlvii} como profissão

“já com a utilização do termo dentista, só foi institucionalizada em 1856, a partir de decreto que exigia um exame sumário para os que se dedicavam à prática [tendo em vista que a relação de aprendizagem que existia era a de] mestre-aprendiz, consagrada em nossa história até a criação da primeira Escola de Odontologia no Brasil, em final do século XIX [cujo] caráter eminentemente prático da profissão emergente, além do seu status inferior em relação à medicina” (FREITAS, 2001: 33).

Perri de Carvalho, por sua vez, informa que o Decreto de 16 de agosto de 1851, Estatuto das Faculdades de Medicina “previa exame para dentistas (...) feito (...) por médicos, sem conhecimentos sólidos da matéria (...) bastando ao candidato apresentar documentos que provassem a sua moralidade” (PERRI DE CARVALHO, 1994: 2). Três anos depois, uma reformulação neste estatuto passou a prever “exames dos dentistas e dos sangradores que se quiserem habilitar a fim de exercerem a sua profissão” (PERRI DE CARVALHO, 1994: 2) [cuja regulamentação ocorre pelo Decreto n.º 1764, de 14/05/1856, a título de concessão, outorgada àqueles que tinham “aprendizado informal, dentro de uma prática artesanal” (FERNANDES NETO, 2002: 55). Quase cem anos após, em 1951, o exercício da Odontologia é declarado “exclusivo dos habilitados por título obtido em escola de Odontologia” (PAULA e BEZERRA, 2003: 07). No entanto, como lembra Carvalho (2003), os embates entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos demonstram que a situação não é tão definida.

A primeira revista odontológica do Brasil, a “Arte Dentária”, foi criada em 1869, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Dez anos depois ocorreu uma reforma educacional, criando o curso de Cirurgia Dentária, anexo a faculdades de Medicina (FERNANDES NETO, 2002: 55), e o ensino formal ocorre no final do século

XIX, com o Decreto n.º 7247, de 19/04/1879 definindo que “a cada uma das Faculdades de Medicina ficam anexos uma escola de Farmácia, um curso anexo de obstetrícia e outro de cirurgia dentária” (FERNANDES NETO, 2002: 55). Surgiu, então, um curso direcionado à ‘arte dentária’ e, em julho daquele ano, por decisão do Império, estabeleceu-se que “aos aprovados no curso de Cirurgia Dentária, seria atribuído o título de cirurgião-dentista” (PERRI DE CARVALHO, 1994: 2).

Já em relação ao ensino, sabe-se que até 1933, o ciclo básico era desenvolvido em 15 dias e o curso de Odontologia tinha duração de dois anos. Naquele ano, fruto de reformas decretadas anos antes^{xlvi}, o curso foi estendido para quatro anos e lhe foi conferido o *status* de curso superior; o capítulo III desta retomará aspectos do ensino. As observações de Freitas oferecem maior contribuição para o entendimento da questão:

“as escolas se organizaram à sombra (...) dos cursos de medicina (...) [cujo] ensino (...) era fortemente calcado na prática e sem dar importância (...) aos aspectos científicos da profissão. Enquanto que a medicina se organiza para influir decidida e decisoramente na sociedade, através de associações profissionais e científicas e da organização de um corpo teórico e prático de medidas e ações com impacto direto junto aos costumes da população” (FREITAS, 2001: 35).

Tais considerações são oportunas, pois

“com o avanço das descobertas microbiológicas aliadas às políticas de polícia médica, um grande impacto sobre o nível das doenças foi observado junto à população, para o qual a Odontologia não estava preparada, por não possuir, naquela época, um método de prevenção em massa eficaz. Em face deste contexto, a Odontologia precisava afirmar-se primeiro, tanto do ponto de vista do seu *status* profissional perante às instituições quanto de sua posição social” (FREITAS, 2001: 101).

Como resultado, iniciou-se um processo de unificação da imagem da profissão, que ocorreu pela pressão sobre os profissionais para uma formação mais sistemática e com maior rigor profissional. Assim, separaram-se os cursos de Odontologia e de Medicina, reestruturando-se as práticas, o que possibilitou “um aumento de conhecimento odontológico específico e uma diminuição do tempo total do curso” (FREITAS, 2001: 110).

Voltando ao panorama mundial, em 1910, a publicação do Relatório Flexner^{xli}, através de suas análises e recomendações, consolidou o “paradigma da medicina científica, que orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da saúde ao longo do século XX” (SANTANA

et al., 2001: 234). Abraham Flexner¹ realizou amplo estudo sobre a educação médica nos EUA e Canadá, abordando a formação (ensino e pesquisa), a organização universitária (estrutura administrativa e hospitalar), entre outros assuntos pertinentes ao tema.

Rego em entrevista sobre a reconstituição histórica da educação médica, analisa o modelo das escolas médicas no Canadá, do início do século XX e vai dizer que “houve uma regulamentação e disciplinarização do processo de formação, já iniciadas no século passado, mas que tiveram o ápice com a publicação do Relatório Flexner em 1910” (ABEM, 2000: 9). Esse entendimento é corroborado por Edler, na mesma entrevista, ao afirmar que o modelo *flexneriano* surge, na primeira metade do século XIX, na França e Alemanha

“com a entrada das ciências naturais no campo médico, com personalidades que estavam fora da faculdade médica. Essa junção da fisiologia, da química, da física com a tradição anátomo-clínica vai ser profundamente influenciada, sobretudo pelo modelo germânico, mesmo no Brasil. [Por isso os autores afirmam que o Relatório Flexner não] (...) é o início de um movimento, e sim o seu final” [e que o modelo foi] marcado por uma crise entre posições distintas na prática médica: a clínica de um lado e o laboratório do outro” (ABEM, 2000: 9).

Tal relatório apontou a existência de um ensino desorganizado e caótico, transformando-se num documento disciplinador da formação e da prática médica nos EUA e demais países, estendendo-se a todos os cursos na área da saúde, entre 1910 e 1930. Convém lembrar a informação de Freitas (2001), que refere-se à existência de um documento direcionado à Odontologia, elaborado em 1922, conhecido como Relatório Gies (intitulado *Dental Education in the United States and Canadá*), publicado em 1926 (RING, 1998: 284), o qual não só reforçava as recomendações do Relatório Flexner, como também, indicava a necessidade de reestruturação do ensino da Odontologia naqueles dois países.

Valença (1998) e Freitas (2001) colocam em evidência os elementos estruturais da medicina científica (ou “Flexneriana”) que orientaram a prática médica. Sendo esta a principal origem da Odontologia, conferiu-lhe o caráter mecanicista, biologicista, tornando-a orientada mais para a cura do que à prevenção, extremamente individualista e excessivamente técnica. Neste sentido, os cursos de Odontologia norte-americanos incorporaram os pressupostos *flexnerianos* e passaram a apresentar um caráter técnico-científico tendo em vista a origem de seus pressupostos e marco conceitual.

Já os cursos de Odontologia no Brasil sofrerão, nas palavras de Freitas (2001: 30), uma “flexnerização tardia”, pois só em 1960 o modelo *flexneriano* foi incorporado às diretrizes, nas suas características extremamente práticas e operacionais, no entanto, sem produção ou publicação científica e, diferentemente da medicina, conforme já assinalado, distante dos problemas da sociedade e de seus costumes. É bom lembrar que, em 1959, o Relatório da CAPES sobre o ensino da Odontologia no país aponta a defasagem de ensino como devida à sua carência infra-estrutural e de concepção. Em relação a isso, o autor citado informa que a

“Odontologia veio se organizando enquanto prática, sua trajetória indicando maior proximidade com um ‘ofício’ do que com uma ciência, oriunda de um posto auxiliar da hierarquia dos cuidados médicos, executada pelo mais desqualificado de quantos executavam a medicina, com uma grande tradição de não-legalização de sua prática, o dentista floresce no século XIX como artesão, um técnico” (FREITAS, 2001: 34).

Observe-se que, nesse período, começou-se a ter visibilidade dos problemas oriundos da adoção do modelo *flexneriano*, nos EUA. Isto porque, aliado ao alto custo da incorporação de tecnologia (preconizada nas orientações do Relatório Flexner, de 1910), a Odontologia apresentava total incapacidade de dar respostas aos problemas da população (FREITAS, 2001: 40). Para se entender melhor o que ocorreu, há que se reportar às análises de alguns autores, já citados, que elucidam os elementos estruturais do Relatório: individualismo, especialização, tecnificação do ato médico e prática eminentemente curativa, por exemplo.

O caráter individualista da Odontologia é decorrente da construção da sua prática, cuja tradição de trabalho origina-se das cirurgias realizadas, pois eram de “natureza emergencial e sistematicamente de risco, numa época sem anestésicos e antibióticos” (FREITAS, 2001: 39); a consequência disso é a não existência de uma forma de atenção coletiva. Sobre a tendência à especialização, Freitas informa que a Odontologia surge como especialidade da medicina “embora as especialidades tivessem menos *status* numa época onde a clínica era o ponto máximo de hierarquia dos atos médicos” (FREITAS, 2001: 39). A propósito da tecnificação do ato médico, o autor assinala que o “o ato odontológico nasceu tecnificado e cristalizou-se nessa posição com o avanço da clínica e da semiologia na medicina, não acompanhado na Odontologia” (FREITAS, 2001: 39). Já a ênfase na prática curativa é originária da cirurgia, pois, historicamente, a Odontologia ocupou-se com “a resolução de caráter cirúrgico e imediato onde as práticas preventivas não tiveram espaço” (FREITAS, 2001: 39).

Em relação à Odontologia, a partir de reflexões da bioética, Garrafa e Moysés argumentam que, pelas características do ensino, descritas no parágrafo anterior, o cirurgião-dentista cada vez mais é um profissional envolvido em “manobras técnicas em campos clínicos que também se reduzem mais e mais. E estes minúsculos campos (...) estão se tornando cada dia mais a-sociais, mais distantes do social na sua complexidade” (GARRAFA e MOYSÉS, 1996: 6); para os autores, tais monobras terapêuticas acabam por robotizá-los, pois os dentistas passam a agir como uma espécie de autômatos cumprindo tarefas repetitivas que acabam por fazer perder o referencial da realidade.

Ao tratar da origem e da evolução do trabalho odontológico, Narvai (1999) salienta que os cirurgiões-dentistas trazem uma carga de experiência profissional, na qual o seu espaço físico de atuação se restringia a cerca de 10 m². No entanto, apesar do trabalho ter se complexificado, os dentistas apresentam certas dificuldades muito peculiares. Um dos entrevistados da nossa pesquisa argumenta que deve-se, também, a esta experiência “solitária” a pouca combatividade da categoria dos cirurgiões-dentistas, em termos históricos, e faz uma analogia aos médicos, pois diferentemente dos dentistas, que trabalham em organizações, em hospitais, “o dentista trabalha geralmente sozinho^{li}, ele é isolado. Então a capacidade de organização e de mobilização é bem menor” (professor-pesquisador M).

Novaes, ao analisar a construção social da prática odontológica, constatou que “a relativa autonomia profissional, e uma prática em moldes liberais que os dentistas mantiveram, por razões diversas, até mais recentemente do que os médicos, ainda que à custa de um relativo isolamento e atraso, está ameaçada” (NOVAES, 1998:156). Os dentistas, a exemplo do que vem ocorrendo com médicos, têm sentido a redução dos seus rendimentos. Pode-se entender, como estratégia adotada, a busca por “especialização dos serviços prestados como forma mais segura de obter rendimentos compatíveis com o *status* que esses profissionais médicos adquiriram ao longo de sua história profissional” (MACHADO e BELIZÁRIO, 2000: 106).

As explicações dadas para o surgimento das especialidades na medicina podem, por analogia, conduzir também à compreensão do que sucede com a Odontologia. Assim,

“o aumento da complexidade decorrente do avanço técnico-científico e a ampliação do campo de conhecimento da medicina que exige cada vez mais uma atividade profissional especializada. Os avanços tecnológicos têm contribuído também para o surgimento de

especialidades e subespecialidades, sendo também responsáveis pela produção de equipamentos e técnicas sofisticados” (MACHADO e BELIZÁRIO, 2000: 106-107).

As autoras alertam para o perigo desta crescente especialização, pois, se por um lado,

“clientelas e mercados especializados deixam de ser universais e de demanda virtualmente ilimitada. Por outro lado, esses segmentos profissionais isolam-se e acabam desenvolvendo formas organizativas próprias (...). A regulação profissional passa a ocorrer, na verdade, nesses micro-espacos” (MACHADO e BELIZÁRIO, 2000: 106-107).

Autores lembram que a Odontologia, num curto espaço de tempo, teve uma ascensão vertiginosa

“consolidando assim, seu processo de profissionalização. Os avanços tecnológicos, a modernização da sociedade e a complexa divisão técnica do trabalho contribuíram decisivamente para seu sucesso, configurando-se como uma profissão com saber próprio e prática profissional específica” (TEIXEIRA *et al.*, 1995: 184).

Desta forma, no século XX^{lii}, além da reorientação da profissão em decorrência das demandas da sociedade, inicia-se o processo de mudanças, que vai se consolidando no decorrer dos anos, com

“o assalariamento progressivo, a redução também progressiva da forma autônoma pura (sem convênios e credenciamentos) e a instituição da assistência odontológica privada dependente da odontologia de grupo, de cooperativas odontológicas e seguro-saúde” (FREITAS, 2004: 82).

Nos anos 90, ocorreu a implantação do SUS, como uma política de Estado, que seguiu o processo de descentralização de ações e recursos proporcionado pelas Ações Integradas de Saúde/AIS. Ocorreu, então, o início da expansão do setor público,

“que significou a criação de novos postos de trabalho para médicos e outros profissionais de saúde (...) [havendo também] a expansão de sistemas de pré-pagamento, seguros-saúde e cooperativas médicas, como alternativas para o acesso a serviços individuais ou coletivos de saúde” (LAMPERT, 2002: 29).

Nesta direção, pesquisadoras sugerem que a institucionalização deste mercado impôs a definição e a adoção de novas estratégias políticas, tais como a

“necessidade de geração de *experts*. (...). Para isso era fundamental que o Estado assumisse uma ação direta e positiva em relação à obrigatoriedade da educação formal e garantisse os monopólios de competência, já que ambos se apresentavam como variáveis

essenciais no desenvolvimento do projeto profissional” (MACHADO e BELISÁRIO, 2000: 101).

Assim, este período testemunhou a influência das políticas públicas de Estado no perfil das profissões da área da saúde, implicando na necessidade de revisão dos currículos dos cursos nos diferentes níveis. No entanto, constata-se que a diversidade de

“grupos específicos de profissionais com papéis distintos e estruturas de formação e regulação próprias - médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, etc.” [é um dos elementos dessa complexidade, cuja] tendência desses profissionais terem forte e específica identidade profissional, dificulta mudanças na promoção do trabalho de equipe ou na revisão da estrutura hierárquica” (OMS, 2001: 04).

Pierantoni aponta para a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o trabalho desenvolvido na área da saúde, que envolve a abordagem da Sociologia do Trabalho e da Sociologia das Profissões. A autora analisa o que denominou de três dimensões críticas para recursos humanos no setor saúde: a gerencial, a estrutural e a regulatória. A primeira envolve aspectos relacionados à gerência de sistemas e serviços de saúde; a segunda está vinculada à formação e à disponibilidade do mercado de trabalho; a última concerne a mecanismos de interação entre a legitimação profissional e o processo de trabalho (PIERANTONI, 2001: 346).

No momento, nos deteremos na dimensão estrutural, abordada pela autora, quando salienta que nela encontram-se “enquadrados aspectos relacionados com a disponibilização de profissionais para o mercado de trabalho (a formação) e a composição evolutiva deste mercado em função das transformações recentes” (PIERANTONI, 2001: 350). Para a autora,

“a expansão do modelo empresarial da prática médica (...) [está] relacionada com a perda progressiva da autonomia profissional [a perda que está associada à crescente dependência dos profissionais de um instrumental para diagnóstico e terapia, como também] pela perda efetiva do *status* de exercício liberal da profissão estabelecida por formas direta e indireta de assalariamento” (PIERANTONI, 2001: 352).

Córdon, já na década de 80, em artigo enfocando o mercado de trabalho odontológico, analisou a relação entre a Odontologia e a formação econômico-social do Brasil, numa perspectiva histórica. Seus estudos remetem aos anos 50, colocando que, diferentemente da medicina, a “Odontologia permanece ‘estável’ nos moldes enunciados pela prática liberal” (CORDÓN, 1985: 55). Sabe-se que a inserção da Odontologia no setor público brasileiro, além de tardia, limitava-se à atenção básica,

mais especificamente destinada a escolares, gestantes e atenção ao trauma (FEUERWERKWER, 2003: 25).

Entre as décadas de 50 e a de 80, em relação à assistência na área Odontológica Freitas lembra que “para a grande maioria da população a assistência se dava de forma ‘não planejada’ por instituições conveniadas pelo INAMPS, as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas” (FREITAS: 2004: 57). A esse respeito é preciso lembrar que, apesar deste modelo sempre ser muito criticado em virtude de sua baixa cobertura, por centrar-se em ações quase que exclusivamente curativas, ele não pode ser negado, mas sim, deve-se “reconhecer que a ênfase na intervenção clínica e individual prestada no ambiente do consultório odontológico tem potencial reduzido para superar os principais agravos à saúde bucal” (SOUZA *et al.*, 2001: 8).

A emergência de uma sociedade urbana e de consumo ocorre de forma mais intensa depois de 1945 (da 2.^a Guerra Mundial), gerando, assim, demandas “por títulos universitários de cunho profissional e os benefícios advindos de um *status* profissional” (PERRI DE CARVALHO, 1994: 20). Com essas transformações emergem tanto novas práticas como novas funções sociais que implicam, cada vez mais, na necessidade de profissionalismo.

A partir de 1964, com o início do processo de privatização dos serviços de saúde, ocorreu a incorporação da Medicina e da Odontologia. Os anos seguintes, até 1973, se caracterizaram como o período do “milagre brasileiro”, no qual o capital penetrou em todas as instâncias da vida das pessoas, inclusive apropriando-se da esfera profissional que até então gozava de relativa autonomia. A modalidade liberal (autônomo), nesta época foi desaparecendo progressivamente e, neste mesmo ritmo, ocorreu o aumento do número de dentistas assalariados. Estes seguiram atuando “no mercado odontológico garantido pela penetração do Estado e pelas relações sociais capitalistas na área da saúde em forma de credenciamentos e convênios (...) descaracterizando completamente o regime liberal tradicional” (CORDÓN, 1985: 56).

Assim, constata-se que as mudanças estruturais do mercado de serviços odontológicos começam a gerar uma certa crise no padrão de regulação das relações que até então eram praticadas no mercado. Cordón (1985) e Zanetti (2001), em uma abordagem que remete à história da Odontologia, demonstram que a prática profissional sempre foi regida pela lógica do mercado. O segundo autor cita os clássicos da

economia para dizer que os bens e serviços têm dois tipos de valor: o de uso e o de troca e, segundo suas análises, nas sociedades capitalistas em que o mercado tornou-se o elemento empírico central na articulação das relações sociais, o valor de troca tornou-se o valor preponderante.

Portanto, é possível afirmar que, entre os mecanismos de diferenciação concorrencial e de valorização da profissão, encontra-se o processo de tecnificação, ocorrido durante cerca de meio século (de 1930 a 1970), que se deu concomitante ao desenvolvimento do complexo industrial de equipamentos e insumos médico-hospitalares-odontológicos. Retomando as análises anteriores, constata-se que, nos anos 70, o uso intensivo de tecnologias de base microeletrônica teve um papel fundamental no processo, uma vez que possibilitou maiores ganhos de produtividade.

Na Odontologia, “o laser e o anseio pelo uso indiscriminado de aparelhos ortodônticos são fortes tendências” (ZANETTI, 2001). Segundo este autor, a incorporação dessa tecnologia foi uma tarefa, também, dos professores universitários, que inculcavam em seus alunos a necessidade de assimilação de tal tecnologia. Já as décadas seguintes são marcadas pelo assalariamento crescente da categoria dos cirurgiões-dentistas, conforme assinalado anteriormente.

Para Martins e Dal Poz o

“novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais – baseado na capacidade de analisar sinais e símbolos, na polivalência e na desespecialização – recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo e amplia a discussão sobre os processos de qualificação” (MARTINS e DAL POZ, 1998: 138).

Em relação a tais transformações, os autores constatarem a existência de um paradoxo, pois, se por um lado, o “paradigma tecnológico, que tem como pressuposto a flexibilização, a fragmentação, a heterogeneização e a auto-regulação, coloca o trabalhador num contexto de insegurança a mercê do mercado” (MARTINS e DAL POZ, 1998: 140), por outro, amplia as bases do conhecimento, desenvolvendo novas habilidades e o controle de outros processos que contribuem para a humanização do trabalho em saúde.

Assim, segundo Martins e Dal Poz (1998), novas competências se colocam: capacidades cognitivas (leitura e interpretação da lógica funcional, capacidade de abstração, dedução estatística e expressão oral, escrita e visual) e também as que

envolvem responsabilidade, trabalho em equipe, iniciativa, autonomia, por exemplo. Essa questão remete expressivamente à postura das universidades e à formação profissional dos cirurgiões-dentistas, cujo tema será consagrado nos capítulos III e IV desta tese.

2.3 Dos sinais da crise: das aspirações não satisfeitas

Ao analisar a importância dos princípios de estruturação da sociedade, vinculados à profissão, Barbosa desenvolve uma temática abrangente sobre a “questão de se e como a profissão vem a ser um princípio de constituição e hierarquização dos grupos numa sociedade” (BARBOSA, 1993: 3, grifos da autora). Nas palavras da autora, o questionamento foi assim formulado: “em que medida se pode falar de um espaço social específico caracterizado por relações cujo fundamento é a profissão” (BARBOSA, 1993: 3).

Barbosa, ao fazer um resgate da contribuição ou “influências intelectuais” de Freidson para a compreensão do campo da medicina, diz que este sociólogo introduziu o problema da divisão do trabalho na área da saúde, cujos fatores são controle, autoridade do saber, monopólio e poder profissional dos médicos. Assim, para o autor, os fatores acima elencados “hierarquizam as demais ocupações do campo, incluindo as paramédicas, que dependem dos conhecimentos da medicina para seu exercício cotidiano” (FREIDSON, 1998: 19). Diferentemente de outros estudiosos^{liii} da Sociologia Médica, Freidson observa que a diferença entre a medicina e as outras profissões da saúde vai se dar

“no monopólio sobre uma área do conhecimento capaz de hierarquizar outras ocupações. A autoridade legal da medicina em diagnosticar e receitar coloca-a numa posição de predomínio entre as ocupações da saúde” (FREIDSON, 1998: 19).

Nesta perspectiva, o estudo das profissões passou a ser visto de forma relacional e não isolada, pois há interação no mundo profissional. Por outro lado, Freidson entende que o que vai garantir às profissões o acesso às suas posições no mercado é

“a combinação entre o treinamento no conhecimento formal e o credenciamento (...). É esse controle rigoroso que sustenta o poder e os privilégios profissionais. O sistema de credenciamento apóia-se num tripé em que as universidades, as associações e o Estado se aliam para garanti-lo” (FREIDSON, 1998: 24-25).

Este autor alerta que “em quase todas as nações industriais, as profissões estão passando por importantes transformações” (FREIDSON, 1998: 37), ou seja, tanto as posições como a natureza da prática profissional está mudando. No seu estudo, afirma que isto não é tão recente, pois há mais de cinco décadas algumas profissões vêm perdendo privilégios. Para este autor, as idéias que geram as concepções que seus membros têm de si próprios e de seu mundo “são os corpos de conhecimento e habilidade específica reivindicados pelas profissões, pelo próprio público e pelas instituições que transmitem ao público as informações e idéias” (FREIDSON, 1998: 79).

Para Freitas (2001), as transformações históricas da profissão e as novas demandas da sociedade colocaram a Odontologia num período de “perplexidade acadêmica”. Botazzo (2000) refere-se a essa questão de outra forma, como uma crise. Salienta que, para alguns, convencionou-se que é uma “crise de mercado”, embora para outros pesquisadores esteja sendo vista “com outro olhar”. Argumenta que a expansão dos cursos de graduação em Odontologia é uma expressão disso, colocando em risco, em função da baixa qualidade decorrente deste processo, a atuação profissional adequada.

Lucas, em estudo sobre a formação e as práticas odontológicas de egressos de duas universidades mineiras, conclui que a falta de prestígio da profissão pode estar na origem do seu surgimento. Conforme já explicitado, o nascimento da Odontologia ocorreu na medicina e, nas palavras da pesquisadora, “parece ser a Odontologia uma profissão tão específica da área médica que isso fez com que ela fosse adquirindo, ao longo da história, um tipo de autonomia controlada perante a medicina” (LUCAS, 1995: 213).

Assim, a natureza da crise por que passa a categoria (Odontologia), inclusive a sua perda de prestígio, pode ser entendida a partir das representações sociais e dos valores que marcaram seu processo de profissionalização, bem como da sua história, estruturada em oposição à medicina e na posição de subordinação científica e simbólica na hierarquia do campo médico. Durand identifica uma relação direta entre a perda de prestígio das profissões e o movimento constante das corporações na tentativa de coibir a abertura de novos cursos superiores. Segundo suas análises, já na década de 70 isto ocorre pela “raridade de determinado saber especializado e dos praticantes habilitados: a

luta que muitas categorias ocupacionais promovem contra a ‘expansão indiscriminada’ do seu sistema reprodutor, que é o aparelho escolar” (DURAND, 1975: 65).

Há uma década, Novaes alertava para a inadequação do perfil. Dizia ela:

“discute-se intensamente qual o perfil apropriado para o futuro dentista, geral e especializado (...), que preserve sua identidade profissional, mas que seja capaz de integrá-lo ao mercado, atualmente em crise, em que se transformou a atenção à saúde” (NOVAES, 1998: 156).

Bonelli (1993a), aponta para a existência de uma variedade de crises no sistema profissional brasileiro, seja do ponto de vista do mercado de trabalho, seja das identidades profissionais. Progressivamente, a Odontologia vem deixando de ser caracterizada como uma prática liberal e no mesmo ritmo vem sendo identificada como mais uma atividade assalariada. Pode-se dizer que até os anos 80 “a Odontologia era uma das práticas mais elitizadas” (FREITAS, 2004: 14) do Brasil; como lembra a autora, a prática exercida de forma autônoma e em consultório particular era sinônimo de uma boa Odontologia e de assistência adequada. A partir desta década percebe-se uma tendência de redução dos dentistas que atuavam de forma autônoma pura (sem convênios e credenciamentos). Assim, identifica-se que “a relação no mercado passa a ser intermediada pelo Estado, pelas empresas de planos e seguros de saúde” (FREITAS, 2004: 17), conforme já abordado nos parágrafos anteriores.

Cabe dizer, em um breve resgate histórico, que a partir da década de 80 ocorre tal expansão na área da saúde, devido às

“estratégias de crescimento do setor público [principalmente direcionados para a saúde coletiva e assistência médica]; a intensificação dos convênios do INAMPS com as redes municipais e estaduais, favorecendo o crescimento das contratações para o setor público” (MACHADO e BELISÁRIO, 2000: 104).

Ou seja, os cirurgiões-dentistas começam a não ser mais “donos do seu negócio”. Num estudo sobre as alternativas de trabalho para a Odontologia, Ribeiro (2001) aponta alguns problemas desta categoria profissional: diminuição da receita acarretada pela queda do poder aquisitivo da população; aumento dos custos do material dentário e do salário para auxiliares especializados; novas despesas dos dentistas (a vida moderna trouxe “necessidades”^{liv} como celular, fax, computadores, Internet), aumento da concorrência (grande número de cirurgiões-dentistas colocados no mercado), para citar alguns indicados. Já no final dos anos 70, início dos 80, o autor culpabiliza os

planos econômicos, assinalando posteriormente que na década de 90 a Odontologia liberal iniciou uma “curva descendente”. Para “dias melhores” na Odontologia, apresenta como alternativa, a criação de um sistema cooperativo de “condomínios odontológicos” (RIBEIRO, 2001).

Ainda, num breve resgate histórico, o autor citado informa que até o início dos anos 70, a Odontologia encontrava-se em ascensão, “que a colocou entre as profissões liberais mais procuradas pelos adolescentes em fase de decisão por uma carreira” (Ribeiro, 2001: 13). Artigo publicado em 1977 na Revista Gaúcha de Odontologia/RGO, cuja capa reproduz uma “queda de braço” sob o título “A luta de uma classe”, com chamadas em negrito **Iniciativa ainda privada. Orgulho dos dentistas** ressalta que a Odontologia era

“uma das únicas categorias ainda liberal neste país. Somos invejados por muitos; a campanha em revistas e jornais contra nossos preços torna-se intermitente – sinal que nossa iniciativa ainda é privada. A população começa a ser influenciada por estes órgãos de influência conseqüentemente as autoridades governamentais: profundas modificações na odontologia serão experimentadas”(RGO, 1977: 24).

Trata-se de uma edição dedicada ao “difícil relacionamento entre a Odontologia e a política previdenciária” (RGO, 1977: 24). O artigo enfoca o fato da classe odontológica se ver frente-a- concursos e nomeações credenciações que afligem o dia a dia do dentista. (...) Torna-se imperativo que esta socialização seja planejada, elaborada e aplicada pelos próprios dentistas e seus órgãos representativos” (RGO, 1977: 24). Alega que a categoria não pode deixar acontecer o que ocorreu com os médicos, pois com estes a “socialização tornava-se iminente e a classe médica nada fazia. Resultado – a medicina socializou-se por meio da burocracia e políticos, homens de um mundo extra-medicina” (RGO, 1977: 24).

A esse respeito, é bom ressaltar que estudos de pesquisadores, já citado, mostram que, nas décadas de 80 e 90, do século XX, com a derrocada do crescimento, a população pertencente às classes populares aumentou e a classe média teve seus rendimentos restringidos de forma considerável (POCHMANN *et al.*, 2003). No final da década de 90, Freitas (2004: 128) transcreve as falas dos representantes da categoria nos jornais, as quais registram a inevitabilidade do assalariamento e das práticas em consultório baseadas em convênios e credenciamentos: “Entendemos que é fato irreversível a presença ou planos de atendimento odontológico” ou “Não podemos deixar de reconhecer o momento de transição por que passa a Odontologia no Brasil (...)

estamos deixando de ser uma profissão essencialmente liberal”, são expressões que revelam o reconhecimento da realidade que se coloca à profissão a partir de então.

Bonelli entende que “é preciso sair do círculo vicioso: crise econômica e insatisfações no campo profissional” (BONELLI, 1993b: 11). Sobre as transformações do mercado de trabalho em saúde, Machado (2000) informa que a burocratização e a racionalização, como práticas de gestão do trabalho, penetram

“fortemente as instituições de saúde, privadas ou públicas, provocando alterações profundas na estrutura e na forma de atendimento à população. (...). [Constata-se que] a maioria das ações médicas baseadas na autonomia técnica tem sido substituída por um novo complexo-empresarial centrado em organizações burocráticas (...) que imprimem uma forte marca empresarial ao setor (...) racionalizando custos e benefícios. Da mesma forma o Estado, através das políticas governamentais e com medidas regulatórias (taxação do valor dos serviços, modalidade de atendimento, definição de clientela, etc), tende a controlar parte significativa do atendimento médico prestado à população” (MACHADO, 2000: 138).

As observações de Arliaud (1987), embora surgidas em outro espaço geográfico (europeu), com outra profissão de saúde (medicina), podem, de forma análoga, fazer entender a situação dos dentistas brasileiros. Isto porque, a exemplo dos médicos, diante do declínio relativo de sua posição, e longe de assumir as conseqüências econômicas de um sistema no qual o valor e os ganhos do dentista seriam estritamente em função do mercado, a corporação protesta em nome de certas aspirações justificadas pelo título: valor social objetivado e sancionado pela instituição universitária.

Dizendo de outra forma, na Odontologia, como na Medicina, percebe-se a recorrência ou mesmo persistência de um tema: o da dificuldade de conversão do capital simbólico em econômico. Arliaud sugere que o

“desenvolvimento do capitalismo, ao despertar as necessidades e as trocas mercantis, suscita aspirações financeiras superiores às possibilidades de ganhos percebidos pelo poder aquisitivo da clientela. (...) [Assim, no caso dos médicos, o autor salienta que] tendo obtido um monopólio, (...) passa a sonhar com um mercado” (ARLIAUD, 1987: 27).

Nesta direção, é possível dizer que em uma época, na qual a “sociedade mercantil fez do dinheiro o maior dos atributos valorizados das posições sociais dominantes, a questão dos ganhos percebidos não é secundária dentro da lógica profissional” (ARLIAUD; 1987: 62). Mas, como lembra o autor, não podemos

simplificar as coisas através de interpretações restritas ao econômico-financeiro. Isto porque, para além destas há outros ganhos simbólicos que contribuem com a experiência profissional, tais como o domínio de um saber, um determinado poder sobre o outro (o paciente, por exemplo), o prestígio social, para citar alguns. Encontramos pontos de afinidade nas análises deste autor, de que podemos nos valer para elucidar o caso em pauta.

Constata-se que há alguns anos, os dentistas, de formas diversas, clamam seu descontentamento e sua inquietação com o futuro diante da situação econômica. Os estudos junto aos médicos franceses fizeram Arliaud (1987: 75) perguntar-se se podemos julgar, com alguma objetividade bem fundada, este sentimento que pode ser traduzido como a sensação de depreciação do seu trabalho. Mais especificamente, os dentistas se depararam com o assalariamento cada vez mais expressivo, a presença crescente da Odontologia de grupo e seguro-saúde privado, bem como a implantação e implementação de políticas públicas de saúde, estas direcionadas à Odontologia, principalmente nos últimos dez anos, que estão dando novas feições à prática profissional, que repercutem na autonomia técnica e atingem a situação econômica da categoria.

Não podemos deixar de assinalar que a autonomia é um dos elementos que compõem a identidade profissional e considerada essencial pelos dentistas, a partir da conclusão de Freitas, ao analisar os dilemas do exercício profissional no trabalho liberal em Odontologia,

“a prática é considerada adequada e tecnicamente qualificada, quando no ato técnico, o profissional encontra-se em condições de liberdade de agir baseado do conhecimento técnico científico e em seu julgamento e poder decisório individual” (FREITAS, 2004: 96).

Para o sociólogo francês Dubar, no caso dos médicos,

“assiste-se a tentativas de construção e de valorização de uma ‘forma identitária’ positiva, mas muito diferente da forma liberal. Nada permite reduzir este processo a uma simples racionalização adaptadora (...) é preciso saber qual a forma identitária que eles vão construir através da reconversão de um tipo particular de medicina” (DUBAR, 1999: 38).

No caso em pauta, nos interessa saber qual a forma identitária que a Odontologia está construindo como reconversão profissional. Ao se referir a esta situação, Kutty (1991) fala sobre a criação de valor na sociologia das profissões e

esclarece que os interesses nos remetem a uma lógica de adaptação a uma situação exterior, sendo que os valores se referem a um sistema simbólico legitimando a passagem desta situação e suas contrariedades e incômodos.

Tais considerações são oportunas, pois nos remetem à conceituação de Bourdieu (1989) sobre “campo” e “posições interessadas”. Parece acertado dizer que o que deve ser mantido é que, diante da ameaça de desvalorização dos diplomas, os profissionais de saúde “desenvolvem estratégias de reclassificação” (KUTY, 1999: 9). O autor lembra que tais estratégias evocam novamente o referencial analítico de Bourdieu “para quem é a massificação escolar e, portanto, o crescimento da densidade, que desencadeia as práticas de adaptação e de reclassificação” (KUTY, 1999: 9). Neste cenário de crise profissional há que se considerar que as representações sociais da profissão, as práticas odontológicas, as relações entre os profissionais, os usuários e o Estado se mesclam de forma muito estreita.

Tal como experimentado pelos entrevistados e pelas leituras realizadas, percebe-se que a desvalorização do estatuto profissional faz com que os cirurgiões-dentistas tentem construir novas formas de legitimação profissional se apoiando sobre outras concepções da atividade odontológica. As tendências recentes, emanadas do Ministério da Educação, através da promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN para os cursos de graduação, e do Ministério da Saúde com as diretrizes constitucionais do SUS, que originaram normatizações e proposições de “estratégias” (ações e programas, que abordaremos no próximo capítulo), diante da inadequação relativa da formação profissional dos dentistas, favorecem uma perspectiva doutrinal inspirada por uma lógica de conversão profissional que é contrária ao atual estatuto profissional.

Em algumas entrevistas realizadas e no material pesquisado, percebemos um certo deslocamento de discurso da categoria em direção a uma maior valorização do setor público, enfim, das ações governamentais direcionadas à saúde, sendo vislumbrado como um mercado de trabalho potencial para os egressos dos cursos de Odontologia. Parece que tal situação está provocando os representantes da categoria a tomar consciência de que a Odontologia pertence a um mesmo segmento, “é uma profissão de saúde”, ou sustentar um conceito de saúde mais abrangente, no qual “a saúde passa pela boca”, ou ainda tentar criar um discurso de aproximação da profissão

com a sociedade: “a Odontologia tem que se aproximar da sociedade”, conforme identificado nas entrevistas, nos jornais e informativos dos órgãos da categoria.

Um exemplo das tensões e embates pode ser o que envolve o projeto “Ato Médico”, em tramitação no Congresso Nacional. A Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO, a exemplo de outras associações das profissões de saúde se organiza para protestar^{lv} contra, pois entende que a proposição

“atenta contra o real exercício das demais profissões da área da saúde e está em total desacordo com as ‘Diretrizes Curriculares Nacionais’ dos cursos da área da saúde (...). Conclama o envio de manifestações a serem encaminhadas ao presidente do Senado Federal e para a Senadora Lúcia Vânia, presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado” (ABENO, 2005).

Isto coloca em evidência o rumo da profissão em direção à recomposição e dos rearranjos necessários para dar conta do que lhe está sendo exigido, bem como mostram as tensões e embates decorrentes, na medida em que o conjunto das demais profissões de saúde está tendo, também, que redefinir sua identidade.

Já é possível verificar um discurso mais permeável e menos refratário às mudanças que a profissão vem apresentando. Um dos entrevistados faz a seguinte análise sobre a Odontologia: “eu acho que o mercado está forçando a rever [o seu projeto profissional elitista]. Eu acho que é uma mudança de fora para dentro. (...). Não tem saída” (professor-pesquisador M). No editorial do jornal da Associação Brasileira de Odontologia/ABO, de circulação estadual, o presidente empossado no final de 2004 fala sobre a necessidade de envolvimento com a sociedade, que é um dos pontos fundamentais levantados pelo planejamento estratégico que a Associação promoveu:

“uma categoria profissional que seja contemporânea (...) precisa falar para toda a sociedade. Mas (...) é preciso compreendê-la. Portanto, mesmo quando distantes das nossas questões profissionais, os grandes problemas sociais precisam ser vistos, observados e analisados pela categoria” (ABOestadual, 2005).

O teor deste discurso nos remete a uma necessidade que a profissão vem manifestando de reafirmar o reconhecimento social da sua competência; isto porque, sabemos que, historicamente - e o editorial deixa claro esta questão -, o fato da Odontologia ter se consolidado como uma prática liberal, distanciada da maior parte da população e a sua inserção tardia no setor público, faz com que sejam, no mínimo, questionáveis os benefícios que a profissão dispensa à sociedade (FREITAS, 2004: 122). Em última análise, este discurso revela as estratégias de sedução que se encontram

em curso a fim de contar com a parceria da sociedade na luta pelos interesses da categoria. Dizendo de outra forma, ao enfatizar a relevância do dentista como “um profissional de saúde” defender as políticas públicas de saúde, a categoria aspira ser porta-voz da sociedade; no entanto, está defendendo os interesses da categoria, conforme evidenciam as análises da autora citada.

Nos discursos dos dentistas entrevistados percebe-se que é recorrente a referência aos médicos^{lvi} ou à medicina, quer no sentido de aspirarem ao prestígio daquela profissão ou mesmo reivindicarem as condições de trabalho mais privilegiadas, detidas historicamente pelos médicos. Uma das investidas políticas^{lvii} da categoria em direção a estas intenções é o Projeto de Lei 3250/00, que, tendo sido aprovado na Câmara dos Deputados, tramita no Senado Federal^{lviii}. Tal projeto reivindica o mesmo tratamento dado aos médicos, em relação à carga horária de trabalho em postos da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais. Ou seja, pede a redução para quatro horas diárias de jornada de trabalho do cirurgião-dentista. A intenção é equiparar a jornada destes à dos médicos e veterinários: “o que a classe quer é justiça, ter o mesmo tratamento dos médicos e dos veterinários, sem diferenças” (ABOestadual, 2005: 07).

Outro discurso recorrente observado nas entrevistas e nas leituras dos jornais (impressos ou *on line*) das associações da categoria, já referido anteriormente, é o de colocar a Odontologia como uma profissão de saúde, apelando para “o seu papel social”, por exemplo, ou insistindo no fato de, no discurso, reconhecerem que a Odontologia é uma das profissões de saúde. Talvez não tanto como fruto da consciência de necessidades constatadas em relação à condição epidemiológica da população^{lix}, diante dos graves problemas bucais, mas sim, em relação às perspectivas de mercado de trabalho que as iniciativas governamentais têm proporcionado, nos últimos três anos, principalmente. Com o surgimento destes programas voltados à saúde bucal coletiva, abrem-se novas perspectivas econômicas para a profissão, mesmo que impliquem numa reconfiguração do projeto profissional.

Tais considerações são oportunas, pois o estudo de Freitas, ao analisar o discurso oficial da categoria, por meio de jornais do Conselho Federal de Odontologia/CFO, Associação Brasileira de Odontologia/ABO e Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas/APCD, constatou que há um certo deslocamento do discurso. Evidencia-se que o CFO advoga o papel de “defensor das reivindicações sociais e

políticas da profissão e ser a fonte de referência para a categoria e a sociedade”, extrapolando assim as suas atribuições formais^{lx}. Da mesma forma, observou a autora, que o Conselho, a partir dos anos 90, passa a fortalecer a “imagem do cirurgião-dentista junto à população e de valorização da saúde bucal, utilizando-se de propaganda na mídia nacional” (FREITAS, 2004: 18).

Ao abordar os discursos dos entrevistados e os veiculados pelos órgãos da categoria, também nos valem de alguns estudos sobre o tema, junto às profissões da saúde no contexto europeu, que podem elucidar o que ocorre com a Odontologia brasileira. Os diferentes discursos parecem girar em torno de uma sensação de ruptura de uma determinada ordem, que resgata um passado glorioso, um presente desencantado e um futuro para além de incerto. Tudo isto manifesta uma certa dificuldade não somente de exercer a profissão, mas de não apontar para perspectivas muito claras. Para entender melhor o contexto de crise, nos reportamos ao ano 2.000, na Bahia, quando da realização do VI Congresso da ABRASCO, na mesa redonda sobre “Visões de futuro sobre o mercado de trabalho^{lxi}”, um dos componentes da mesa assinalava a percepção de um deslocamento das atenções dos profissionais de saúde que, em menos de três décadas, desviou-se do cuidado para uma perspectiva de empreendedorismo^{lxii}.

Ou seja, de uma visão na qual os profissionais de saúde eram responsáveis pelos cuidados de saúde para a preocupação de tornarem-se empreendedores. Dizendo de outro modo, os debates que se seguiram direcionaram-se para a identificação de uma situação que parecia configurar uma crise, na qual foram identificados três elementos. O primeiro deles, denominado de “engrenagens mercantis”, indica a existência de um movimento no qual os profissionais não se reconhecem mais como portadores de uma profissão, mas sim como trabalhadores em busca de atender as exigências do mercado. O segundo elemento apontado foi o “excesso de recursos diagnósticos e terapêuticos”, que parece provocar no profissional uma perda da capacidade de refletir. Isto é, proporciona o deslocamento do raciocínio para a técnica, esta entendida como o conjunto de meios terapêuticos; e, por último, o “excesso de conhecimento”^{lxiii}, como elemento desta crise anunciada^{lxiv}.

Arliaud, ao referir-se à crise detectada, em relação aos médicos franceses pergunta: “o que há de mais impreciso que um mal-estar? Nenhum vocábulo é mais adequado para designar o indizível” (ARLIAUD, 1987: 36). Nos discursos de alguns entrevistados e nas respostas às perguntas dos questionários, emerge um profundo

sentimento de inadequação em relação ao presente e de inquietação em relação ao futuro. Tal como assinala o autor citado, constata-se uma certa defasagem entre o destino idealizado e o que poderá se concretizado de fato.

O autor entende que dificuldades econômicas, perspectivas sombrias de futuro ou um crescimento demográfico profissional são somente a espuma. Evidentemente que em tal contexto cada categoria vai lutar para a manutenção da sua posição e terá uma postura defensiva. Resta analisar um pouco mais tal sensação externalizada pelos entrevistados, pelas leituras dos jornais e informativos da categoria e pelas respostas às perguntas do questionário, para nos aproximarmos um pouco mais deste quadro de crise esboçado.

A categoria é representada por várias organizações profissionais que disputam o poder e a representação dos interesses. O Conselho Federal de Odontologia/CFO^{lxv} é a instância disciplinadora e reguladora da profissão que tenta assegurar “um conjunto de valores ideais à profissão e atribuições que têm como objetivo maior defender o exercício ético”, segundo expressão de Freitas (2004: 18). A Associação Brasileira de Odontologia/ABO nacional tem representação em todos os estados e possui um caráter científico e cultural, portanto mais voltado para o aperfeiçoamento profissional.

Assim, contrariamente ao que se viu anos atrás, os órgãos representantes da categoria parecem apoiar as propostas oriundas do governo federal, em relação aos programas de saúde bucal. Nas divulgações do jornal CFO, no seu *site*^{lxvi}, sistematicamente há elogios às ações do governo federal e o apoio da categoria se fazem notar por editoriais ou matérias enaltecendo tais iniciativas.

O jornal de divulgação estadual da ABO explicita intenções que parecem muito mais se aproximar de um discurso altruísta, veiculado pela retórica profissional, do que de uma possibilidade real de concretização. A missão da Associação é explicitada nos seguintes termos: “Unir e representar os cirurgiões-dentistas promovendo seu aperfeiçoamento profissional e a saúde bucal da sociedade” (ABO, 2005: 3). Segue informando que a categoria quer “exercer um verdadeiro protagonismo na vida social e política^{lxvii} da nossa sociedade”. Nesta direção conclama à

“mais ampla unidade possível de toda a classe, a ultrapassar as diferenças e resgatar a ação das antigas lideranças (...), combater as atitudes divisionistas e isolacionistas” (ABOestadual, 2005: 2).

É preciso fazer uma breve contextualização, pois parece acertado dizer que estas palavras estão sendo direcionadas para o recente “racha” que houve com a criação de mais uma associação representativa da categoria dos cirurgiões-dentistas, em oposição à ABO. Até 2003 existia a Associação Brasileira de Odontologia/ ABO, como órgão nacional de representação da categoria. A partir de 25 de maio de 2003, com a criação da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas/ABCD^{lxxviii}, articulada pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas/APCD, que se desvinculou da ABO Nacional em 2000 (FREITAS, 2004: 47), ocorre uma mudança no cenário representativo da categoria. As palavras de Ribeiro são ilustrativas para explicar o que ocorreu: a “ABO é uma referência nacional querendo crescer em São Paulo e a APCD é uma referência em São Paulo, querendo crescer nacionalmente”^{lxxix}.

Uma das perguntas possíveis poderia ser a seguinte: em que medida a criação da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas/ABCD^{lxx} não seria mais um dos reflexos ou acontecimento significativo da crise profissional anunciada? Bem, é necessário, pois, contextualizar o surgimento desta “nova alternativa de entidade”^{lxxi}. Podemos iniciar dizendo, para se ter uma dimensão do ocorrido, que o estado de São Paulo tem um terço de profissionais cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia/CFO; também, que em pesquisa realizada em 2002, sobre o perfil do cirurgião-dentista brasileiro, a pedido do CFO e demais entidades vinculadas à Odontologia, sabe-se que 46,5% dos entrevistados lêem com frequência o periódico da APCD^{lxxii}. Esta Associação promove anualmente um evento internacional^{lxxiii}, no “mês de janeiro (...), que é uma grande feira, na verdade, de produtos odontológicos”^{lxxiv}, segundo depoimento de um entrevistado (professor-pesquisador M). Este disse que a APCD:

“é uma entidade associativa muito forte, tem uma sede social em São Paulo que oferece uma série de atrativos^{lxxv} para o associado: tanto do ponto de vista da formação (...), como do ponto e vista de lazer. E obviamente ela tem uma vocação hegemônica” (professor-pesquisador M).

Aqui é importante que se diga que, ao ser sócio da ABCD, automaticamente o dentista associa-se à APCD e, conforme disse o nosso entrevistado, pode ter acesso aos vários benefícios listados anteriormente.

Vamos às falas dos representantes, para podermos entender melhor a situação. No site da ABCD, o presidente Luciano Artioli Moreira, ao falar sobre a criação da ABCDbrasil, cuja posse ocorreu em 02 de julho de 2004, vai nos dizer que ela “é fruto

da vontade de mudança de nossa classe profissional (...) nasceu com a missão de conquistar as vitórias de que tanto necessitamos através de uma representação legítima e digna da grandeza de nossa profissão”. Prossegue, afirmando que,

“A Odontologia Brasileira estava carente. A estrutura de representação nacional que possuíamos não estava conseguindo obter as conquistas que tanto necessitamos. A valorização profissional, a ampliação do mercado de trabalho, a criação de meios que possibilitem um maior acesso da população ao tratamento odontológico, a remuneração dos cirurgiões-dentistas, o relacionamento com as empresas de convênios e planos odontológicos, ações efetivas contra a abertura indiscriminada de cursos de odontologia, a ampliação dos benefícios oferecidos aos cirurgiões-dentistas e seus familiares, a representatividade de nossos interesses e necessidades junto aos poderes públicos, são alguns exemplos de ações que precisam ser executadas por uma representação autêntica e eficiente” (ABCDbrasil, 2005).

Por sua vez, o presidente da ABO Nacional, Norberto Francisco Lubiana, em nota no jornal da ABO estadual, já citado, informou que a entidade continuará “todas as ações que já vinham sendo realizadas e fazem parte do nosso plano de metas” (ABOestadual, 2005: 7). Na mesma ocasião garantiu que, ainda neste ano, a ABO nacional irá adquirir sede institucional em São Paulo, que é onde se situa a sede da ABCDbrasil.

A respeito desta questão, ao solicitar que falasse sobre a criação desta entidade, um dos entrevistados informou que, segundo seu entendimento, configurou-se

“um racha por razões não muito ideológicas, mas por disputas de grupos (...) entre uma corrente mais conservadora, mais liberal, mais privatista” [ABCD] (professor-pesquisador M).

Suas falas remetem às tentativas, no passado, da APCD/ estadual paulista, de promover mudanças estatutárias na ABO, pois São Paulo tinha um terço dos dentistas, mas as regras eleitorais não garantiam a proporcionalidade estadual nos processos eleitorais. Obviamente que a proposta não foi aceita, pois daria uma margem de manobra para o estado com o maior número de dentistas.

O entrevistado faz questão de pontuar o fato de não haver uma grande distância ideológica entre ambas: “não têm muitas diferenças, têm nuances. É uma disputa muito mais de grupos do que de projetos” (professor-pesquisador M). O recorte ideológico mais forte está nos sindicatos, mas estes são inoperantes atualmente. Um outro entrevistado dá um exemplo para explicar a inoperância do sindicato no estado: “não é absolutamente atuante, não representa a classe patronal. (...) Eu nunca consegui que o

meu sindicato fosse me representar, eu tinha que contratar advogado...”(presidente da ABCD estadual). Em outras palavras, os sindicatos, no estado *locus* da pesquisa, têm uma tradição de muita fragilidade e são inexpressivos.

Porém, há que se dizer que a APCD, (mesmo antes da criação da ABCD), já era uma

“potência, ela tem uma escola de formação profissional com clínicas para cursos de especialização que poucas faculdades brasileiras têm (...). A ABO também tem, mas é pulverizada nos 26 estados do país” (professor-pesquisador M).

O entrevistado refere-se aos cursos realizados pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional/EAP, que é vinculada à ABO e funciona junto às associações, tanto no âmbito estadual como no regional. As EAPs são criadas com o objetivo de oferecer cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização aos cirurgiões-dentistas^{lxxvi}. A respeito dos cursos neste nível e de sua validade pelos órgãos da categoria (e não a validade acadêmica, que é conferida pelas IES), sabe-se que, desde 1999 havia um impasse entre o CFO e o Ministério da Educação quanto à sua normatização. Segundo informação do CFO (2005), o Ministério adotava posição contrária à regulamentação da autarquia, referente aos cursos *lato sensu*. A cada tentativa do Ministério em legislar sobre os cursos deste nível na Odontologia, havia desgaste^{lxxvii}.

Porém, retomando as análises sobre o “racha” representativo da categoria, para o presidente da ABCD estadual foi, sobretudo, uma questão de pragmatismo, decorrente de uma reação à prática eleitoral da ABO nacional. Ou, segundo suas palavras,

“foi um novo 1984. Os dentistas não foram à rua fazer ‘diretas já’. Mas, foi um novo 84. Não tem essa de alguém dizer ‘eu quero para me suceder o fulano de tal’(…), qualquer um pode se candidatar”(Presidente da ADCD estadual).

Este presidente da recém-criada associação estadual explica o seu surgimento de forma detalhada, reportando-se à história recente do episódio da criação da nova entidade nacional (ABCDbrasil). Informa que já “no final da década de 80 o processo de representação [da ABO] começou a ser questionado (...), pois cada parte do Brasil tinha um voto (...)”.

Relata que mais de um terço dos dentistas estava em São Paulo e que isto tem se mantido no tempo. Argumentou que o entendimento sobre a falta de legitimidade

desta representação começou a ser discutido entre alguns colegas e que como não houve sucesso na mudança estatutária, pois a

“direção da ABO não permitia que mexesse porque aquela posição era interessante para o *status quo* e chegou um momento em que a eleição da ABO nacional começou se repetir: os presidentes eram previamente definidos por articulações prévias, sem um processo de discussão mais amplo” (presidente da ABCD estadual).

Assim, “há uns dois anos a ABO e a APCD romperam de vez e a APCD se desligou da ABO (...) tirou quase que 1/3 dos sócios da ABO nacional” (presidente ABCD estadual). Para este representante da categoria, longe de se traduzir numa contestação, o que se quer com a criação da ABCD é conseguir algumas conquistas para os dentistas. Insiste na característica democrática praticada quando do processo eleitoral da nova associação, em oposição ao da ABO nacional e sustenta que é necessário lutar politicamente para garantir ganhos aos dentistas, como por exemplo, a redução de carga horária de contrato de trabalho^{lxxviii} (“de 6h para 4horas, como é a dos médicos”). Esta defesa decorre de uma impossibilidade legal do dentista que pratica este contrato de trabalho ter mais de um vínculo empregatício. O entrevistado se vale do exemplo do médico para justificar a demanda: “O médico pode ter dois contratos no serviço público (...) ganha o dobro. (...), mas o dentista não pode!” (presidente da ABCD estadual).

No jornal *on line* do CFO, divulgado no final de 2004, percebe-se uma espécie de chamamento que o Conselho faz aos presidentes das duas Associações: “as entidades precisam de fato se unir em torno de seus objetivos. Para o presidente da ABCDbrasil, Luciano Artioli, ‘as lideranças estão mais envolvidas com as questões da classe, estamos mais cientes do caminho que devemos percorrer’. Ao que o presidente da ABO nacional, Norberto Lubiana, completa: ‘Um fator positivo é a articulação com as demais áreas da saúde. O que pode nos dar mais força para lutar por verbas e políticas ampliadas para o setor’” (CFO, 2005).

No mesmo jornal *on line*, o tema sobre a abertura de novos cursos de graduação é elencado como uma das expectativas para 2005, verbalizada pelo presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas: “O Conselho Nacional de Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, precisa aprovar medidas para evitar a abertura indiscriminada de faculdades de Odontologia como vem acontecendo”. Tal relato é oportuno, pois dos 68 projetos de lei relativos à Odontologia que se encontram em tramitação no Congresso Nacional, oito^{lxxix} são considerados pelo CFO prioritários. Entre eles, o segundo na escala de importância é o que “determina que a criação de

novos cursos superiores de Odontologia dependa de parecer do Conselho Regional de Odontologia local” (CFO, 2005).

Na segunda metade da década de 90, o CFO critica o Ministro da Educação Paulo Renato, do governo Fernando Henrique Cardoso, pela postura diante da proliferação de cursos de Graduação em Odontologia no país. Destaca principalmente aqueles criados no estado de São Paulo, sustentando que faltará qualidade e que os cursos não garantirão formação adequada aos futuros profissionais e, também, sentencia que em breve a profissão será inviabilizada^{lxxx}. Como lembra Freitas (2004), é sabido que a expansão de cursos se reflete nas condições de mercado, uma vez que os profissionais passam a não ser “absorvidos”. Assim, o discurso da categoria revela a preocupação em buscar formas de ter controle sobre a formação e a prática profissional.

Também no âmbito nacional, mais recentemente, reportagem da Folha de São Paulo, de 16/06/2004^{lxxxix}, cujo título é “Membro do CNE quer dificultar abertura de cursos superiores”, destacava a posse da filósofa Marilena Chauí no Conselho Nacional de Educação e informava que a conselheira considerava uma verdadeira “calamidade” o que ocorreu no governo passado. Sustenta que entre 1998 e 2002 “houve a maior expansão do ensino superior brasileiro nos últimos anos, a média de cursos abertos ficou em 4,5 por dia. No governo Lula, a média é de 3,4”^{lxxxii}. Na seqüência da matéria, o então Secretário, Nelson Maculan Filho, informa que “a expansão no setor privado^{lxxxiii} vai continuar, já que a rede pública não teve aumento significativo de vagas nos últimos anos”^{lxxxiv}.

Em pesquisa sobre o perfil do dentista brasileiro, realizada em 2002, a ABENO (2004) divulgou que, dos 614 entrevistados, 9,6% apontaram “maior exigência para abrir novos cursos”, como terceira aspiração, em resposta à pergunta “O que você espera sobre a atuação de um congressista para um melhor benefício da sua área?”^{lxxxv}.

Ao elaborar um quadro dos cursos de Odontologia existentes no país até 1992, pesquisadores salientam que o

“ritmo e o processo de criação e instalação de novos cursos de odontologia não parecem ter se associado a nenhum fator demográfico ou de política educacional, mas aos fatores de natureza de política local, ou econômica” (DAL POZ e VARELLA, 1995: 94).

A expansão dos cursos superiores de Odontologia ocorreu na década de 60, sendo que havia, até o início dos anos 80, 66 cursos. Na década seguinte, já eram 81

(Teixeira *et al.*, 1995: 189); em 1996, 90 cursos, no ano de 2003, 165 (Paula e Bezerra, 2003: 07) e, até 08 de junho de 2005, na *home-page*^{lxxxvi} do INEP (2005) elencava a existência de 189 cursos de graduação em Odontologia. A fim de lembrar a situação no estado do sul, área geográfica da universidade federal cujos concluintes de Odontologia responderam ao questionário desta pesquisa, em 1989 foi criado o segundo curso de Odontologia (sendo que o primeiro, em 1946 foi o da universidade federal). Os demais, conforme já explicitado, foram criados, em ordem cronológica: o segundo, em 1989; dois em 1998; mais dois cursos no ano seguinte e, em 2000 o sétimo curso de odontologia do estado; sendo os seis em universidades públicas de direito privado/municipais.

Paula e Bezerra (2003: 10), ao analisarem os dados do INEP/MEC de 2002^{lxxxvii}, constatam grande concentração de cursos e de vagas no sudeste e no sul do país. Nesta última região exclusivamente do ponto de vista proporcional, referindo-se à densidade habitantes/cursos. Ou seja, há 30 cursos, para uma população de 25.107.616 habitantes, enquanto que, no sudeste, para uma população de 72.412.411 habitantes, há 92 cursos de graduação em Odontologia.

Assim, é correto dizer que, frustrados em razão da distância entre suas expectativas de sucesso profissional e os poucos ganhos, os dentistas se queixam cada vez mais do número excessivo de faculdades e de novos dentistas que entram no mercado de trabalho a cada semestre/ano. Quando isto não ocorreu, correspondeu a um período de breve explosão de demanda de cuidados odontológicos, devido à expansão econômica e a políticas públicas de saúde, na segunda metade dos anos 80. Nesta década, novos rumos para as políticas públicas de saúde movimentaram o cenário sanitário do país. Inicialmente foram as Ações Integradas de Saúde/AIS e, posteriormente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/SUDS, que originaram o Sistema Único de Saúde/SUS.

A criação do Sistema Único de Saúde ficou assegurada pela Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação ocorreu pelas leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e, a n.º 8.142/90, cuja finalidade é tornar obrigatório o atendimento público para qualquer cidadão a fim de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira^{lxxxviii}. Assim, o SUS com princípios de equidade, universalidade, integralidade, acessibilidade e participação popular nos serviços e ações, cuja base é o município, e que descentraliza decisões, controle, recursos financeiros das esferas

estaduais e federal é um marco. O país passa a ter uma nova legislação do sistema de saúde, entafizando o município como espaço privilegiado no qual novas formas de gestão da saúde são realizadas. No entanto, a formação e a atuação profissional estavam muito aquém do que a legislação preconizava^{lxxxix}.

Embora tenha havido um grande salto no volume de criação de cursos superiores de Odontologia e de egressos estudos e pesquisas têm mostrado que não se constatou “coincidência positiva entre esse tipo de evolução profissional e a evolução epidemiológica populacional em Odontologia” (PINTO, 2000b: 253), segundo registra o autor. Há uma situação, por demais conhecida e estudada: os egressos dos cursos superiores das profissões de saúde

“desconhecem ou não se interessam pelos principais problemas de saúde pública. O enfoque do ensino predominante nas escolas privilegia o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente” (SANTANA *et al*, 2001: 237).

Nas entrevistas e nos questionários o excessivo número de cursos de graduação em Odontologia é sempre recorrente. Para a recém-criada ABCDestadual, ações efetivas contra a abertura indiscriminada e injustificada de cursos de Odontologia são prioritárias na gestão desta Associação. O discurso do recém-empossado presidente estadual da ABCD entende que “o perfil de formação do nosso profissional (...) estava direcionado para a doença e não para a saúde. O dentista ele era super, super, super especializado para tratar doença cárie e não promover a saúde” (presidente da ABCD estadual).

No final da década passada, Martins e Dal Poz insistiam na necessidade de mudar este cenário e dar início à revisão de currículos dos cursos da saúde. Entretanto, constatavam que tal iniciativa encontraria resistência do ponto de vista das corporações das profissões dessa área, pois a redefinição de atribuições e competências ameaça a manutenção da identidade profissional. Nessa direção, fazem uma crítica contundente aos

“mecanismos tradicionais de certificação (que regulam a entrada no mercado de trabalho) e à rigidez das regulamentações profissionais (que restringem campos exclusivos de atuação profissional) [que] se contrapõem ao novo paradigma do trabalho (...), que se baseia na polivalência e na desespecialização” (MARTINS e DAL POZ, 1998: 143).

“Mercantilista, elitista, odontocêntrica, autônoma, iatrogênica”: ao referir-se à profissão apresentando tais qualificativos ou desqualificativos, segundo a posição que cada grupo detém, no campo profissional, Botazzo vai afirmar que o feitiço virou contra o feiticeiro. Dizendo de outra forma, a Odontologia estaria “provando, em dose cavalara, o remédio que anteriormente prescrevera para a sociedade” (BOTAZZO, 2000: 22). Ou seja, ao constatar que o modelo de prática em vigor está “à beira da exaustão, é a própria profissão que hoje em dia se interroga(...). Há, evidentemente, um cariz mercadológico neste questionamento, pois acredita-se intensamente na crise da odontologia como crise de mercado...” (BOTAZZO, 2000: 22-25). Este autor evoca estudiosos do tema para ajudarem a tirar a Odontologia “do beco em que se meteu”.

Portanto, retomando questões iniciais, já explicitadas em outros parágrafos, o que está em pauta não é somente a forma do exercício profissional, mas sim a atribuição da posição social dos mecanismos de controle do poder das corporações profissionais, no caso, as da saúde.

2.4 Dos discursos: realistas, otimistas, pessimistas

Há algumas décadas, os dentistas, de formas diversas, proclamam seu descontentamento e sua inquietação em relação ao número crescente de cursos de graduação em Odontologia. Como na medicina francesa, podemos dizer que também na Odontologia brasileira, encontramos o discurso da plethora como “tema recorrente e central nas lamentações profissionais” (ARLIAUD; 1987: 28), só muda o período. Se para os médicos começou décadas antes, para a Odontologia, os anos 90 foram considerados emblemáticos. Estudos mostram que o início da expansão dos cursos de graduação em Odontologia, como na Medicina, ocorreu na década de 60. Trinta anos depois verifica-se, conforme já assinalado nos parágrafos anteriores, um “boom de escolas, acompanhado de elevada demanda (...) pelos cursos de Odontologia, superando a tradicional posição (privilegiada) da medicina” (TEIXEIRA *et al.*; 189).

O jornal do CFO lançado em dezembro de 2004 elenca as expectativas para 2005, informando que “há previsões otimistas e outras nem tanto^{xc}”. Salienta que na agenda alguns temas dominarão o cenário: criação de equipes de saúde bucal, piso salarial, planos de saúde, atendimento especializado, abertura de faculdades, carga tributária e regulamentação de profissionais auxiliares” (CFO, 2005). Antes, porém, veremos qual é o perfil do cirurgião-dentista brasileiro na contemporaneidade.

Dados deste mesmo Conselho informam que, dos 193.111 cirurgiões-dentistas brasileiros, 104.135 são mulheres e 88.976 são homens (CFO, 2004). Numa pesquisa, já citada, realizada em 2002, encomendada pelo Conselho Federal de Odontologia em parceria com outros órgãos, objetivando^{xci} “delinear o perfil dos profissionais da categoria”, divulgada em 2002, os traços deste profissional são os seguintes: as mulheres são maioria: 57,5%, casadas, colaram grau em IES privada, há sete anos, atendem no meio urbano, fizeram pós-graduação, se especializaram, mais ainda não providenciaram registro como especialista, junto ao CRO (ABENO, 2004).

Sobre a tabela de valores cobrados pelo dentista, a metade deles está a par da tabela de valores referenciais para procedimentos odontológicos/VRPO^{xcii}, mas somente 2/3 deles praticam os valores preconizados (a maioria cobra valores mais baixos). Os convênios deixaram de ser um atrativo. Os dados informam que menos da metade dos dentistas trabalha com planos de saúde e é deles que a maioria “tira no máximo 20% de seu rendimento”. A média de renda mensal de 25% dos entrevistados é de R\$ 2.500,00, em segundo lugar os que recebem entre R\$ 3.600,00 a 5.200,00 e cerca de 1/4 dos entrevistados não respondeu a esta pergunta.

Em termos de mercado de trabalho, em torno de 90% se dizem incluídos na categoria “liberal/autônomo”. Desses, 72 % trabalham em consultório próprio; 24% em alugado e 3% não têm consultório. Empregados públicos totalizam 26%, sendo que quase a metade deles atua no Programa de Saúde da Família/PSF^{xciii} ou SUS e, finalmente, na terceira categoria, a de empregado setor privado é a apontada por 11% deles. A jornada de trabalho de 40 horas semanais é responsável pelo maior percentual: 55%; em seguida, 60 horas, com 16% das indicações; a seguir 48 horas, com 14% do percentual; 44 horas semanais para 11% dos dentistas entrevistados e 20 horas para um percentual reduzido: 4%. Quase a metade dos 614 entrevistados trabalha com convênios. No entanto, 56,7% não contam com auxílio de nenhum profissional da área. Os que contam com o auxílio, indicaram Auxiliar de Consultório Dentário/ACD (72%), Técnico de Higiene Dental/THD (19%), Técnico em Prótese Dental /TPD (14%), Clínico Geral/dentista (4,5%) e Auxiliar e Prótese Dental/APD (4%). Dos 43% que contam com o auxílio, 72% mantém ACD (ABENO, 2004).

A Revista Exame de novembro de 2002 traz dados interessantes que podem ilustrar a situação (tendo como fontes o Conselho Federal de Odontologia/CFO e o escritório Simonsem Associados), apresentando o número de profissionais dentistas em

atividade nos anos 90, por mil habitantes: em 1995 havia 1,05/1000; em 2001, apenas 1,01 (sendo que o “pico” ocorreu em 2000, com 1,31/1000). Diante disso, pode-se dizer que os dentistas até então em atividade na área passaram a desistir da profissão, abandonaram a prática e tornaram-se trabalhadores (ou quem sabe empreendedores) em outras áreas^{xciv}.

Nesta direção, Perri de Carvalho (1994: 22) relata entrevista com representante do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo/CROSP, na qual foi informado dos pedidos de cancelamento junto àquele Órgão. No entanto, admite que não há como caracterizar esta evasão de cirurgiões-dentistas de forma segura, pois, esta pode ter ocorrido por vários motivos, como por exemplo: transferência de estado da federação, devido a viagens de longa duração, ou mesmo por abandono da prática profissional. Desconhecemos pesquisas mais recentes que estejam analisando esta questão.

Se pudesse optar, faria a Odontologia de novo. Entre os otimistas, o vice-Chefe do Departamento diz que “realmente gosta (...) que se sente realizado e se fosse começar, faria isto de novo (...) enquanto eu puder dar minha contribuição eu fico satisfeito”. Da mesma forma, o presidente da ABO Estadual, informa que sua filha fará vestibular para Odontologia e se diz “apaixonado” pela profissão; seu discurso remete ao nascimento da criança e do seu primeiro reflexo que é o choro, “além de respirar e depois mamar. Depois de uma certa idade, ela corre ao dentista (...) entrega uma coisa íntima que é a cavidade bucal para uma pessoa que ela não conhece, que é o dentista”.

Os dados da pesquisa nacional junto aos dentistas, citada anteriormente, mostraram que cerca de 70% dos dentistas brasileiros entrevistados escolheriam novamente a Odontologia como profissão. Os quase 30% restantes não têm claro qual seria a sua nova opção, em segundo lugar apontam a Medicina, em terceiro o Direito, a seguir Ciência da Computação, Arquitetura e Administração. Dos entrevistados, sete entre dez disseram estar otimistas em relação à Odontologia, “com destaque para os mais jovens – até 30 anos e para os que colaram grau a menos de cinco anos” (ABENO, 2004).

Outro entrevistado coloca que, atualmente, o grande empregador é o setor público. Referiu-se à situação no estado *locus* da pesquisa, informando que há dados que apontam para mais de 65% dos dentistas com vínculo ao SUS: “Isso é mais expressivo entre os jovens. Então, quanto mais jovem, mais feminina a profissão, mais

assalariada e mais vinculada ao setor público. (...). Então, esta é uma característica da Odontologia” (professor-pesquisador M).

Em termos de mercado de trabalho, constata-se que o setor público tem sido o maior “empregador” de dentistas, cujo potencial foi destacado durante a pesquisa e encontra-se nas falas dos entrevistados e nos questionários de alguns concluintes do curso de graduação em Odontologia. O *site* do Conselho Federal de Odontologia divulga no seu jornal, em 2004, com manchete: “Enfim, atendimento especializado para todos”, no Programa do Governo Federal “Brasil Sorridente”^{xcv}, a inauguração de 64 Centros Especializados Odontológicos/CEO, em municípios de 15 estados brasileiros. Enaltece o fato de que os CEO^{xcvi} representarão novas vagas para a Odontologia “em aproximadamente nove mil empregos diretos para cirurgiões-dentistas, ACD e THD” (CFO, 2005).

Menos otimista em relação à profissão, o presidente da ABCD estadual diz que seus filhos seguiram outra profissão (Direito), e, que atualmente “não tem mercado para a Odontologia” e que

“se nós não nos antenarmos a perspectiva do profissional da Odontologia está muito crítica: pelo excesso de profissionais e de faculdades, pela redução do índice de cárie, pela [falta de] motivação, pelo esclarecimento, pelo processo de educação das pessoas (...) e isso é para todas as profissões da saúde”.

Outro entrevistado, que participou das discussões e da elaboração das DCN para o curso, entende que para o cenário futuro da Odontologia estão sendo esboçadas duas possibilidades. A primeira delas, mais especificamente localizada em países como EUA, parte da Europa, Escandinávia,

“com o sucesso das campanhas preventivas (...) a cárie está sendo vencida (...). Então, o que vai sobrar desta profissão? E isto fatalmente vai acontecer no Brasil (...). O que vai restar? (...) vai sobrar prevenção, dentística cosmética, câncer bucal e as próteses, endodontia e cirurgias (...) advindas de acidentes e traumatismos. Então, a tendência hoje (...) é que a Odontologia retorne ao berço, volte para a Medicina (...). Mas não da maneira como era antes, que a fez se libertar. Então esta é uma tendência forte: acabar o curso de graduação em Odontologia e formar médicos especialistas em medicina bucal ou estomatologia. A outra é mais complicada. Na Europa está se discutindo (...) formar profissional de saúde (...) que engloba toda a área da saúde” (professor C).

Gostaríamos de registrar que a tendência de “(re)filiação às ciências médicas, retornando às origens” (TEIXEIRA *et al* , 1995: 192) já havia sido levantada em estudos realizados sobre a Odontologia na década de 90.

Como vimos, não há um discurso único e homogêneo e as perspectivas e cenários apontados merecem ser aprofundados em pesquisas posteriores. A unanimidade só é revelada em relação às preocupações com a abertura de cursos de graduação em Odontologia e ao excesso de dentistas que colam grau a cada semestre ou ano. Nos próximos capítulos abordaremos algumas das questões levantadas nos parágrafos anteriores.

Notas:

^{xxxv} A partir dos Anais do Colóquio da Société Française de Sociologie, realizado em Paris, em outubro de 1999, que contou com publicações de Andrew Abbot, Claude Dubar, Lucien Karpik, entre outros estudiosos das profissões.

^{xxxvi} Dubar informa que, nos EUA e na Inglaterra, nas décadas de 50 e 60 do século XX, a Sociologia das Profissões se constituiu em uma subdisciplina. Na França, o autor identifica três diferentes períodos: em relação ao primeiro (dos anos 50 aos 70), diz que somente no final da década de 70 a sociologia francesa do trabalho estuda o ‘conflito de classe’. O seguinte corresponde a uma crise do paradigma anterior (ou, nas palavras do autor, crise da “Sociologia do Trabalho”) e a emergência, nos anos 80, de novas abordagens e temáticas (distritos industriais, trajetória profissional dos artesãos, funcionários de escritórios, novas formas de gestão, profissões liberais e relações com sua clientela e mercados de trabalho ‘fechados’, por exemplo). O terceiro período (final da década de 80 e anos 90) é caracterizado por “tentativas de recomposição da sociologia francesa do trabalho”, decorrentes do surgimento de um cenário que apresenta “novos paradigmas concorrenciais”. Assim, a empresa/organização, a racionalização do trabalho, os grupos profissionais e a divisão sexual do trabalho são temas de pesquisas que mais se destacaram no período (Dubar, 2003: 52-57).

^{xxxvii} Essa abordagem tem como referencial a noção de campo científico de Bourdieu: “enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é: de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado” (Ortiz, 1983:122-123), da qual, no Brasil, também se valeu Loyola (1984) para referir-se à existência de um espaço social determinado, no qual diversos profissionais de saúde encontram-se dispostos hierarquicamente, compondo o “mercado de serviços de saúde” oferecidos à população. Apesar dos limites deste trabalho, ao abordar somente algumas categorias, restringindo as possibilidades de argumentação de campo, entende-se que, de certa forma, o esforço teórico em buscar subsídios para compreender a realidade encontra sustentação teórica necessária para o empreendimento a que ora se propõe.

^{xxxviii} Entendemos como pertencentes às classes populares aquelas pessoas que “não detêm o capital cultural e lingüístico tido como legítimo – aquele detido pela classe média-, que faz com que sua inserção no mercado de trabalho seja precária e sua renda baixa”, que apresentam fraco capital econômico (Dauster, 1982: 32).

^{xxxix} Para um maior aprofundamento da questão e dos embates, ver Carvalho (2003, principalmente capítulos III, V e VI). É importante salientar que a autora identifica embates entre os cirurgiões-dentistas e os dentistas práticos em “três arenas da jurisdição profissional”: a do espaço de trabalho (na qual os práticos vendem seus serviços), a da opinião pública (que reconhece os serviços uma vez que se vale deles) e a do sistema legal (pois há projetos de leis visando o reconhecimento e legalização da atividade dos dentistas práticos).

^{x1} Para um estudo mais aprofundado da profissão, numa perspectiva histórica, no contexto europeu, mais precisamente, francês, ver Poinart (2002 - 2003).

^{xli} Para maiores informações, ver Freitas (2001: 30).

^{xlii} Para uma análise detalhada das diversas etapas de profissionalização da Odontologia, ver Chaves (1986) e Carvalho (2003).

^{xliii} Em Portugal ainda ocorre este tipo de formação (Perri de Carvalho, 1994: 22). Na França há o curso superior de *Chirurgie dentaire*, para os dentistas e a especialidade *Stomatologie*, para médicos que decidem optar por uma especialização. A estomatologia é considerada uma “parte da medicina que trata das doenças da boca e dos dentes” (Dictionnaire Le Robert, 1979:1866).

^{xliv} Para maior aprofundamento, ver Arliaud (1987: 25) e Herzlich (1995a e 1995b).

^{xlv} Sobre o ensino da Odontologia no Brasil, ver Perri de Carvalho (1994), Pinto (1978) e Carvalho (2003).

^{xlvi} Há discordância de datas e local entre autores. Para Novaes (1998) e Fernandes Neto (2002), a primeira foi a da Bahia.

^{xlvii} Não nos deteremos na análise da regulamentação da prática odontológica no Brasil. A esse respeito consultar Carvalho (2003), principalmente os capítulos III e IV.

^{xlviii} Em 1911 a Lei Rivadávia e, em 1919, o Decreto de Delfim Moreira. Para Perri de Carvalho (1994), a Lei Rivadávia teve grande influência na expansão do ensino de Odontologia.

^{xlix} A esse respeito, ver Santana *et al.*, 2001 e para suas implicações na Odontologia, consultar Lucas (1995) e Valença (1998).

¹ Flexner era químico e educador, responsável pela realização de um estudo “da situação das escolas e da educação médica americana e canadense, por encomenda da American Medical Association (AMA) à Fundação Carnegie para o Progresso no Ensino, resultando no Relatório Flexner, publicado em 1910 (Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 576 pp, Fifth Avenue York City)” (Lampert, 2002: 65).

^{li} Importante lembrar os dados da pesquisa realizada, a pedido do CFO, que indica que mais da metade dos entrevistados não trabalha com a colaboração de outros profissionais da área e, dos 43% que trabalham, 72,2% é com o Auxiliar de Consultório Dentário/ACD (ABENO, 2004).

^{lii} Na década de 60, embates para a eliminação do “dentista prático licenciado” acabaram por regulamentar a profissão, mais precisamente, em 1966 (Perri de Carvalho, 1994: 20). A esse respeito, ver Carvalho (2003).

^{liii} Para os quais a diferença centrava-se no conteúdo ensinado na escola e no número de anos de escolaridade (Freidson, 1998: 19).

^{liv} Pesquisa encomendada pelo CFO para saber sobre o perfil do dentista brasileiro, informa que 52,3% deles usa telefone celular e que mais de 39% têm aparelho de fax, quase a metade tem consultório informatizado, e cerca de 70% acessam à Internet (ABENO, 2004).

^{lv} Também o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e qualidade superando a exclusão social, realizada em Brasília-DF de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004, aprova moção de repúdio ao Projeto de Lei do Senado n.º 25, de 2002, que regulamenta o Ato Médico, “em virtude de sua interferência nas ações das demais profissões da área de saúde e por estar na contra-mão da construção do Sistema Único de Saúde” (ABENO, 2004).

^{lvi} Outra conquista, desta vez já concretizada, foi a habilitação do cirurgião-dentista a aplicar analgesia ou sedação consciente, com óxido nitroso. A Resolução CFO 051/2004, de 30/04/2004, baixa normas específicas para esta habilitação do dentista (CFO, 2005).

^{lvii} Uma outra reivindicação, expressada pelo presidente estadual da ABCD é o fato da categoria não ter piso salarial nacional: “então isto é falta de representação política da categoria”. Na *home-page* do CFO lê-se que “foi aprovado por unanimidade, na quinta-feira, dia 19 de maio, na Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania/CCJC, o projeto de lei 4556/94, que estipula em R\$ 1.337,32 (20 horas semanais) o valor mínimo a ser pago a cirurgiões-dentistas. A próxima votação é definitiva”. O piso atual é de R\$ 900,00 (ver: <<http://www.cfo.org.br/default01.cfm>>. Acesso em: 04 de jun. 2005).

^{lviii} A respeito da formação de lobby como estratégia de persuasão utilizada pela categoria, ver Freitas (2004: 118).

^{lix} Pesquisa mundial de saúde de 2003, iniciativa da Organização Mundial de Saúde para 71 países, que, no Brasil, teve como órgão executor, o Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ. Os resultados relativos à saúde bucal indicam que 14% dos brasileiros perderam todos os seus dentes naturais (RADIS, 2004: 26). O artigo sugere que os dados sejam referência para a implantação e implementação de políticas públicas de saúde que levem em conta o perfil epidemiológico apresentado pela população.

⁶⁰ Ou seja, aquelas de controle do exercício profissional como órgão fiscalizador e disciplinador da Odontologia no Brasil (Freitas, 2004, especialmente capítulo 5).

⁶¹ Reflexões a partir de anotações pessoais realizadas durante o evento.

^{lxii} No jornal de circulação estadual da ABOestadual, de 2005, a associação divulga um curso (de 32 horas-aula) “Uma visão empresarial para os prestadores de serviços da saúde”, no qual o ministrante é dentista com mestrado em Administração em Gestão Moderna de Negócios. O objetivo do curso é “envolver profissionais e acadêmicos numa discussão clara e prática sobre questões que estão ligadas às atividades dos profissionais prestadores de serviços da saúde no que se relaciona à Administração e ao *Marketing*, ao Código de Ética e à Responsabilidade Civil, dentro do perfil do Administrador, Gestor e Promotor do seu negócio e as propostas existentes relativas ao desenvolvimento de uma visão empresarial fundamentada, buscando os esclarecimentos das questões envolvidas ao tema proposto e os modelos apresentados por outras atividades profissionais” (ABO estadual, 2005).

^{lxiii} Sobre a evolução do conhecimento e das técnicas, Kervasdoué (2003: 9) informa que, até 2003, existia 4.000 princípios ativos na farmacopéia mundial, 850 atos de biologia e mais de 1.000 atos de imagens. Para ele, esta explosão de conhecimento leva a uma dupla divisão do trabalho, sendo que a primeira atinge as especialidades médicas e, a segunda, concerne a todas as outras profissões de saúde.

^{lxiv} A incidência e o impacto do desenvolvimento tecnológico estão tornando a saúde cada vez mais um negócio cujos custos apresentam crescimento impossível de ser suportado. No entanto, paradoxalmente, constata-se que a incorporação de tecnologia capilarizou-se nas práticas de formação dos profissionais de saúde.

^{lxv} O Conselho Federal de Odontologia e os 27 Conselhos Regionais de Odontologia, criados pela Lei 4.324 de 14 de abril de 1964 e posteriormente instituídos pelo Decreto 68.704 de 03 de junho de 1971, formam em seu conjunto uma Autarquia. Tanto o CFO quanto cada CRO são dotados de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira. A principal finalidade é a supervisão da ética odontológica em todo o território nacional, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente <http://www.cfo.org.br/default01.cfm> .04/06/2005.

^{lxvi} <http://www.cfo.org.br>.

^{lxvii} O CFO fez uma enquête, acessada em 02/02/2005, na qual perguntava: “Com a eleição de 278 cirurgiões-dentistas para prefeituras e câmaras de vereadores a Odontologia está melhor representada politicamente?” Até a data do acesso, 8.037 pessoas haviam respondido e o resultado parcial era: 82,72% entendiam que não e 17,28 apontaram sim (CFO, 2005).

^{lxviii} Segundo o entrevistado, presidente da ABCD-Estadual, há 25 estados com representação. Somente no Acre e no Amapá não houve, em função do número reduzido de dentistas nestes dois estados.

^{lxix} Na mensagem por *e-mail* (vendas@odontex.com.br) recebida em 09/12/2004, Ribeiro chama a atenção para o “trocadilho” utilizado, ao reportar-se aos embates havidos quando da criação da ABCDbrasil.

^{lxx} No próximo mês de julho a ABCD estadual, com apoio da nacional, estará promovendo o 2º Encontro Nacional de Cirurgiões-Dentistas, em Florianópolis (SC). A programação científica prevê cursos: ATM do século XXI, Clareamento Dental com Laser e Led’s na Odontologia atual, A Estética da Implantodontia Contemporânea, Tratamento Ortodôntico em Pacientes Adultos: qual limite?, Endodontia, Rotatórios de Níquel – titânio, uma nova realidade (material publicitário do evento).

^{lxxi} Segundo expressão de Ribeiro (2004), em e-mail já referido.

^{lxxii} Outros periódicos aparecem com um percentual bem inferior: CRO (13%), JBO (11%), para citar os mais indicados (ABENO, 2004), na Pesquisa de Marketing, realizada pelo INBRAPE Pesquisa, a pedido do CFO e outras entidades, em 2002.

^{lxxiii} Segundo um dos entrevistados, trata-se de um evento de grandes proporções, “um dos maiores do mundo na área da Odontologia, com 47 mil pessoas”(professor-pesquisador M). De 28/01/2006 a 01/02/2006 estará sendo realizado o 24º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo/CIOSP, no

Anhemi, cujo tema será “Qualidade de vida: Odontologia e sociedade”. Para maiores informações acessar: <http://www.abcdbrasil.org.br>.

^{lxxiv} Para se ter uma idéia, dados recentes do CFO, com o subtítulo “Cifrões da Odontologia”, informam que “até 2006, a Associação Brasileira de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratório (ABIMO) prevê um crescimento de 22% na cota de exportações da Odontologia. As duas grandes do setor Dabi Atlante e Gnatu, têm motivos de sobra para sorrir [a primeira] prevê um aumento 5% sobre os R\$ 94 milhões faturados ano passado, a segunda, espera crescer 20% sobre o faturamento de 88 milhões, em 2004. É o quinhão da odontologia no superávit comercial brasileiro” (CFO, 2005).

^{lxxv} Em relação aos benefícios oferecidos, a *home-page* da ABCD informa que seus associados têm direito a:

1. Freqüência à APCD Central, às 18 Regionais Capital e 71 Regionais Interior.
2. Participação nos cursos realizados em nosso Ginásio de Esportes, com taxas simbólicas. Gratuidade em todas as palestras e conferências programadas.
3. Participação no Congresso Internacional de Odontologia, gratuito para os sócios que estiverem em dia com sua contribuição associativa.
4. Filiação a 2 dos 14 departamentos científicos da APCD, participando de eventos que neles ocorram.
5. Recebimento mensal do jornal APCD (para os sócios e membros da classe - 168.000 exemplares).
6. Participação nos cursos ministrados pela EAP na Central, Distrital ou Regionais.
7. Possibilidade de participação nos benefícios proporcionados pela APCD, através de convênios firmados:
 - a) Seguro Saúde.
 - b) Seguro de Automóveis, Consultório e Residência.
 - c) Consórcio de veículos , com taxas mínimas para os consorciados.
 - d) Lojas, prestadoras de serviços, escolas de idiomas, médicos, laboratórios e serviços diversos com descontos especiais, através do caderno de convênios ou no Departamento de Benefícios (site www.abcdbrasil.org.br).
 - e) Turismo: Hotéis em diversas cidades e pacotes turísticos com descontos especiais com desconto de 15% na anuidade para os Albergues da Juventude (Nacional/ Internacional).
8. Departamento de Defesa da classe, com orientação aos problemas relacionados à atividade profissional.
9. Participação em todas as atividades sociais que venham a ser programadas pela APCD.
10. Direito de participação na APCD On-Line e na Internet.
11. Medicamentos a preço de custo, inclusive os controlados.
12. Seguro de Responsabilidade Civil a R\$ 8,00 mensais, incluso na mensalidade (ABCDbrasil, 2005).

^{lxxvi} Até dezembro passado, cabia às EAPs e às IES credenciadas, ou em parceria com alguma EAP, a oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização, devidamente reconhecidos pelos órgãos da categoria. Isto é, em relação às IES, a Resolução CFO 22/2001 que “Baixa Normas sobre anúncio e exercício de especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização”, autorizava a oferta de cursos naquele nível, a “estabelecimentos de ensino de graduação em Odontologia reconhecido pelo Ministério da Educação, que já tenha formado, pelo menos, uma turma de cirurgiões-dentistas” (letra a do artigo 47). Assim, estas deveriam firmar parceria com as EAPs a fim de providenciarem a validação profissional dos certificados, que era restrita ao nível acadêmico. Para maiores informações, ver <http://abeno.org.br> - Esclarecimentos sobre cursos de pós-graduação. Registre-se que a ABCD também tem a sua Escola de Aperfeiçoamento Profissional.

^{lxxvii} A Portaria nº 328, de 01 de fevereiro de 2005, dispõe sobre o cadastro de cursos de pós-graduação *lato sensu* e define as disposições para sua operacionalização. Assim, caberá o Ministério da Educação credenciar as IES e demais instituições que preencherem os quesitos elencados para este fim. Para acompanhar as discussões, ver < <http://www.cfo.org.br/default01.cfm>>. Acesso em: 04 jun. 2005.

^{lxxviii} Projeto de lei 3210/00 “que reduz para 4 horas diárias a jornada de trabalho do cirurgião-dentista”, já referido anteriormente.

^{lxxix} Os outros sete projetos de lei prioritários são, primeiro: o que “dispõe sobre o piso salarial dos cirurgiões-dentistas, o segundo já está elencado acima, o terceiro trata de tornar “obrigatório o atendimento em saúde bucal no SUS, o quarto “inclui entre as competências dos CRO’s a deliberação de inscrição e cancelamento de clínicas odontológicas, o quinto “regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Higiene Dental e de Auxiliar de Consultório Dentário”; em seguida o que “reduz a carga horária dos CDs que atuam em instituições e autarquias federais”; o sétimo “regulamenta a tabela de

honorários odontológicos para contratos com operadoras de saúde” e o último “inclui no grupo de leis de saúde dos trabalhadores a área odontológica, obrigando as empresas a prestarem esse atendimento” (CFO, 2005).

^{lxxx} Ver Freitas, 2004, especialmente páginas 123-128.

^{lxxx}_i Ver <<http://www.1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u15629.shtml>>. Acesso em: 16 mai. 2004.

^{lxxx}_{ii} É bom lembrar que há universidades, centros universitários e faculdades cujos Conselhos Estaduais de Educação têm autonomia para autorizar sua criação e proceder ao reconhecimento, tanto das Instituições de Ensino Superior /IES, quanto dos cursos superiores. No entanto, apenas para ilustrar, os dois últimos cursos de graduação em Medicina criados por universidades públicas de direito privado/municipais, em 2003, no estado *locus* da pesquisa, sofreram protestos da categoria (Boletim Médico, abril/maio/junho, 2004: 6), através dos meios de comunicação e visitas de comissões nomeadas pelo Conselho Estadual de Educação para verificar as condições de seu funcionamento.

^{lxxx}_{iii} Informações do Ministério da Educação destacam que, em 2003, o Brasil tinha 88,9% de instituições de ensino superior privadas. E, dados do World Education Indicator colocam o sistema de educação superior brasileiro entre os mais privatizados do mundo, atrás apenas de alguns poucos países. São 207 IES públicas (40%federais, 31,5% estaduais e 28,5% municipais), para 1.652 privadas (Brasil. Ministério da Educação, 2004: 08).

^{lxxx}_{iv} A reportagem citada informa também que, em maio de 2004, havia 2.534 pedidos de autorização de cursos, cuja prioridade de autorização era devida à contribuição para redução das desigualdades regionais e sociais.

^{lxxx}_v Em primeiro lugar (23,1%) são céticos: ou não acreditam em melhoras (uns disseram não esperar “nada”), “campanhas de prevenção” foi o segundo desejo manifestado, com 12,2% das indicações. As outras respostas, com percentuais menores foram: propor salários melhores quanto ao PSF (8,8%), atenção à área odontológica (6,8%), reconhecer a Odontologia como é a Medicina (4,2%), maior valorização profissional (3,8%) e (3,8%) mais funcionários no setor público (ABENO, 2004).

^{lxxx}_{vi} Ver <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp>. Acesso: em 08 jun. 2005.

^{lxxx}_{vii} Dados de 2002, publicados em 2003 pelo INEP/MEC apontavam 170 cursos de Odontologia distribuídos nas cinco regiões do país: 11 no Centro-Oeste, 12 no Norte, 25 situadas no Nordeste, 30 no Sul do país e 92 no Sudeste (Paula e Bezerra; 2003:07), hoje são 189, conforme registramos (INEP, 2005).

^{lxxx}_{viii} No artigo 5º, da lei 8080, de 19 de setembro de 1990 lê-se: “Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS: I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância dos disposto no § do artigo 2º desta Lei; III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil. Ministério da Saúde, 2005).

^{lxxx}_{ix} Entre 1985 e 1988, fomos responsáveis pela pasta da saúde num município de 24 mil habitantes e lembramos das dificuldades em encontrar profissionais de saúde (médicos e dentistas, principalmente), para trabalhar na periferia e no interior. Muitas vezes contactávamos com universidades, à procura de recém-formados, e, aos poucos a equipe foi se formando, porém, com muitas dificuldades de atuar em outras práticas e concepções. Também, a dificuldade ocorria quando prefeituras próximas disputavam os mesmos profissionais, muito raros, e isso, seguidamente, provocava “desfalques” na equipe e novos investimentos na busca de profissionais de saúde.

^{xc} A revista Veja, edição 1908, ano 38, nº 23, de 08/06/2005, à página 43 traz uma informação com o título “Para varrer o desemprego”, na qual relata que entre os concursos públicos, o mais concorrido é o de perito odontológico da Polícia Federal. Para a função exige-se diploma de graduação em Odontologia e conhecimentos sobre legislação, com salário de R\$ 7.965,00. A densidade candidatos/vaga foi de 714 (Revista VEJA, 2005).

^{xc}_i Entre os objetivos específicos a pesquisa visava também levantar características do mercado de trabalho, a situação profissional dos dentistas, participação em outras entidades de classe, os principais problemas enfrentados no setor público e privado e, entre outros, “se são otimistas em relação ao futuro da profissão”. Os 614 dentistas foram entrevistados pelo telefone, entre os meses de agosto e setembro de 2002, sendo que a escolha foi aleatória simples e os percentuais são representativos dos estados. Foi uma iniciativa conjunta: CFO, ABENO, FNO e FIO (ABENO, 2004).

^{xcii} Segundo informações do CFO, um dos grandes desafios para 2005 será “pressionar as operadoras a utilizarem a tabela de valores da classe”; informa que já houve um resultado concreto: “no Distrito Federal vários convênios adotaram a VPRO” (www.cfo.org.br, acesso em 22/03/2005).

^{xciii} O Programa de Saúde da Família/PSF, do Ministério da Saúde, foi criado em 1994 com o propósito principal de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros”. Maiores informações acessar: http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149. Acesso em: 4 de jul. 2003.

^{xciv} Resta saber quais são estas áreas, ou melhor, para onde “migram” estes profissionais.

^{xcv} Este programa, que engloba as diversas ações do Ministério da Saúde, busca melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Os CEOs fazem parte deste programa.

^{xcvi} Os CEOs fazem parte do Programa Brasil Sorridente que prevê um investimento de R\$ 1,4 bilhão destinados à saúde bucal. Portarias ministeriais nº 1570, 1571 e 1572, de 29 de julho de 2004, republicadas em 15/04/2004, estabelecem, respectivamente, os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas/CEOs. Nestes Centros realizar-se-ão procedimentos odontológicos ambulatoriais classificados como de média complexidade: tratamentos cirúrgicos, periodontais, endodônticos, protéticos, dentisteria de maior complexidade, atendimento a portadores de necessidades especiais e diagnóstico com ênfase no câncer bucal. Tais procedimentos são complementares aos realizados na atenção básica. Para maiores informações, ver <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?edxt=19579>. Acesso em 30 jun. 2005. No estado, onde foi realizada esta pesquisa está sendo idealizada uma experiência-piloto, diferentemente do restante do país envolvendo as universidades que têm curso de Graduação em Odontologia.

CAPÍTULO III

DAS PRÁTICAS ACADÊMICAS E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: entre o espectro do currículo mínimo e a “luz” das Diretrizes Curriculares Nacionais

“Kant compreendeu que a nossa visão das coisas não é uma fotografia da realidade. Certas frequências, os infra-vermelhos, os ultra-violetas são insensíveis/imperceptíveis aos nossos sentidos” (MORIN; 2002: 55).

3.1 Dos currículos mínimos, das diretrizes constitucionais do SUS e das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação: superação, parceria, articulação.

Na atual situação, em que o aprimoramento do SUS e o processo de formação das profissões de saúde transformaram-se numa arena de importantes transformações, seguidamente acompanhadas de tomadas de posições apaixonadas sobre os papéis, missão e meios^{xcvii} para se atingir o ideal pensado, é fundamental abordar a formação na Odontologia. Isto porque as profissões de saúde estão confrontadas a mudanças, algumas muito recentes, outras nem tanto, que afetam profundamente a sua identidade e que alteram tanto as suas práticas de cuidados como as regulações profissionais e provocam reações nas suas corporações.

Pierantoni destaca o fato da Lei n.º 9.394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB, promulgada em 20 de dezembro de 1996, sinalizar para “a possibilidade de mudanças, pela introdução de alternativas de ordem organizacional, curricular e de autonomia no panorama do setor educacional” (PIERANTONI, 2001: 352). Em 1997, o Ministério da Educação^{xcviii} convoca a sociedade para a elaboração das Diretrizes

Curriculares Nacionais/DCN para os cursos de graduação, documento orientador para elaboração dos projetos político-pedagógicos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN para os cursos de graduação na área da saúde (promulgadas entre 2001 e 2004), resultaram na elaboração de um conjunto de referenciais que apontam novas capacidades dos profissionais. Tais considerações são oportunas, pois, sem pretender fazer um histórico, mas procurando resgatar o passado recente, podemos dizer que as DCN, na área da saúde, foram o resultado de intensa mobilização nacional, que indica a vinculação da formação acadêmica com as necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde/SUS. Já há algum tempo constatava-se a inadequação da formação dos profissionais de saúde, em todos os níveis e às necessidades do SUS.

A mudança pressupõe fazer algo diferente do que foi ou é feito. Em relação à saúde, especificamente, esse processo de “desacomodação” iniciou há mais de duas décadas com movimentos atomizados que, aos poucos, foram tomando formas e contornos mais claros e definidos. Na Odontologia, Botazzo situa a discussão antes da década de 90, lembrando que o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica^{xcix} já “manifestara-se em relação à ‘incompetência social e epidemiológica’” (BOTAZZO, 2000: 23) da profissão.

Também “as críticas ao modelo hegemônico de prática odontológica e suas possíveis alternativas sob o abrigo do Sistema Único de Saúde” são temas recorrentes desde a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), passando pelos Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico/ENATESPO (desde 1984); a realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde Bucal/CNSB^c e a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mesmo ano, são marcos significativos que contribuíram com a discussão que enseja o novo formato das DCN. Principalmente a última foi responsável pelo novo desenho da proposta de Reforma Sanitária Brasileira. O tema da formação dos profissionais de saúde é uma das “bandeiras de luta” da Reforma Sanitária desde a sua origem (RADIS, 2002: 12).

A partir das Ações Integradas de Saúde/AIS, política pública implantada na década de 80, que antecedeu o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde/SUDS, é que, em 1988, a Constituição Federal do Brasil e assegura a criação do Sistema Único

de Saúde/SUS e preconiza uma outra forma de cuidados em saúde, conforme já assinalado nos parágrafos anteriores.

Numa tentativa de contextualizar um pouco a lógica que orientou as relações entre os diferentes participantes, que aparecem em diversos relatos sobre a construção das DCN dos cursos da área da saúde, explicitaremos a fala de um destes atores do processo, que se expressou assim: “com maior ou menor participação e intensidade dependendo do grau de organização e de mobilização das forças interessadas (...). Foram momentos acalorados, confusos várias vezes, mas ricos em trocas e construção coletiva”, relembra Marcio Almeida, coordenador da Rede UNIDA^{ci} (ALMEIDA, 2003).

No final de 1999 a Revista Olho Mágico (co-produção da Rede UNIDA com a Universidade Estadual de Londrina/UEL) publica um alerta, numa edição especial, no qual manifestava publicamente o risco do retrocesso:

“forças conservadoras e defensoras do *status quo* estabelecido, muito poderosas nas corporações e nas universidades, ganhavam terreno e estavam conseguindo imprimir, nos textos das diretrizes curriculares em fase de redação as caras ultrapassadas dos currículos mínimos” (ALMEIDA, 2003: v –vi).

Almeida informa que um “movimento vigoroso” das entidades nacionais “mais esclarecidas” aliou-se a “lideranças nacionais comprometidas com o novo” (leia-se alguns conselheiros do Conselho Nacional de Educação/CNE) e conseguem reverter, através de audiências públicas, a “corrente conservadora” garantindo no texto final das DCN a consolidação das inovações. Um dos aliados, o médico da Universidade Federal de Pernambuco, o conselheiro Efreim de Aguiar Maranhão, relembra que o processo de mudança curricular foi caracterizado pela “necessidade de incorporação de um volume crescente de novos conhecimentos e tecnologias (...) [e pela pressão ao] atendimento às demandas sociais geradas pelas peculiaridades e desigualdades do nosso país” (ALMEIDA, 2003: vii).

Em 26 de junho de 2001 as propostas de DCN dos cursos da área da saúde, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino, após intensa e ampla consulta às legislações, foram apresentadas em audiência pública, em Brasília, na sede do CNE. Estavam presentes representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras, os Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes

de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC e outras entidades organizadas da sociedade civil.

Segundo o entendimento do Conselheiro Efrem Maranhão, esta articulação permitiu o consenso entre as instituições formadoras e o sistema de saúde “abandonando a visão exclusivista e equivocada da ênfase no diagnóstico e tratamento” (ALMEIDA, 2003: ix). Continuando o relato, o conselheiro salienta que o objeto das DCN da saúde é a construção do

“perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como para atuarem, com qualidade e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira. A formação de recursos humanos para as profissões da saúde deve pautar-se no entendimento que saúde é um processo de trabalho coletivo de que resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde” (ALMEIDA, 2003: xii).

Por um lado temos um sistema de saúde implantado e normatizado, por outro referências curriculares para a formação que, em tese, estão em consonância. No entanto, o que costumamos escrever tem um nível de idealização muitas vezes difícil de ser alcançado, pois, em que pese os esforços normativos e mobilizadores, nos deparamos com a seguinte situação: os profissionais de saúde que colam grau não apresentam um perfil adequado para atuar diante do quadro epidemiológico da população. Portanto, o desafio, agora, desloca-se para a qualificação dos professores como formadores^{cii} e dos profissionais de saúde em serviço.

Em 2000, Machado alertava que o Brasil

“trata com pouca atenção os recursos humanos (...), sejam do setor público ou privado. Apesar de a saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a realidade brasileira (...) aponta para uma inadequação e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem” (MACHADO, 2000: 134).

A RADIS, dois anos depois, aborda como tema especial da publicação a formação profissional em saúde, entrevistando diversos atores. Um deles vai nos dizer que a formação de recursos humanos em saúde sempre representou um

“aspecto crítico na construção do sistema de saúde brasileiro (...) o processo de formação fundamentado num modelo de ensino que valoriza (...) as ciências básicas, desvalorizando os aspectos de promoção e prevenção de saúde, a desarticulação entre as instituições formadoras e de serviços, o ensino dissociado do trabalho e a ausência de controle social (...) são alguns dos problemas que expressam a complexidade da questão e alertam para a necessidade

de uma ação política/técnica mais competente para (...) um sistema baseado na equidade, integralidade e universalidade da atenção, descentralização e controle social da gestão” (RADIS, 2002: 11).

Atualmente, o panorama nacional está mais animador, no que tange às iniciativas governamentais para a alteração do quadro. Ou seja, iniciamos o novo século com ações concretas de reorientações das profissões de saúde, em função das necessidades da sociedade, consubstanciadas nas políticas de Estado, normatizadas pela educação e pela saúde, conforme já explicitado.

O Ministério da Saúde vem investindo e realizando algumas articulações, materializadas em “estratégias”, como os documentos oficiais denominam: as ações pontuais como o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem/PROFAE, criado em 2.000, o Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde/PROFORMAR, em 1999; Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas/ PROMED, em 2002; Projeto GERUS, para capacitação gerencial dos gestores das Unidades Básicas de Saúde/UBS.

Em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na reestruturação do Ministério da Saúde, que assume o papel

“definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão de trabalhadores da saúde, no Brasil” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004c: 5).

Tal iniciativa tem proporcionado “aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004: 11)^{ciii}.

Com o Aprender – SUS, mais recente, o Ministério da Saúde espera construir “relações de co-operação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004a), sendo a integralidade o eixo da mudança na formação nos cursos de graduação em saúde. Segundo o documento citado, para dar conta desta proposição, duas estratégias estão sendo implementadas: convocatória nacional para desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde, a fim de possibilitar a criação de um banco de informações institucionais para a socialização destas práticas.

A outra estratégia é ampliar o pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde, que implica em três ações: realização de um curso de especialização^{civ} a distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação; implementação de oficinas regionais para análise crítica das estratégias e processos de mudança e apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança. Um trabalho articulado entre ministérios, o Ministério da Saúde e o da Educação, tem tentado garantir “maior permeabilidade ao desenvolvimento do sistema de saúde”^{cv}.

O Aprender – SUS, citado anteriormente, é uma política de mudança na graduação e, a partir dela, outras iniciativas foram desencadeadas. O Ministério da Saúde tem atuado como apoiador e incentivador das mudanças que vêm ocorrendo na formação superior em saúde. O objetivo desta política é “orientar as graduações em saúde para a integralidade” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004a: 9), para ampliar a qualidade da atenção à saúde da população. Data do início de 2003 a implementação da Política de Educação para o SUS, conforme dito, que vem ocorrendo de forma lenta, num contínuo de aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras e, entre os Ministérios da Saúde e da Educação, entre outros atores, conformando, portanto, uma arena, da qual falávamos no início deste capítulo.

Outro programa que surgiu no cenário da formação profissional em saúde, foi o VER-SUS^{cvi} que propõe a inserção do graduando dos cursos da saúde à realidade dos serviços como

“parte da estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à implantação do SUS (...) levando-se em consideração os aspectos de configuração do sistema, as estratégias de atenção à saúde e de controle social [o objetivo é, entre outros, contribuir no debate sobre o projeto político-pedagógico e sobre implementação das DCN, de forma que contemplem as reais necessidades dos Sistemas de Saúde no Brasil” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005a).

Parece acertado dizer que esta articulação apresenta uma “delicada arquitetura política” (RADIS, 2002: 11), uma vez que envolve relações assimétricas em vários âmbitos: inter (no tocante a cada ministério), intra (no que diz respeito à atuação conjunta dos dois ministérios) e extra-institucionais (no que se refere às entidades de classe e à sociedade). Diante de tamanho desafio que tal arena sugere, Moysés vai dizer que, apesar de alguns avanços, o que se configura é uma

“paradoxal transição caracterizada pelos descaminhos do sistema de educação superior no Brasil, particularmente na área da saúde, bem como a incipiente participação da Odontologia no SUS” (MOYSÉS, 2004: 34).

Assim, a fim de “fortalecer e ampliar os processos de mudança na graduação que objetivem a transformação das práticas dos profissionais de saúde, de modo a orientá-las às necessidades de saúde da sociedade e do SUS”, o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede UNIDA e FIOCRUZ/ENSP, criou, recentemente, o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde^{cvi}. Este curso apresenta dois propósitos: sistematizar as experiências de processos de mudança em cursos de graduação na área da saúde e socializá-las, impulsionando a movimentação que já existe. Voltaremos a ele no próximo capítulo.

3.2 Das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação: “peças de ficção”^{cvi}?

Em que pese o fato das Diretrizes Curriculares teoricamente terem superado o enfoque “conteudista” dos antigos currículos mínimos, passando a definir competências e habilidades específicas para os cursos de graduação (cuja flexibilidade e incentivo à inovação permitem maior interação entre a formação e os serviços, no caso da saúde), o que se tem visto é o fortalecimento de antigas práticas^{cix} de

“incorporação do conhecimento tecnológico de alta complexidade e custos elevados tanto em práticas diagnósticas como terapêuticas, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos e administração de cargas horárias, segundo a importância das especialidades” (PIERANTONI, 2001: 350).

Tais considerações são oportunas, pois embora tenham ocorrido avanços, autores como Pinto (1994) entendem que ainda há equívocos nos currículos considerados “avançados”. Para ele, por exemplo, o fato de ser comum a existência de disciplinas exclusivamente dedicadas à Odontologia Preventiva e Social ou Odontologia Coletiva, mostra que tais disciplinas não precisarão mais existir quando a Odontologia transformar-se em “uma ciência social e preventiva”. Conclui-se daí que os “conteúdos” destas disciplinas estariam incorporados no próprio currículo, dispensando, assim, esta estruturação disciplinar, que ainda vigora nos projetos dos cursos superiores ditos inovadores.

No VI Congresso da ABRASCO, realizado em Salvador, em 2000, na mesa redonda “Modelo de atenção e formação profissional”^{CX}, com a participação de Francisco Eduardo Campos (NESCON/UFMG), os debates orientaram-se no sentido de assinalar a necessidade de desnaturalizar as DCN e de ir além da performance profissional. Em dezembro de 2002, na Oficina de Trabalho sobre o “Ensino de saúde coletiva na graduação médica”, durante o congresso seguinte, o relatório final registrava, de forma contundente, como um grande desafio, entre tantos: “se não formos capazes de contribuir pra superar os preconceitos e diminuir a força das propostas hegemônicas, vai ser difícil ampliar os referenciais e vai haver alto risco de maquiagem na implementação das DCN”.

A exemplo do que Lampert (2002) aborda na medicina, também na Odontologia a docência é exercida por profissionais com êxito no mercado de trabalho/setor privado, que geralmente desconhecem a realidade epidemiológica da população. Por fim, o estudante acaba por trabalhar com algo que não será aplicável. Esta autora aponta para uma situação que também pode ser aplicada aos docentes da Odontologia. Pesquisa realizada recentemente, junto a cursos de Odontologia, traz a seguinte análise: tais dificuldades decorrem, evidentemente, também, da inadequada formação do professor. A observação histórica dos cursos de Odontologia no Brasil demonstra que, no início, os professores eram aqueles que obtinham sucesso profissional externo à docência (PAULA e BEZERRA, 2003: 13).

Perri de Carvalho e Carvalho, ao analisarem o desempenho de graduandos de Odontologia no Exame Nacional de Cursos citam um depoimento de uma pós-graduanda, no qual ela diz estar “acostumada com o ‘profissional dentista’ que dá aulas que é bem diferente do ‘profissional professor’ que está realmente preocupado com a aprendizagem” (PERRI DE CARVALHO e CARVALHO, 2002: 61). Os autores lembram que nos primeiros cursos, “os professores eram profissionais bem sucedidos e os disponíveis para ensinar” (PERRI DE CARVALHO e CARVALHO, 2002: 60).

Não podemos deixar de lembrar que este é um quadro que ocorre em boa parte dos cursos de Graduação de Odontologia, embora pesquisas salientem que, graças às avaliações e exigências do INEP/MEC e CAPES, este perfil tem se modificado, já que o número de docentes com titulação de mestre ou de doutor aumentou (PAULA e BEZERRA, 2003:13). Convém lembrar que historicamente os professores de Odontologia são recrutados entre os especialistas de sua área de conhecimento e grande

parte desconhece as metodologias de ensino-aprendizagem. Atualmente, para credenciamento na docência, o critério de titulação acadêmica tem sido a exigência das IES. Também, em função das “pressões externas” (Ministério da Educação/DCN e Ministério da Saúde/SUS), exige-se uma mudança de prática pedagógica e profissional, conforme lembra Foresti (2001: 14).

A fim de elucidar um pouco essa questão, Santana e Christófaros resgatam o que consideram ser o centro do problema: comumente acredita-se que basta capacitar para que a ação pedagógica se reflita num bom desempenho profissional. Nesse sentido, alertam que não há relação linear entre estas variáveis. Já é sabido que “As resultantes corriqueiras desse conjunto de fatores são a ineficiência dos processos educacionais e a baixa efetividade de seus impactos sobre os serviços ou padrões de saúde” (SANTANA e CHRISTÓFARO, 2001: 4).

Na mesma direção, Valença argumenta que a mera implementação de um currículo de Odontologia, embora sintonizado com as necessidades sociais e de saúde bucal da população, “certamente não sanará as grandes e profundas distorções e contradições referentes ao assunto” (VALENÇA, 1998: 75). Também Moysés, ao pesquisar a inserção do dentista no mercado de trabalho, numa perspectiva de formação de recursos humanos, pergunta como equacionar o paradoxo caracterizado por um número crescente de cirurgiões-dentistas “sem ‘pacientes’ nos seus consultórios, e uma população sem (ou com) acesso irregular^{cx} a dentistas?” (MOYSÉS, 2004:34). Como resposta, propõe destinar “novos papéis” aos dentistas. Em relação a outro paradoxo, o CFO informa que enquanto o Brasil tem

“cerca de 10% de todos os cirurgiões-dentistas em atividade no mundo e uma indústria odontológica que atingiu em 2004 o saldo de 45 milhões de dólares em exportações, cerca de 30 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista e 45% da população não sabem o que é ter uma escova dental em casa” (CFO, 2005).

Paula e Bezerra, já citadas, ao analisarem as estruturas curriculares de 89 cursos de graduação em Odontologia (dos 170 existentes, segundo dados do INEP/MEC no Brasil, em 2003), põem em evidência o fato do alunado se espelhar no “sucesso profissional do professor, cultiva a idéia de que o melhor professor é o que executa bem uma tarefa técnica” (PAULA e BEZERRA, 2003: 13). Parece acertado dizer que, talvez, o melhor seria aquele professor que, no ensino-aprendizagem, incentiva a aquisição de instrumentos para proporcionar um crescimento gradual.

Tais considerações são oportunas, pois para as autoras, ter o domínio de técnicas é “questão de tempo aliado à perseverança e ao treinamento” (PAULA e BEZERRA, 2003:13). Alguns levam mais tempo, outros conseguem mais rapidamente. Pesquisadores lembram que muitos estudos têm mostrado que os alunos atribuem aos professores grande responsabilidade pela sua aprendizagem. Em que pese sabermos que a aprendizagem é um processo pessoal e dependente da conduta do aluno, ainda vigora o entendimento de que ao professor cabe ensinar e, ao aluno, aprender (RALDI *et al.*, 2003: 21).

Quanto a este aspecto, ao fazer um estudo etnográfico das formas de consagração e transmissão do saber na universidade, Pinto tomou as práticas acadêmicas (de três cursos superiores: Música, História e Medicina) como objeto de análise e verificou que as identidades profissionais “definem identidades acadêmicas uma vez que servem para os alunos e professores classificarem a si próprios e aos outros em forte concorrência e pelo monopólio da definição da área de saber no qual o curso se insere” (PINTO, 2000a: 53).

Sabe-se que, na universidade, as formas orais de transmissão do conhecimento/saber são predominantes (aulas expositivas ou teóricas, seminários). Ou seja, os docentes utilizam, quase que exclusivamente, a oralidade para as suas finalidades pedagógicas. Em outras palavras, o discurso “professoral” é o principal modo de transmissão do conhecimento. Isso é revelador das formas de inculcação das disposições que orientam a prática profissional, no caso em estudo, da Odontologia. Pinto assinala que

“as práticas acadêmicas, assim como a prática médica que delas deriva, devem ser compreendidas a partir dos seus esquemas geradores, ou seja, das relações sociais internalizadas como um sistema de disposições [*habitus*] o qual produz e estrutura práticas e representações” (PINTO, 2000a: 53).

Isto quer dizer que tais disputas e embates se refletem nas representações sociais sobre a profissão, que são difundidas pelos docentes, como também nas que orientam a estrutura curricular. Cabe aqui ressaltar, novamente, que o conceito de campo, na acepção de Bourdieu (1989), explicitada anteriormente, proporciona uma série de explicações acerca das diferenças, distinções e disputas no espaço das profissões de saúde.

Dentro deste quadro, autores, ao abordarem aspectos teóricos-conceituais e metodológicos da educação permanente em saúde, evidenciam que o

“tipo de recursos humanos em saúde (RHS) formado é determinado pelas práticas de saúde, isto é, pela organização dos serviços de saúde e pela sua influência sobre o mercado de trabalho do setor, ambos condicionados pelas políticas de saúde do Estado. As instituições de ensino, embora dispondo de uma autonomia relativa para definir os tipos de RHS a serem preparados não são capazes de alertar, por si mesmas, a estrutura através da ideologia, do ‘*habitus*’, da cultura e das práticas exercidas pelos docentes” (MOTTA *et al.*, 2002: 73).

Na nossa pesquisa, à pergunta aberta de número 14: “Durante o curso, quem mais contribuiu para a sua formação profissional?”, que fazia parte do segundo bloco do questionário, denominado de “Estratégias de Estudo e de Carreira”, dos 38 respondentes, 76% deles responderam que foram os professores. As outras respostas, com baixos percentuais foram: nove responderam “eu” (o próprio aluno) e oito apontaram a família ou os pais como as pessoas que mais contribuíram na formação profissional.

Na questão anterior (a 13) perguntávamos o que mais contribui na formação, e, novamente, aparecem sete indicações (entre os 38 respondentes), referindo-se aos professores; elas são explicitadas através de justificativas como o “incentivo dos professores”, “da ajuda de alguns professores”, “da dedicação”, “de alguns professores empenhados”, “do alto grau de preparo deles”, do fato de serem “bons professores” e da “atenção” dispensada por eles.

Um dos nossos entrevistados, que orienta projetos de iniciação científica e conta com alunos do curso de Odontologia, apresenta a seguinte reflexão sobre colegas docentes da Odontologia: “Eles são bons dentistas, do ponto de vista da formação. Eles são professores de fato: eles ensinam, mas eles não têm formação alguma [em relação às DCN] com técnicas educacionais” (professor-pesquisador M). O chefe do Departamento referiu-se ao corpo docente do curso dizendo: “Eu tenho o melhor time de dentistas do país”. O vice-chefe apresenta um discurso que se apóia no contrato de trabalho, pois “a grande maioria dos professores têm dedicação exclusiva (...) vincula o interesse do professor à instituição”.

A este respeito Foresti salienta que, atualmente, o sistema de ensino superior está passando por mudanças profundas

“o docente se defronta com um contexto institucional altamente competitivo (...) com padrões de docência definidos pelo mercado de trabalho/governo, impondo novos desafios à sua prática e trazendo novas exigências de formação. (...). A competência didática e a formação docente estão em pauta, seja por pressão externa, relacionada às estruturas de poder e à presença do Estado avaliativo, ou por necessidade epistemológica, de mudança de concepção de conhecimento, de ensino e de aprendizagem no ensino universitário” (FORESTI, 2001: 15).

Valença, por sua vez, ao analisar a ação educativa na Odontologia, salienta que a “relação aluno-paciente é reflexo da relação professor-aluno, a qual se estabelece de forma vertical, com o predomínio do saber técnico do educador aluno na primeira situação e o professor da segunda” (VALENÇA, 1998: 19). Assim, os alunos acabam reproduzindo na sua relação com os pacientes o ato terapêutico, sem ter a dimensão educativa, cujo modelo de prática é comum nas universidades. Pode-se dizer, portanto, que o processo educacional e as práticas profissionais são estruturadas tendo como referência o marco conceitual da educação odontológica, que contém “sistemas de valores, idéias e prescrições não explicitadas formalmente que penetram educandos e educadores, conferindo-lhes uma inteligência particular que induz a uma ação educativa determinada” (VALENÇA, 1998: 2). No entanto, acredita-se que não basta, como preconiza a autora, buscar a integração entre ensino, serviço e pesquisa.

Para Freidson, estudos sobre o processo de educação profissional mostraram o modo através do qual desenvolve-se a concepção de si-mesmo-como-profissional:

“Obviamente, tanto a substância do processo de escolha da profissão como a do processo de socialização formal na escola profissionalizante desempenham importante papel na explicação do comportamento dos indivíduos em ambientes de trabalho” (FREIDSON, 1998: 107).

Tais considerações remetem aos estudos de Moreira sobre a construção da identidade profissional da Enfermagem no Brasil. Para essa autora,

“não é por acaso que a instituição de escolas, rituais de seleção e passagem e mecanismos de regulação do exercício profissional representam símbolos de status e, se não garantem, pelo menos demonstram um esforço no sentido de estabelecer valores e uniformizar representações e emblemas para um *habitus*...” [da profissão] (MOREIRA, 1999: 642).

A exemplo da enfermagem (objeto empírico da pesquisadora citada no parágrafo anterior), também com a Odontologia brasileira tudo se passa como se, na sua constituição como profissão, tenham sido construídos emblemas, símbolos e imagens

que lhe conferiram o respeito e a credibilidade necessários para o seu reconhecimento científico e social, enfim, a sua legitimidade. Contudo, o sociólogo francês Dubar observa que a identidade profissional não se restringe à imagem, tampouco se encontra somente na ordem cognitiva e no terreno das representações sociais. Mas, para além disso, indica que é também “uma questão de experiência, de valorização simbólica e de ação coletiva” (DUBAR, 1999: 37).

Dubar (1996) se reporta à pesquisa realizada sobre os médicos, no final da década passada, na França, citando as análises dos pesquisadores que mostraram que os grupos profissionais estão cada vez mais segmentados. Esse autor coloca em evidência o fato das profissões encontrarem-se em situação de constantes embates, conflitos e mudanças, pois como observa ele, são

“as relações entre seus membros, suas interações e suas ações comuns que constroem as dinâmicas dos segmentos profissionais ao mesmo tempo em que elas são influenciadas por eles. As relações de força - mas também de sentido - entre segmentos orientam as trajetórias profissionais que abandonam os segmentos desvalorizados e buscam os que são mais prestigiados” (DUBAR, 1996: 38).

Ainda, para este autor, com as mudanças ocorridas na economia, principalmente a partir dos anos 60, a questão fundamental é compreender e explicar (se possível) as transformações do acesso aos empregos e as reestruturações das etapas profissionais, ou seja, o funcionamento do mercado de trabalho. Constatam-se, hoje, transformações profundas como o desaparecimento de empregos permanentes, o aparecimento de novas tecnologias e de novas formas de organização do trabalho.

Martins e Dal Poz (1998) analisam a qualificação de profissionais de saúde, no contexto das mudanças tecnológicas, abordando o impacto dessas mudanças no processo de trabalho em saúde e salientam que ele ocorre duplamente. Isto é, o impacto se dá tanto em relação às tecnologias materiais (equipamentos e produtos), quanto nas tecnologias imateriais (conhecimento, técnicas e procedimentos). Neste sentido, uma das tendências do trabalho das profissões de saúde, segundo esses autores, aponta para uma formação mais polivalente, no sentido da multiquificação^{cxii}, que é a tendência verificada na França e relatada por Dubar (1999).

Moysés vai nos dizer que “do ponto de vista do mercado, a vantagem educacional comparativa é aquela que forma profissionais capazes de refazer constantemente a própria profissão” (MOYSÉS, 2004: 36). Há, pois, que se considerar

que para alguns pode ser um equívoco atrelar a formação profissional ao mercado de trabalho e ao

“fetiche das novas competências’ (...). A sociedade não pode ser considerada como uma máquina que funciona de maneira previsível e os trabalhadores não podem ser vistos apenas como objeto do processo de trabalho. (...). Ao tratarmos da formação profissional [trabalha-se com] três grupos de bens: (...) das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema de profissões (...), do perfil profissional e (...) da qualidade da assistência prestada” (RADIS, 2002: 14).

Além disso, outros fatores, que vão além da formação e que implicam na redefinição dos campos da prática, devem ser considerados. Dubar, estudioso das profissões, salienta que a

“saída do sistema escolar e o confronto com o mercado de trabalho constituem atualmente um momento essencial na construção da identidade autônoma. (...) é no confronto com o mercado de trabalho que, sem dúvida, se situa hoje o desafio identitário mais importante dos indivíduos...” (DUBAR, 2002: 17).

Em relação ao papel atual da universidade, pode-se dizer que, com o declínio dos ideais iluministas, o ensino superior tem sido orientado para “clientes” cujo interesse é a obtenção de valorização no mercado de trabalho não mais direcionado para cidadãos em formação.

3.3 Dos currículos dos cursos de graduação em Odontologia: algumas observações

Será um pouco cansativo discorrer sobre as legislações que normatizaram o curso ao longo de sua existência, mas entendemos que se faz necessário, mesmo que brevemente, pois as modificações que se seguiram mostram os diferentes tipos de organização formal que se sucederam no tempo. Fernandes Neto (2002), ex-presidente da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO^{cxiii}, ao resgatar o histórico das estruturas curriculares de Odontologia, no Brasil, afirma que o primeiro curso de Cirurgia Dentária criado é o da Bahia, em 1882, anexo à Faculdade de Medicina.

Segundo este autor, o curso tinha duração de dois anos, dividia-se em matérias básicas (Anatomia da Cabeça, Histologia Dentária, Fisiologia Dentária, Patologia Dentária, Física Elementar e Química Mineral Elementar), e matérias profissionais (Terapêutica Dentária, Cirurgia Dentária e Medicina Operatória). Quatro anos depois, foi excluída esta última disciplina e incluídas duas: Prótese Dentária e Higiene da Boca.

Com o Decreto n.º 3.830, de 29 de outubro de 1919, os cursos passam ter quatro anos e a ênfase é direcionada a conhecimentos elementares nas disciplinas Biologia e Técnica Dentária. A partir do estabelecimento da Reforma do Ensino Superior Brasileiro (Decreto n.º 19.851, de 11/04/1931), o curso de Odontologia teve a redução de quatro para três anos de duração e “exigia curso ginásial na escola superior” (FERNANDES NETO, 2002: 55).

O currículo descrito a seguir, por força do Decreto n.º 20.179, de 06 de outubro de 1931, passa ser “padrão mínimo para o Brasil”. Ele previa que, no primeiro ano, os alunos aprenderiam Anatomia, Fisiologia, Histologia e Microbiologia, Metalurgia e Química Aplicada. As disciplinas Clínica Odontológica, Higiene e Odontologia Geral, Prótese Dentária e Técnica Odontológica eram ministradas no segundo ano. E, no último, Clínica Odontológica, Patologia e Terapêutica Aplicadas, Prótese Buco-Facial, Ortodontia e Odontopediatria.

Dois anos após, em 1933, os cursos passariam a ter autonomia; ou, em outras palavras, “desligaram-se da tutela das médicas, o que facultou a algumas escolas a criação de disciplinas além das obrigatórias” (FERNANDES NETO, 2002: 55). Três décadas depois, em 1961, através da Lei n.º 4.024, o Conselho Federal de Educação fixa o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores. No ano seguinte, o Parecer n.º 299/62, aprovado em 16/11/62, daquele Conselho, define um novo perfil profissional “dentista geral, policlínico, destinado à coletividade” e um novo currículo, contemplando os dois ciclos: o básico e o profissional.

Assim, do primeiro ciclo, com dois anos de duração, faziam parte: Anatomia, Histologia, Embriologia, Microbiologia, Patologia Geral e Buco-Dental, Farmacologia e Terapêutica, Materiais Dentários e Dentística Operatória. Do segundo ciclo, profissionalizante: Prótese Dentária, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Ortodontia, Odontopediatria, Higiene e Odontologia Preventiva e Odontologia Legal. Menos de dez anos depois, em 1.º de janeiro de 1971, surge novo currículo para o curso de Odontologia, “sem alterações substanciais, reorientando o ciclo básico com a Biologia, as Ciências Morfofisiológicas, as Ciências Fisiológicas e a Patologia (Geral), ficando o ciclo profissional com a Patologia e Clínica Odontológica, Odontologia Social e Preventiva, Odontopediatria e a Odontologia Restauradora” (FERNANDES NETO, 2002: 55).

Em 03 de setembro de 1982, através da Resolução n.º 04/82, o Conselho Federal de Educação estabelece novo currículo mínimo, duas semanas depois a duração do curso (4 anos) e a carga horária (3.600 horas). Esta legislação mantinha a divisão histórica entre as disciplinas “básicas e as profissionalizantes”. No artigo 15 da Resolução citada lê-se: “As atividades extra-murais serão desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado preferencialmente em Sistemas Públicos de Saúde”, portanto, esta aproximação com o setor público já era uma recomendação. Conforme lembra Lombardo (2001: 21), o currículo mínimo já expressava e incentivava as atividades integradas a outras profissões.

Tal como relata Moysés (2003), o Conselho Nacional de Educação/CNE, em sua sede, em Brasília, apresenta no dia 26 de junho de 2001, em audiência pública, as propostas dos cursos de graduação, elaborados pelas Comissões de Especialistas de Ensino. Em 07 de dezembro de 2001 o Diário Oficial da União publica o Despacho do Ministro (de 04/12/2001), cujo parecer CNE/CES 1.300/2001, define as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia^{cxiv}, que seguem o preconizado pela Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB, numa perspectiva de flexibilidade, com uma lógica focada em estruturas curriculares e não mais em “grades” e, incentivando a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem ativas e a realização de experiências inovadoras. Mais recentemente, em novembro de 2004, o Parecer n.º 329/2004, do Conselho Nacional de Educação, propõe carga horária mínima de 4.000^{cxv} horas para o curso.

Sem dúvida, as Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN apontam para a possibilidade de mudança. No entanto, parece acertado dizer que o questionamento de Moysés (2003) se soma ao de autores como Pierantoni (2001), Valença (1998), Perri de Carvalho (1996 e 2004), Lemos (2005), entre outros citados ao longo deste, e se manifesta da seguinte forma: como garantir que tais mudanças ocorram se temos um legado de 120 anos de cristalização de um ensino e uma prática odontológica “progressivamente inspirados no modelo biomédico *flexneriano* e *giesiano*?” (MOYSÉS; 2003: 92). Como administrar tal herança? Nesta direção, o autor cita uma delas:

“o desempenho técnico, de base psicomotora, considera ‘apto’ aquele aluno que reproduz performance clínico-cirúrgica padronizada, aprendida por estratégias pedagógicas de condicionamento. O modo de atuação predominante é pela sedução aos componentes

tecnológicos e estéticos das condutas, procedimentos, técnicas e biomateriais”(MOYSÉS; 2003: 92).

Tal afirmação lembra uma das falas de um dos nossos entrevistados quando lhe foi perguntado sobre os obstáculos enfrentados a respeito das DCN do Curso de graduação em Odontologia. Ele manifestou-se da seguinte forma:

“(...) a tal mentalidade tecnicista [de achar que] o dentista tem que ter mãos e eles fazem assim [girando a mão direita em concha] e é isso aí. Se eles pudessem varriam a antropologia, a sociologia, os estágios curriculares (...) do currículo. Mas o currículo mínimo de 1982 já não permitiu que fizessem isso e muito menos agora com as DCN” (professor C).

Em relação a esta questão Broclain (1994: 138), ao analisar a medicina, ressalta que a mentalidade hegemônica confere maior prestígio e valorização social ao ato técnico (manobras terapêuticas) em detrimento do ato intelectual (diagnóstico). Entendemos que na Odontologia ocorre de maneira semelhante. Tais considerações são oportunas, pois as análises realizadas por pesquisadoras sobre as representações da autoimagem do cirurgião-dentista de graduandos de Odontologia de uma universidade paulista são reveladoras.

Com o objetivo de identificar indicadores que pudessem apresentar o grau de internalização de certas posturas profissionais embutidas no currículo do curso, identificaram que os alunos apresentam a incorporação de atitudes e iniciativas de prevenção, porém, a maioria deles “representou-se como profissionais de consultórios particulares bem sucedidos e tecnologicamente bem equipados” (PACCA *et al.*, 2003: 82).

Por certo, trata-se de uma informação importante o fato dos alunos terem apresentado atitudes e iniciativas de prevenção, relatado pela pesquisa citada anteriormente. Mas, entre adotar atitudes preventivas ou preocupar-se com a prevenção e traduzir esta postura em relação aos pacientes há uma grande distância. Isto porque, em relação às práticas preventivas, estudos^{cxvi} têm mostrado que os discursos dos profissionais de saúde direcionados à prevenção e à educação em saúde são assistidos de forma passiva pela população de menor capital econômico, pois exigem um grande esforço de abstração por parte da população. Ora, não podemos desconhecer que o reduzido capital cultural de grande parte da população deste país faz com que lhe faltem instrumentos de apropriação simbólica, veiculados pela escola, para melhor entender o que pode ser feito para prevenir-se das doenças.

Em pesquisa anterior que realizamos, sobre o câncer bucal, concluiu-se que o discurso educativo-preventivo dos cirurgiões-dentistas, apresenta três problemas: é autoritário, é abstrato e apressado. Tal como assinalam as análises, o discurso da prevenção dos programas de saúde pública é geralmente imbuído de uma atitude autoritária, que é uma característica do exercício dos profissionais de saúde. Pois, parece acertado dizer, segundo o estudo, na maioria das vezes,

“as intervenções são tentativas de inculcação de comportamentos julgados necessários e de forçar uma determinada adesão (...). É preciso identificar os fatores que motivam cada pessoa e que condicionam suas atitudes e práticas terapêuticas” (MATOS e ARAÚJO, 2003: 78).

Como lembram Paula e Bezerra (2003), a ênfase maior nos cursos de graduação em Odontologia ainda se dá na Odontologia restauradora, sendo dispensada menor atenção na abordagem biológica para o diagnóstico, a prevenção, a educação e a terapêutica. Salientam que o ideal seria combinar os avanços do conhecimento das ciências biológicas e suas possibilidades de aplicação para a manutenção da saúde da população, que está ainda muito distante de ocorrer.

Além disso, Pereira (2005) alerta para um fato novo, mais recente. Mostra a fragilidade do que se pensou ser um avanço, numa crítica ao anteprojeto da Reforma Universitária, proposta pelo Ministério da Educação, mais especificamente, ao artigo 21: “as universidades poderão organizar os seus cursos de graduação em períodos de formação^{cxvii}, seguindo os critérios de ‘estudos de formação geral e estudos de formação profissional’” (Pereira, 2005: 4). A autora do texto faz a seguinte reflexão: estaríamos retornando ao currículo mínimo? Lembra que tal proposição nos orienta em direção a um passado recente, que dividia o período de formação em “ciclos de matérias biológicas, de formação geral, pré-profissionalizantes” ou, mais recente: das disciplinas “básicas” e das “profissionalizantes”.

Mas, o que deve ser mantido é que as DCN, no entendimento de um dos estudiosos do tema, preconizam a

“integração de matérias (...) em todo o processo ensino-aprendizagem, está claramente delineada no trecho: ‘aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular’; e no item Estágio Curricular: este (...) deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação” (PERRI DE CARVALHO, 2004: 8).

Registre-se que as DCN apresentam propostas de estágios para que a “comunidade” deixe de ser vista, pelos alunos, como a oportunidade de fazer uma espécie de “safári social” ou que passe a idéia de estarem temporariamente em um “cenário em preto e branco”, no lugar do ambiente idealizado por quase todos: as instalações que o curso dispõe na universidade ou o sonhado consultório particular.

Em relação a esta questão, as DCN preconizam que o “futuro profissional” deve estar em contato com as diversas realidades sociais, de forma progressiva e que garanta complexidade crescente, contribuindo na formação de um profissional generalista tecnicamente competente, com sensibilidade social, capaz de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a maior parte da população brasileira. Assim, considerando necessidade de proporcionar ao aluno, preferencialmente, desde o início do curso, uma aproximação com esta realidade, através do que autores chamam de “processos educativos relevantes” (MOYSÉS *et al.* 2003: 58), as contribuições da Comissão de Ensino da ABENO às DCN sugerem a

“diversificação de locais de aprendizagem: atendimentos multidisciplinares e em serviços assistenciais públicos e privados. (...) Entre os cenários para a realização de estágio figuram a rede de serviços públicos, o Programa de Saúde da Família, odontologia de grupo, estruturas próprias das universidades, internato rural, estágio metropolitano, campi aproximado e avançado” (Revista da ABENO, 2002: 39).

Muito já se escreveu sobre a necessária articulação entre ensino, serviços de saúde e as demandas da sociedade. No entanto, corre-se o risco de anacronismo, pois se de um lado há toda uma proposta de humanização do ensino,

“no sentido geral dos estudos que têm o homem como objeto central de reflexão” [por outro há uma] articulação, onde os currículos e diplomas se adequaram às ‘demandas’ da sociedade, como se tais ‘demandas’ se identificassem automaticamente com as demandas do ‘mercado’” (MOYSÉS, 2003: 95).

Tais considerações são oportunas, pois o autor lembra que

“o mundo da educação e o mundo dos serviços de saúde não são perfeitamente superponíveis. (...). O sistema de saúde identificará os alvos e o sistema de educação (pesquisa^{cxviii} e extensão) contribuirá para que sejam atendidos com eficácia” (MOYSÉS, 2003: 96).

Numa tentativa de reproduzir as análises do autor, diríamos que a qualificação/preparação de profissionais de saúde deve ir além do Sistema Único de

Saúde, pois mesmo este Sistema deve estar em transformação permanente. Outro cuidado que deve-se ter refere-se à expressão utilizada pelo autor: “sair do gueto”, pois as iniciativas de mudanças na área da saúde não podem ser unilaterais, quer dizer, restritas à área da saúde coletiva, isentando outras como as chamadas “básicas” ou “clínicas”.

Mas, que parte do SUS cabe na graduação em Odontologia?^{cxix}. Um dos relatos do Chefe do Departamento responsável pelo curso de graduação em Odontologia^{cxx} da universidade *locus* da pesquisa é ilustrativo. Ao falar sobre as Diretrizes Curriculares e o atendimento às demandas do mercado de trabalho, citou um estudo de caso de um município do litoral do estado, feito por uma orientanda^{cxxi} sua, junto ao setor público de saúde. A análise foi quantitativa e a aluna fez um levantamento de todos os procedimentos individuais e coletivos dispensados (os mais realizados, em volume, tipos de procedimentos e materiais dentários disponíveis). Antes de completar sua fala, o Chefe do Departamento enfatizou que: “Nós temos um curso que é considerado de ponta, um dos cinco melhores do país. (...). Então, será que esse profissional é o que a prefeitura quer?”, questionou. Mas, no estudo que ele orientou, ao refletir sobre a situação relatada, referindo-se ao egresso do curso de graduação em Odontologia pelo qual é responsável, disse

“o meu dentista não serve para trabalhar naquela prefeitura. Por que o meu dentista não faz amálgama. Por quê? Porque a técnica hoje, qual é? É tudo com resina composta. E lá, na prefeitura, só fazem com amálgama. Eu descobri que o que eu preparo hoje, o perfil do meu egresso não é compatível para trabalhar numa prefeitura. Ta lá. Nós fizemos a análise estatística (...). Ele não serve... Eu preparo para o mercado de trabalho? Não, eu não preparo; mas eu preparo excelentes dentistas, com as melhores técnicas (...). Eu tenho o melhor time de dentistas do país. (...). Só fazem com resina composta: é estética. Se for nos postos da prefeitura da capital, não tem fotopolimerizador, então só tem que fazer amálgama. (...) Então nós não estamos preparando para o SUS? (...) É que o SUS tem o caminho da prevenção. Ah, mas não é a realidade das pessoas. O que ele faz lá [nos postos de saúde] era o oposto do que o cara é treinado aqui, então, por treinamento ele não está habilitado. (...) Bota dentro de um consultório para ver se ele não está preparado. Bota numa clínica de ponta!”(Chefe do Departamento, responsável pelo curso de graduação em Odontologia).

É bom salientar que a realidade apontada na pesquisa citada pelo entrevistado, pode não ser a de todas as prefeituras do estado, embora trate-se de um município de porte médio, que na década de 80 era uma referência na área de atendimento à saúde. Temos conhecimento de que há equipes de saúde bucal, em algumas prefeituras do

estado, que trabalham com amálgama, mas também com resina e contam, evidentemente, com o aparelho fotopolimerizador para a realização das restaurações. Resta saber quantas utilizam este material e aquelas que se valem de outros materiais e procedimentos.

Um dos entrevistados vê como muito positiva a iniciativa do Governo Federal, na área da Odontologia, mais especificamente nos Centros de Especialidades Odontológicas/CEOs^{cxix}, cujo programa prevê a oferta de especialistas em diversas áreas da Odontologia, como já ocorre na Medicina, para “poder fazer uma Odontologia com maior complexidade tecnológica” (professor-pesquisador M). Isto porque, vai atrair mais dentistas e o fato de contar com especialistas atuando pode ser um fator de valorização maior do setor público de saúde.

Segundo a observação de um dos nossos entrevistados na fase exploratória de pesquisa, o contato com alunos de Odontologia mostra que, ao colar grau, egressos procuram se associar a outros colegas e montar um consultório num município mais periférico,

“doido para arrumar um emprego em alguma prefeitura. (...) imaginando que, em determinado momento, ele vai ter independência suficiente para prescindir desse trabalho, que é considerado de segunda categoria, para população de segunda, que daí ele vai conseguir realizar o sonho liberal (...). Só que a história está mostrando que esse sonho dificilmente está se concretizando. Então deve ter um nível de frustração muito grande, porque no setor público eles não conseguem colocar em prática aquele conhecimento altamente especializado” (professor- pesquisador M).

Mas, para atuar nestes programas o aluno (ou o dentista) precisa se apropriar do que é o SUS, o que é a saúde coletiva, o processo saúde-doença, o perfil epidemiológico e o processo de trabalho em saúde. No entanto, estudos têm revelado que a aversão ou o “pouco caso” com que os alunos se referem às disciplinas com enfoque, digamos “social”, desqualificando-as, é um bom contraponto para se entender que, os graduandos atribuem uma identidade à profissão distante do enfoque da “Odontologia social ou coletiva”, contrária à sua representação social da profissão^{cxli}. Lemos, em estudo recente sobre a implantação das DCN nos cursos de Odontologia, coloca que a atividade odontológica à população é vista por muitos alunos da Odontologia como “caridade e filantropismo” (LEMOS, 2005: 83).

É bom lembrar que as análises de Marsiglia sobre o perfil dos concluintes de cursos de Odontologia no estado de São Paulo sugerem que, apesar das mudanças

curriculares ocorridas nas décadas passadas, o fato dos alunos serem provenientes das classes sociais com maior capital econômico, “demonstra pouca ou nenhuma preocupação com as responsabilidades sociais da profissão e revela forte tendência à especialização” (MARSIGLIA, 1998: 193).

Nesta direção, é possível compreender a resistência dos alunos à abordagem de conhecimentos da área das ciências humanas e sociais, por exemplo, e mesmo de Odontologia social ou coletiva. Um bom exemplo é o relatado pelo professor da disciplina na qual aplicamos o questionário: enquanto os alunos respondiam ao questionário, perguntamos sobre a disciplina que trata deste conteúdo e sua receptividade perante a turma. A resposta não surpreendeu: disse-nos que não é uma disciplina prestigiada.

3.4 Do curso de graduação em Odontologia da universidade pública federal: um curso voltado para si mesmo^{cxiv}?

Inicialmente salientamos que não se trata de fazer uma análise aprofundada do currículo do curso, pois para isto precisaríamos analisar vários aspectos relativos às práticas acadêmicas realizadas no curso, estudo detalhado do projeto pedagógico do curso e um longo tempo dispensado (talvez durante o decorrer do curso de graduação) à observação direta; tal tarefa não é o nosso foco, mas sim identificar como os concluintes representam a profissão e as suas expectativas sobre a futura prática profissional. Assim, nos restringiremos a levantar alguns indicadores que podem sinalizar a incorporação de certas representações e práticas relativas à profissão, identificadas nas respostas ao questionário aplicado aos alunos e nas entrevistas realizadas, que refletem certas posturas e práticas preconizadas pelo currículo odontológico cursado pelos concluintes.

O Curso de Graduação em Odontologia cujos graduandos responderam ao questionário foi criado através do Decreto n.º 24316, de 8/1/48 e reconhecido pelo Decreto n.º 30234, de 4/12/51, da Presidência da República. Em 1946, foi fundada a Faculdade de Farmácia e Odontologia do estado, oficialmente reconhecida pelo Governo Federal em 1951. E, a partir de 1960, conforme já dito, com a implantação da Universidade Federal, o curso de graduação em Odontologia desmembrou-se do Curso de Farmácia, passando a funcionar como unidade autônoma.

O objetivo do curso, explicitado na *home-page* é:

“dar ao aluno a formação profissional de Odontólogo, conscientizando-o da importância da Saúde Bucal-Dental; proporcionando-lhe conhecimentos dos materiais odontológicos e seu emprego na prática, vivência clínica e capacidade de diagnosticar e executar tratamento dos inúmeros processos patológicos que afetam o complexo buco-maxilo-facial” (*home-page* do curso, acessada em 11/02/2005).

No entanto, no currículo do curso (anexo 6) entregue pela secretaria, em 08 de março de 2005, no item objetivo do curso lê-se: “formar cidadãos, promotores de saúde capazes de exercer a Odontologia dentro de padrões éticos, científicos, que atendam as necessidades e aos anseios da população”.

No Exame Nacional de Cursos (ENC), realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do INEP/MEC, os de Odontologia foram incluídos a partir de 1997. Tratava-se de uma prova com 40 questões de múltipla escolha e 5 discursivas, aplicada aos graduandos, cujos conteúdos abrangiam os elencados no currículo mínimo do curso de 1982. O curso em análise obteve os seguintes conceitos: 1997, B; em 1998 C; 1999, B; em 2000, C; no ano de 2001, A; em 2002, C e B no último ano de realização do ENC; em 2003, obteve conceito B^{cxv}.

Em 15/04/2004, o Presidente da República sancionou a lei que institui a Avaliação do Ensino Superior – SINAES, introduzindo o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes/ENADE. O objetivo é aferir o rendimento dos alunos dos cursos de graduação em relação aos conteúdos programáticos, suas habilidades e competências, numa escala de 1 a 5. Em 2004, alunos de 13 cursos da área da saúde foram submetidos a esta avaliação. O conceito final do curso de graduação em Odontologia, em questão, foi 4^{cxvi}. Dos seis cursos de universidades públicas de direito privado-municipais existentes no estado, um recebeu conceito final 3,5; três tiveram 4, um recebeu conceito máximo e, o resultado de um curso não estava disponível.

Assim, nos parágrafos que seguem, faremos uma breve explanação sobre o curso de graduação em Odontologia da universidade federal, a partir das entrevistas realizadas e de algumas respostas e informações obtidas nos questionários dos concluintes do curso de Odontologia dessa universidade e da sua estrutura curricular de formato disciplinar. O atual Chefe do Departamento de Estomatologia estava cumprindo o seu terceiro mandato, que encerra no próximo em julho deste ano.

O curso está atrelado ao Departamento de Estomatologia^{cxvii}, que é um departamento profissionalizante. Outros departamentos também atuam no curso, entre

eles, o de Saúde Pública. O curso tem 4.600 horas distribuídas em nove fases e funciona em período integral. A grande maioria do quadro docente tem vínculo de 40 horas com a Universidade. O último relatório, emitido em 22/09/2004, acusava 399 alunos matriculados.

O Chefe do Departamento de Estomatologia informa que foram feitas algumas alterações “pontuais” na estrutura curricular do curso; portanto, ainda não foram incorporadas as orientações das novas DCN. Relata que houve a ampliação de disciplinas optativas^{cxviii} e outras mudanças de “pequena ordem”. Portanto, está em fase “embrionária (...). Nós estamos realmente atrasados. [Havia] um processo de acomodação que agora está começando a ser movimentado” (vice-chefe e professor entrevistado). Ele se reporta ao curso de graduação em Medicina pra informar que este já implantou a nova estrutura há dois anos e meio: “mas é um curso que já está num processo de discussão de transição a mais de dez anos. E aí, quando chegou a obrigação da resolução, por parte do Ministério da Educação, estavam com a coisa pronta” (Chefe do Departamento).

Sobre as alterações à estrutura curricular informa o Chefe do Departamento que iniciou em 1997 e foi mais em termos de mudanças de terminologia, aumento de carga horária de disciplinas básicas, criação de disciplinas novas como Odontologia para Bebê, Ergonomia (em 2000), esta última ministrada por ele, em função do doutorado realizado na área. Também houve agrupamento de algumas disciplinas: “enxugamos um pouco o currículo (...). Então são pequenas mudanças que nós tentamos adequar às exigências do mercado”, comenta.

A partir de 1998, os alunos passaram a ser incentivados a fazer estágios “extra-curriculares”(estágio curricular não-obrigatório). Diz que, atualmente, o curso conta com várias instituições filantrópicas (creches, escolas públicas, instituições sociais, entre outras) como campo de estágio daquela categoria (estágio curricular não-obrigatório). Na penúltima fase o odontolando faz um projeto para ser desenvolvido em 12 horas-aula semanais, nas quais o aluno faz atendimento “não só clínico, mas educativo, preventivo (...). Isto tudo foi bastante criticado (...), nesses moldes nós somos uma das poucas que têm”, observa o Chefe de Departamento.

Em relação às DCN, o entrevistado diz: “Aí veio a reforma [2001]. Fizemos uma comissão e essa, no ano passado, [embora a]discussão já viesse mais ou menos assim, nas entrelinhas, conversas”, não prosseguiu. Conta que quando assumiu, em

2003, criou uma comissão formada por professores do Departamento de Estomatologia e de outros departamentos, que passaram o ano de 2004 coletando sugestões e informações e elaboraram uma proposta básica, que agora será discutida pelo colegiado do curso. Portanto, como vimos, ainda não houve a incorporação das orientações das DCN; o currículo encontra-se em processo de discussão.

O Chefe do Departamento diz que o aluno, no decorrer dos seus estudos, vai se adequando a um

“perfil que vai se adaptando às novas tecnologias (...) a própria formação mudou. (...). Hoje mudou o conceito de fazer as coisas, então isso vai acompanhando (...) tecnologia, tanto material quanto instrumental e técnica (...) nós acompanhamos. Nós temos o que tem de melhor”.

Autoras (PAULA e BEZERRA, 2003) estudaram a estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil, para, entre outros objetivos, verificar a compatibilidade da estrutura com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais. No estado do sul onde se situa a universidade cujos alunos do curso fizeram parte do nosso universo de análise, dos sete cursos existentes, três fizeram parte da amostra. O foco de interesse das pesquisadoras foi observar, na organização geral do currículo^{cxxix}, a importância destinada a cada área.

As autoras assinalam que a prática odontológica passa por muitas modificações, impulsionadas pelas pesquisas no campo da biologia. Citam que atualmente

“está em curso uma transformação da etiopatogenia das mudanças que afetam o sistema estomatológico, induzindo o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas que buscam integrar conhecimentos da Terapia Gênica, da Engenharia de Tecidos e da Biotecnologia. [Tais fatos colocam no meio acadêmico] a discussão a respeito do desafio que enfrentam os cursos de Odontologia da atualidade: continuar formando profissionais para a prática clínica atual e, concomitantemente, oferecer-lhes ferramentas para enfrentamento de prática radicalmente diversa no futuro” (PAULA e BEZERRA, 2003: 08).

O curso da universidade federal é organizado em nove semestres. A universidade oferece a possibilidade de realização de extensão^{cxxx} e de pesquisa^{cxxxi}. A exemplo do que constataram as duas pesquisadoras ao analisarem os currículos de cursos de graduação em Odontologia, em termos de carga horária também percebe-se,

na distribuição de carga horária (anexo 6), uma grande correlação entre aquela dispensada à “profissionalizante” e a carga horária total do curso.

Em relação à saúde coletiva, ou saúde pública, percebe-se que o currículo apresenta uma carga horária reduzida: Saúde e Comunidade – 36 horas-aula, na primeira fase, ministrada por professor substituto, que segundo o vice-chefe entrevistado, não é uma disciplina muito prestigiada e não tem muito apelo entre os estudantes. Informou que o docente é novo em experiência e em idade, pois está substituindo o titular, que se encontra em período de titulação: “tem quase a mesma idade da turma”. Odontologia Social é outra disciplina que é trabalhada em quatro fases (3.^a - 36 h/a, 5.^a - 36 h/a, 6.^a - 36h/a e na 9.^a fase – 18h/a).

Torres, ao argumentar a necessidade, de há mais de uma década, de reorientar os currículos de Odontologia no sentido de qualificar os futuros dentistas para serem “verdadeiros estomatologistas” (que se ocupariam do diagnóstico e de grande parte do tratamento das lesões da cavidade bucal), traz à tona, de forma contundente, o que poderá acontecer. Ou seja, os currículos, ao manterem tal lógica, estarão formando “meros técnicos, excelentes preparadores de cavidades dentárias, bons restauradores, ótimos construtores de próteses odontológicas, rápidos aplicadores de flúor, mestres em exodontias” (TORRES, 1992: 47).

Na entrevista com o responsável pelo curso, ouvimos o relato, já explicitado neste capítulo, de uma situação envolvendo a inexperiência dos alunos com materiais utilizados para restaurações dentárias considerados “menos nobres” (aqui referindo-se ao amálgama), pois no curso de graduação da universidade em questão são utilizados materiais mais nobres como a resina, por exemplo. Tal relato nos remete a uma pesquisa realizada junto a usuários do sistema de saúde das classes populares, cujo objetivo era compreender a comunicação entre alunos de Odontologia e os pacientes. Os autores do trabalho, além de obterem uma explicação sobre o fato de pessoas das classes populares não buscarem atendimento odontológico^{cxxxii} no setor público, descobriram também que uma das possíveis explicações para a preferência, entre os pacientes, por extrações de dentes, é o fato de que, como as restaurações não são duráveis, pois os dentistas não realizam satisfatoriamente tal procedimento, “o que era um buraquinho fica maior” (UNFER e SALIBA, 2001: 65), dizem os pacientes.

Constata-se, mais uma vez, que o modelo de ensino superior praticado no país, voltado para o mercado de trabalho “é centrado na formação técnica e dependente do

conhecimento externo, com dificuldades para criar e universalizar soluções adequadas à realidade social e tecnológica do país” (PAULA e BEZERRA, 2003: 10). Evidentemente que o ensino odontológico não foge à regra: fundamenta-se na aplicação técnica e reflete os avanços da indústria de equipamentos e materiais odontológicos que, como lembram Cornack e Silva Filho (2000: 243), com a proliferação de cursos de Odontologia na década de 1980, criou-se um grande mercado para produtos e equipamentos odontológicos.

Perri de Carvalho nota que divulgação com base nas respostas do questionário-pesquisa do Exame Nacional de Cursos, aplicado em 2003, informa que o curso de Odontologia “está em 7.º lugar entre os que apresentam menor grau de satisfação (44,3%), ou seja, 55,7% de seus graduandos estão satisfeitos (PERRI DE CARVALHO, 2004: 11).

Em relação às coordenações de curso, Perri de Carvalho informa que, recentemente, ao analisar as diversas concepções de qualidade junto a coordenadores de cursos de graduação em Odontologia do estado de São Paulo, os resultados “apontam para a crise que a Odontologia vivencia, isto é crise de *status* da profissão e desafios em termos de universalização da saúde bucal à maioria da população e seu impacto social” (PERRI DE CARVALHO, 2004: 12).

Por outro lado, Paula e Bezerra afirmam que a “manutenção do *status* da profissão está incontestavelmente relacionada à sua capacidade de absorver conhecimentos e tecnologias que possibilitem a real melhoria da saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida das pessoas” (PAULA e BEZERRA, 2003: 11). Ao analisarem os currículos as pesquisadoras entendem que a atenção dispensada às novas áreas^{cxixiii} e às emergentes do conhecimento, são muito incipientes. Sustentam que é “inadmissível desvincular a saúde bucal da geral [e que a tendência será exigir] conhecimentos sobre saúde geral mecanismos de ação de novas drogas, novas terapias com interferências no padrão de saúde bucal” (PAULA e BEZERRA, 2003: 11).

Ao abordar a formação científica e ética do aluno, Perri de Carvalho (1996: 12) salienta que o mais importante é o egresso ter uma sólida formação, preparando-se para se adequar à realidade em que atuará profissionalmente, com espírito crítico e suficientemente aberto para absorção ou não de tecnologias. Isto é melhor do que simplesmente treiná-los em tecnologias sofisticadas. No entanto, em relação ao currículo, análises de um estudo citado por Perri de Carvalho, realizado junto a

coordenadores de cursos de Odontologia de um estado do sudeste, “apontam tendências para valorização das condições materiais, da titulação acadêmica e dos processos de avaliação docente, mostrando algumas contradições em relação à proposta da formação generalista” (PERRI DE CARVALHO, 2004: 12).

Foresti, ao tratar da ação docente e desenvolvimento curricular no ensino da Odontologia, vai nos lembrar que:

“a pedagogia universitária no Brasil é exercida por professores que não têm identidade única (...). Há docentes com formação didática obtida em cursos de licenciatura; outros que trazem sua experiência profissional para a sala de aula, outros, ainda, sem experiência profissional ou didática, oriundos de cursos de pós-graduação...” (FORESTI, 2001: 13).

E o que pensam os graduandos que escolheram a universidade federal? Qual a opinião sobre o curso? Os alunos sugerem mudanças. A pergunta 11, “Porque decidi por esta universidade?”, por ter o melhor curso de Odontologia do estado foi o motivo prevalente, para quase a totalidade dos alunos. Em segundo lugar, o fato de ser pública e gratuita. Por ser próxima onde mora também teve indicações, menos expressivas.

Perguntamos se “O curso havia apresentado alguma deficiência que fez você recorrer a cursos externos a fim de ter um diferencial para exercer a profissão”^{cxxxiv}. Com esta indagação procuramos saber se os alunos estariam tentando preencher, fora do curso de graduação, as eventuais deficiências apresentadas no curso. Enfim, se desenvolveriam o que poderíamos chamar de estratégias compensatórias objetivamente orientadas para apresentar melhores chances de inserção profissional. Analisando as respostas não é possível saber se os concluintes cursaram ou fizeram algum aprofundamento nos temas ou áreas consideradas, por eles, deficitárias. Neste sentido, consideramos o que foi apontado como uma necessidade a ser suprida.

Portanto, esta questão será analisada num cruzamento com a de número 12: “Há algo que você ache necessário mudar no processo de formação profissional do cirurgião-dentista. Sim. O quê? Não. Por quê?” De uma maneira geral as indicações apontam para a revisão curricular: dez indicações são explícitas em citar esta necessidade; a “inutilidade” de algumas disciplinas, o fato de serem consideradas “babacas” ou mesmo “desnecessárias”, são algumas das justificativas. Nove indicações pedem maior carga horária para aulas práticas, ou atividades clínicas. Oito solicitam que o curso “dure mais tempo”^{cxxxv} para que possam se sentir “mais preparados e seguros”,

cinco responderam “não” e quatro se omitiram, cinco indicações para trabalhar conteúdos de prótese parcial, ortodontia, noções de administração/empreendedorismo e marketing, para citar as mais significativas.

Nesta direção, Paula e Bezerra, ao se referirem à necessidade de fazer uma

“devida correção no eixo de formação dos graduandos em Odontologia, [são incisivas em dizer que] apresenta-se o risco de perpetuar a carreira sob a égide de uma formação prioritariamente técnica (...) e sem a necessária expressão no âmbito das profissões da saúde. (...) É preciso coragem e disposição para romper o imobilismo que, de modo geral, rege a formação odontológica” (PAULA e BEZERRA, 2003: 12-13).

Lombardo (2001: 18) sugere que, além da proposição da abordagem caracterizada pela multidisciplinaridade, há que se pensar em novas formas de apresentar ao aluno “os conteúdos”, enfim, outros modos de aprendizagem. A autora cita a aprendizagem baseada em problemas /ABP, que provoca o aluno a buscar respostas para resolver os problemas. Tais considerações são oportunas, pois Rego faz a seguinte reflexão, ao referir-se à crescente implantação da Aprendizagem Baseada em Problemas/ABP, como uma estratégia de ensino inserida no movimento de renovação de métodos e metodologias de ensino-aprendizagem, nos cursos de graduação em Medicina:

“Temos a hipótese de que como este modelo de ensino teoricamente estimula a autonomia dos estudantes na busca de suas próprias fontes de estudo, o trabalho em equipe e a educação permanente, é possível supormos que seus alunos podem ter um desempenho nos testes de desenvolvimento moral diferente de seus colegas em cursos tradicionais. (...). Resta, portanto, investigarmos mais e desenvolvermos cada vez mais reflexões sobre o que determina o comportamento moral, enfrentando a questão sobre seus determinantes^{cxxxvi}” (REGO, 2001: 163).

Conforme já explicitado anteriormente, embora não estivesse previsto no projeto original, mas em função de nossa participação no curso de Pós-Graduação em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde^{cxxxvii}, entrevistamos^{cxxxviii} um docente de uma IES pública, paulista, que mantém cursos de graduação em Medicina e Enfermagem, pioneira na implantação, na segunda metade da década de 90, de uma proposta curricular inovadora (tanto no currículo como nas metodologias de aprendizagem).

Ao falar sobre temas de como “Metodologias ativas de aprendizagem mudam ou podem mudar as práticas acadêmicas e porque as mudanças projetadas ou escritas

nos projetos político-pedagógicos não se concretizam”, o entrevistado (médico, professor e tutor do curso de graduação em Medicina daquela faculdade) iniciou dizendo que “as metodologias ativas são uma ferramenta e não uma força em si”. Em segundo lugar, disse que “há necessidade de haver uma pactuação entre docentes, discentes, serviços e direção da IES. Mas, que isso só não basta” (professor E).

Conta que num determinado momento realizaram um fórum de discussão e avaliação das práticas acadêmicas e estabeleceram um paralelo com a proposta do projeto político-pedagógico do curso. Perceberam que vários problemas estavam emergindo. Elencou alguns deles: falta de integração “básico-clínica”, centralização na memorização dos conceitos, enfoque biologicista da saúde e maior preocupação com a forma do que com o conteúdo. Observou que, apesar da vontade de mudança, da adoção crítica de metodologias “não-convencionais” de ensino-aprendizagem, das condições institucionais não-favoráveis, havia (“e há sempre”, frisou) o que chamou de movimento de refluxo^{cxxxix}.

Para o entrevistado, parece acertado dizer que, na prática, identificou-se a dificuldade de superação do “tradicional”, o medo de perder de vista o “visível” e de não avistar mais o que era “familiar”. Assim, mesmo “racionalmente” sabendo que haviam se proposto superar os “velhos padrões”, considerados insuficientes para avançar no propósito de mudar, o medo de “perder o chão” fazia recuar. Neste momento ele salienta o papel da educação permanente como fonte alimentadora e estimuladora da mudança. Tais considerações são oportunas, pois esta postura exige investimento pessoal e pressupõe uma mudança de dentro para fora, bem como a revisão de posições pessoais e ideológicas, ou, no mínimo, estar aberto/receptivo para fazer diferente. E isto é difícil, pois, segundo o entrevistado, estamos habituados a verdades fundamentais, permanentes e definitivas.

Além destas dificuldades, identifica outras resistências a serem superadas: os medos dos alunos diante de novas exigências e atribuições de auto-aprendizagem e a constante comparação com colegas de outras escolas; a organização do mercado de trabalho, que privilegia o especialista e a lentidão do SUS em dar respostas mais efetivas na mudança do modelo assistencial. Outras dificuldades são apontadas: as disputas de poder entre profissionais de saúde, no caso dos médicos, que entendem que há uma “diminuição” de seu espaço de ação, pois o SUS, ao assumir a integralidade como princípio, passa a destinar outra posição àquele profissional no sistema de saúde.

Por fim, em relação às metodologias ativas e às convencionais, o professor entrevistado da faculdade de Medicina relata que desconhece algum estudo que tenha demonstrado diferenças significativas no aspecto cognitivo da aprendizagem. Lembra que na faculdade em que trabalha, o desempenho no extinto “Provão” (ENC) e do ENADE mostrou-se parecido, referindo-se aqui às cinco últimas turmas que colaram grau (as três primeiras no formato “tradicional” e as duas últimas no projeto pedagógico inovador). Também, na literatura internacional não tem conhecimento se há estudos comparativos a respeito. Salienta que o que é percebido pelo conjunto de docentes da IES é que os alunos do curso de Medicina que participaram do projeto inovador parecem ter um diferencial: são profissionais que sabem ouvir e respeitar o outro e, segundo o seu entendimento, isto propicia a humanização das práticas profissionais (professor E).

Para entendermos um pouco mais o relato, recorreremos novamente ao conceito de *habitus*. Dubar, ao abordar a socialização como incorporação de *habitus*, resgata o termo utilizado por Durkheim que, aplicado à educação, vai nos dizer que “é uma disposição geral do espírito e da vontade que faz ver as coisas sob determinada forma ou perspectiva” (DUBAR, 2000: 69). Como observa Dubar (2000), Bourdieu retoma a noção filosófica clássica de *habitus*, que é a tradução da palavra grega *hexis* (empregada por Aristóteles, para designar “as disposições adquiridas pelo corpo e pela alma”) e lhe confere uma definição mais complexa, mais dialética e mais operatória.

Isto é, Dubar permite compreender como *habitus* e identidade são conceitos que se articulam e nos fazem entender melhor a socialização como um

“processo biográfico de incorporação de disposições sociais vindas não somente da família ou da classe social a qual pertencemos, mas também do sistema de ação trilhados pelo indivíduo no decorrer da sua existência. Ela implica numa causalidade histórica do passado sobre o presente (...), mas esta causalidade é probabilística; pois exclui qualquer determinação mecânica de um momento privilegiado em relação aos seguintes” (DUBAR, 2000: 80).

Dubar entende que a noção proposta por Bourdieu “privilegia a continuidade em relação às rupturas, a coerência em relação às contradições. Ela permite explicar a reprodução da ordem social, mas não a produção das mudanças” (DUBAR, 2000: 80). Tais considerações são oportunas, pois uma das críticas feitas à noção de *habitus* de Bourdieu, da qual nos valem em várias análises deste trabalho, é o determinismo

cultural do pertencimento a uma determinada classe social, da posição que se ocupa no campo social.

As críticas à concepção elaborada por Bourdieu (1972) direcionam-se no sentido de apontar que este autor parece minimizar a importância da autonomia do sujeito; pois embora sejamos um produto da sociedade, somos portadores da liberdade e da autonomia. Dortier (2002) assinala que os críticos de noções como *habitus* e campo não negam seu valor heurístico, mas recusam que tais noções sejam fundamento de todos os comportamentos.

Assim, Dortier partilhando da necessidade de “flexibilizar” a teoria de *habitus* vai nos dizer que ela nos remete a dois modos opostos de ação: se por um lado apresenta um certo “determinismo sumário que fecha/encerra as nossas ações num quadro que nos é imposto, por outro, apresenta uma imagem de um indivíduo autônomo, livre e racional” (DORTIER, 2002: 6). Dizendo de outra forma, cada um de nós é produto de um determinado meio, prisioneiro de ações rotineiras, mas nossas rotinas funcionam como programas, possuem capacidades criadoras e estratégicas num meio determinado.

Tal como assinala Dortier, “o *habitus* existe, porém, nas nossas sociedades abertas, nas quais os indivíduos estão submetidos a múltiplos quadros de socialização, nenhum deles pode aprisionar os atores em uma gaiola de ferro” (DORTIER, 2002: 7). Por isso, a visão implacável de que a dominação pelo *habitus* não nos permite explicar processos de mudança que ocorreram e que se encontram em curso. Voltaremos a este conceito e à sua aplicação no caso em pauta, nas análises constantes no próximo capítulo.

Notas:

^{xcvii} Frase inspirada em publicação, de abordagem sociológica, sobre as profissões e instituições de saúde diante da organização do trabalho (Cresson e Schweyer, 2000: 09).

^{xcviii} Segundo documento do Ministério da Saúde, “O sistema educacional detém os instrumentos de gestão e a legitimidade de regulação da educação e, portanto, não fica fora do ordenamento da formação ou da organização do sistema de formação. Entretanto, no caso da saúde, as funções sociais do ordenamento, controle, fiscalização, auditoria e avaliação ganham características próprias como função de Estado: as especificidades do setor da saúde estão regidas pelo princípio do controle social (...), conforme regulamentado por Lei específica complementar à LOS” (Brasil. Ministério da Saúde, s.d.: 01).

^{xcix} Um dos nossos entrevistados, militante na época, lembra que na década de 80, quando surgiu o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica, ele aglutinava diversos segmentos (profissionais da Odontologia, professores universitários e sindicatos da categoria), que disputavam espaços nas associações profissionais. Era um “movimento muito identificado com o setor público, com a Reforma Sanitária. Como aconteceu com a Renovação Médica (...), só que com uma década de atraso na Odontologia. (...). Maldosamente o Movimento [Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica] da Odontologia era chamado de MRO, uma alusão ao MR-8 [Movimento Revolucionário 8 de Outubro,

surgido durante a ditadura militar no Brasil e caracterizado como movimento político de extrema esquerda, que defendia a tese de luta armada urbana]. Ele fez muito barulho (...) na verdade este movimento se institucionalizou, naquela época era um movimento mais de resistência, como tudo que se fazia no Brasil. Depois ganhou espaço e conquistou vários sindicatos importantes da categoria (...), que depois se filia à Central Única de Trabalhadores/CUT; que é a Federação Interestadual de Odontologistas/FIO”. A FIO foi criada em 26/11/88, como uma dissidência da FNO e agregava cerca de 11 sindicatos (Freitas, 2004:46). O entrevistado assinala que há também a Federação Nacional dos Odontologistas/FNO, que é “de caráter mais conservador” (professor-pesquisador M). A FNO foi criada em 25/05/1948, tem sede no Rio de Janeiro e congrega cerca de 20 sindicatos estaduais e municipais. O MBRO surge em 1985 no centro-oeste do país e foi atuante por quatro anos; caracterizava-se como um “movimento social de caráter civil e não institucionalizado (...) com base de ação na prática institucional (governamental e nos órgãos de representação da categoria). (...) com orientação política ‘de esquerda’(professores, estudantes e, alguns raros cirurgiões-dentistas profissionais liberais, não inseridos nos serviços públicos)” (Zanetti, 1993: 220-221). Ressalte-se que tanto a FNO como a APCD eram consideradas “conservadoras e atrasadas em relação ao MBRO” [pois este defendia a] necessidade de democratizar as entidades da categoria” (Freitas, 2004: 45-46).

^c Esta Conferência “discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, afirmou a saúde bucal como ‘parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação’, esboçou um diagnóstico da situação de saúde bucal no país e apontou rumos para a inserção da Odontologia no sistema único de saúde que, então, era apenas proposta e sonho (...) Volnei Garrafa, coordenador da 1ª CNSB, afirmou (...) que as proposições aprovadas naquele evento se constituíram no que ‘de mais democrático e progressista a Odontologia e a Sociedade Civil Organizada do País produziram até esta data sobre saúde bucal’” (ABENO, 2004).

^{ci} A Rede UNIDA “é um movimento social que reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social” (Rede UNIDA, 2005: 2). Trata-se de um movimento que, há quase duas décadas, tem investido na construção de propostas inovadoras nesta área, educação permanente em saúde, fomento à produção de conhecimento e articulações e parcerias entre educação, saúde e o contexto político-gerencial. A Rede funciona com uma secretaria executiva e atualmente a sede é em Londrina (PR).

^{cii} Que é uma das iniciativas do Ministério da Saúde, traduzida em programas ou estratégias que serão abordadas no capítulo final desta tese.

^{ciii} A Portaria Ministerial n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e define, no seu parágrafo único, que a condução desta política será efetivada por um colegiado de gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Para o estado, *locus* da pesquisa, estão previstos R\$ 4.254.253,00 de recursos financeiros para projetos na área de formação em saúde.

^{civ} Nos referiremos a este oportunamente.

^{cv} Em 20/05/2005, foi aprovada na Câmara a medida provisória que criou a Residência em Área Profissional da Saúde, a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (ambas a serem coordenadas conjuntamente por MEC/MS) e o Programa de Bolsas do MS (para residentes, alunos de extensão, preceptores, tutores e orientadores de serviço), segundo informação recebida por *e-mail*, de um dos departamentos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde.

^{cvi} Proposta em 2003 através de projetos-pilotos realizados em 2004, partiu de experiências exitosas realizadas no Rio Grande do Sul, dois anos antes. Trata-se de uma ação organizada durante as férias letivas (verão e inverno), envolvendo grupos de estudantes multiprofissionais, que pressupõe a elaboração de um projeto específico com justificativa, metodologia e orçamento, pelos próprios participantes e demais parceiros: IES, Pólos de Educação Permanente em Saúde, por exemplo.

^{cvii} O curso tem 360 horas divididas em momentos presenciais e a distância e é organizado com base em situações-problema. Em seleção nacional, realizada através de edital público, durante o mês de abril deste ano, 100 tutores-especializandos foram classificados para, após encontros presenciais preparatórios, cada um deles assumirá em setembro próximo, 10 especializandos, que também serão selecionados via edital nacional, a ser divulgado nos próximos meses. A meta é, portanto, certificar 100 tutores-especialistas e 1000 especialistas em ativação de processos de mudança na formação de profissionais de saúde cujo foco seja a integralidade (Brasil. Ministério da Saúde, 2004b).

^{cviii} Expressão utilizada por um dos componentes da banca do nosso Exame de Qualificação. Partilhando desta preocupação Lemos alerta para o fato de estarmos correndo “o risco de elas se tornarem apenas letras mortas, que em nada mudam a realidade do ensino” (Lemos, 2005: 80).

^{cix} Em que pesem algumas iniciativas exitosas, o texto do relatório final da 3ª CNSB, no item “Formação e Trabalho em Saúde Bucal – Formação e desenvolvimento em Saúde Bucal” assinala que “Ainda que se observem alguns esforços pontuais para mudar esse quadro o sistema de ensino superior está, de maneira geral, quase que totalmente alienado da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira, inclusive com a convivência dos dirigentes e docentes da área” (ABENO, 2004).

^{cx} Reflexões a partir de anotações pessoais realizadas durante o evento.

^{cx i} Resultados do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira: SB – Brasil, realizado no ano 2001, em relação ao acesso aos serviços odontológicos, apontam que 13% dos adolescentes (mais de 2,5 milhões) nunca foram ao dentista e quase 3% dos adultos também não. Dos idosos, cerca de 6% também não freqüentaram consultório odontológico ver, <<http://www.abonacional.com/internas/index/index.asp.noticias>>. Acesso em: 01 jun. 2004.

^{cxii} O profissional opera diferentes atividades com níveis de complexidade equivalentes ou uma atividade principal e outras correlatas, por exemplo.

^{cxiii} A Associação Brasileira de Ensino Odontológico ABENO, sucessora da Associação Brasileira de Estabelecimentos de Ensino Odontológico - ABEEO, foi criada em agosto de 1956, em Poços de Caldas - MG, “para discutir mudanças de atitudes em face ao problema do ensino odontológico” (Revista da ABENO, 2001: 7). Um dos principais objetivos da ABENO é congregar todas as instituições de ensino odontológico no país, atuar de forma a proporcionar a melhoria do ensino odontológico. Sua criação representou um marco no ensino odontológico. Sistemáticamente as reuniões anuais da ABENO, bem como a sua revista periódica, são fóruns de discussão que têm privilegiado o tema do ensino odontológico.

^{cxiv} Este parecer foi aprovado pelo CNE em 06 de novembro de 2001, homologado em 04 de dezembro de 2001 e transformado em Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.

^{cxv} Na *home-page* da ABENO (www.abeno.org.br, acessada em 11/03/2005) lê-se que, em 2003, a associação enviou expediente ao ministro da educação manifestando sua preocupação em relação à homologação de uma decisão do CNE de abaixar a carga horária mínima e o tempo mínimo para a realização do curso: “O ensino da Odontologia está vivendo momentos delicados”. Argumentam que o currículo mínimo de 1982 determinava 3.600 horas; que, na época do documento, a carga horária dos cursos girava em torno de 4.200 a 4.500 horas. Tendo feito esta argumentação, a ABENO propõe a fixação de 4.000 horas e justifica dizendo que “A nosso ver, as novas ‘Diretrizes Curriculares’ representam um avanço e sinalizam para rumos importantes para a atuação social do cirurgião-dentista, mas necessitam de boas e adequadas condições para a sua efetiva implementação”.

^{cxvi} A esse respeito ver Boltanski (1984) e Verdès-Leroux (1978).

^{cxvii} Ou seja: “I – Estudos de formação geral (...), com a duração mínima de quatro semestres e (...) II – Estudos de formação profissional, em campo de saber específico (...)” (Pereira, 2005:4).

^{cxviii} Cormack e Silva Filho analisaram 382 resumos dos anais da XIV Reunião Anual da SBPqO (Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, um “braço” da International Association for Dentistry Research – IADR, que se reúne anualmente, desde 1983), realizada em 1997 e constataram que 88,3%, do total das pesquisas científicas da área da Odontologia, no Brasil, são voltadas para temas biológicos (relacionadas às ditas ciências básicas), materiais (materiais, equipamentos, produtos avaliando o seu efeito) e técnicas (estudos comparativos ou descritivos sobre técnicas e procedimentos). Os autores dizem que “o imenso avanço tecnológico testemunhado pela classe odontológica no desenvolvimento de materiais dentários tem sido a estrela principal na maioria dos congressos e reuniões da área” (Cormack e Silva Filho, 2000: 242). O artigo reafirma a difícil tarefa dos dentistas acompanharem os novos produtos lançados e manterem-se atualizados, uma vez que as mudanças são muito mais rápidas do que a agilidade dos profissionais em acompanhá-las (CFO, 2005).

^{cxix} Um dos questionamentos feitos na Oficina de Trabalho “Saúde Coletiva e graduação das profissões de saúde à luz das DCN”, durante a programação do VII Congresso da ABRASCO, em Brasília, em 2003 (anotações pessoais realizadas durante o evento).

^{cxx} “O que está por trás na formação de recursos humanos que tem que estar compatível com a exigência do setor público?”, pergunta, de forma impaciente o entrevistado. Ao ser solicitado que falasse sobre o perfil preconizado pelas DCN e se ele atende as demandas de mercado, inicia perguntando: “Isso é um

problema? O que é demanda de mercado?” (Chefe de Departamento, responsável pelo curso de graduação em Odontologia, cujos alunos concluintes responderam os questionários para a nossa pesquisa).

^{cxxi} De curso de mestrado.

^{cxxii} Informações do CFO, confirmadas pelo Coordenador de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, afirmam que serão investidos R\$ 800 milhões em 2005, na implantação de 3.500 novas equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família/PSF e serão implantados 400 CEOs até o final do governo Lula.

^{cxxiii} A este respeito ver Pinto (1999), que faz uma abordagem etnográfica das formas de consagração e transmissão do saber na universidade.

^{cxxiv} Para Perri de Carvalho, “A faculdade de Odontologia tradicional é voltada para si mesma” (1996:08).

^{cxxv} Ver <<http://www.resultadosenc.inep.gov.br>>. Acesso em: 17 mar. 2005.

^{cxxvi} Ver <<http://www.inep.gov.br/superior/enade/consulta>> . Acesso 16 mai. 2005.

^{cxxvii} Desde 1997, em decorrência de uma mudança no estatuto da universidade, este Departamento assumiu a coordenação do curso. Como em 2004 ocorreu uma nova alteração no estatuto, no final de março passado estava previsto o processo de escolha de coordenadores para todos os cursos da universidade.

^{cxxviii} Cita que uma delas “Informática na Odontologia” foi ele o proponente e professor, mas que hoje não é mais necessária porque “as pessoas já vêm conhecendo informática”.

^{cxxix} As autoras sugerem que se trabalhe com uma conceituação de currículo, que “oriente o caminhar para o objetivo estabelecido. (...) currículo constitui a programação norteadora da formação acadêmica, executada mediante o processo educacional inerente à aplicação de conteúdos e práticas, com a meta primordial de preparar técnica, científica, moral, ética social e intelectualmente os futuros profissionais das diferentes áreas do conhecimento” (Paula e Bezerra, 2003:08).

^{cxxx} Conforme dissemos no capítulo I, referente aos procedimentos metodológicos, apesar do empenho em obter informações sobre as atividades de pesquisa e extensão, não foi possível saber mais a respeito. No entanto, em relação às atividades de extensão desenvolvidas pelo curso, dados da *home-page* informam que “pra que se tenha conhecimento do alcance social (...) nas clínicas odontológicas são atendidos uma média de 3.500 pacientes/mês”.

^{cxxxi} Um dos professores entrevistados (professor-pesquisador M), que é docente no programa do Departamento de Saúde Pública e pesquisador, referiu-se ao fato de haver alunos do curso de Odontologia em projetos de iniciação científica (CNPq) na área em que atua. Segundo informações do professor foram desenvolvidos os seguintes projetos: Impacto das Condições socioeconômicas nos padrões de erupção dentária (2004), Influência do ambiente físico escolar sobre a prevalência de trauma dental em adolescentes (2004), Coordenadores municipais de saúde bucal e os fluoretos: conhecimentos e atitudes (iniciado em 2004), Tendência da cárie dentária em uma mesma escola (iniciado em 2004).

^{cxxxii} Pois a pesquisa revelou que o entendimento das pessoas desta classe entende que: “pobre (...) não pode ir ao dentista para prevenir e tratar (...) [pois] o ‘médico do corpo’ é mais importante (Moreira *et al.*, 2004: 63).

^{cxxxiii} Paula e Bezerra (2003) classificam os seguintes temas ou disciplinas como “novas áreas”: Biologia Molecular, Genética Molecular, Farmacogenética e Avanços em Odontologia, que não estão contemplados na estrutura curricular cursada pelos respondentes do questionário que está em análise nesta tese.

^{cxxxiv} A pergunta de número 15 era semi-aberta: apresentava as opções sim, não e pedia a indicação de qual ou quais para a alternativa escolhida.

^{cxxxv} Para Lemos (2005) tais reivindicações parecem apontar para o excesso de atividades e a ausência ou insuficiência de tempo para o estudo adequado.

^{cxxxvi} Na sua tese de doutorado, Rego (2001) faz um estudo sobre a formação ética de estudantes de cursos de graduação em Medicina no Brasil.

^{cxxxvii} Já nos referimos a este projeto anteriormente. Trata-se de um componente das estratégias da Política de Educação para o SUS, cuja etapa à qual nos referimos, ocorreu em Brasília, em maio deste ano.

^{cxxxviii} Como não tínhamos gravador naquele momento, a entrevista foi somente transcrita a partir das falas do entrevistado. Durou em torno de 45 minutos e foi realizada em 13 de maio de 2005, cuja utilização para esta tese foi autorizada verbalmente em 21 de junho deste.

^{cxxxix} Cabe registrar que, no dia da abertura do curso de especialização citado, o porta-voz da Rede UNIDA, Marcio Almeida, alertou durante o seu discurso de boas vindas (10/05/2005), que “as mudanças são muito incipientes, não estão consolidadas ainda. E, as resistências estão crescendo: os focos do *status quo* e da resistência (...) o desmonte pode ser feito”. Ao que Laura C. Macruz Feuerwerker, representante do Ministério da Saúde, na ocasião, pontuou: “Estamos vivendo um momento importante, próximo da radicalização; há deslocamento de poderes (...), quem é contra, se organiza para resistir: ação organizada contra as mudanças”(Anotações pessoais realizadas durante o evento).

CAPÍTULO IV

DE CANDIDATO A ODONTOLANDO AO DIPLOMA DE CIRURGIÃO-DENTISTA: enquanto estudantes o futuro da nação, quando graduados um problema social^{cxl}

“Houve um tempo em que as celebrações eram justas (...). Naqueles tempos, um diploma universitário era garantia de trabalho. (...), era mais que garantia de emprego. Era um atestado de nobreza (...). Esta ilusão continua a morar na cabeça dos pais e é introduzida na cabeça dos filhos (...). Alegria na entrada. Tristeza ao sair” (ALVES, 2004).

4.1 Ser estudante de Odontologia: um estilo de vida?

Como lembra Herzlich (2002), a socialização é um processo que se constrói a cada instante em resposta às condições e situações que são colocadas na vida de estudante e, pouco a pouco, ela o transforma em um profissional. Parafraseando Baszanger (1981: 224), perguntamos: como os alunos de Odontologia se transformam em cirurgiões-dentistas e quais os mecanismos de controle da profissão sobre esta transformação? Os questionamentos da autora, embora surgidos a partir de uma região geográfica distinta da nossa, envolvendo médicos clínicos gerais franceses em início da prática profissional, apresentam subsídios à compreensão dos mecanismos que queremos identificar entre os alunos de odontologia, os odontolandos.

O que deve ser mantido é que, para Baszanger, a socialização profissional é entendida como o estudo de “mecanismos que levam ao exercício de uma profissão e à escolha da especialização/especialidade [e não como o] estudo de um processo que forma os profissionais” (BASZANGER, 1981: 229). Esta autora entende que os estudos sobre a socialização colocam explicitamente os

“mecanismos que asseguram a reprodução de uma profissão (...). Dizendo de outra forma, definir e controlar o ensino (...) constituem para uma profissão um ponto essencial e distintivo. A profissão tem, sob este ponto de vista, um papel ativo nos mecanismos de socialização” (BASZANGER, 1981: 223).

Sabemos que a formação clínica, os conteúdos trabalhados em sala de aula ou nos laboratórios e clínicas constituem a base da identidade profissional. Esta socialização, ao longo dos estudos, o pertencimento a uma escola prestigiada e as relações estabelecidas com os professores são componentes de uma identidade coletiva que possuem o “valor de um ritual de socialização”, para usar as palavras de Herzlich (1995a: 545), ao estudar os médicos franceses.

A partir destas considerações vamos conhecer um pouco o que pensam e quem eles dizem ser. Com a palavra os concluintes do curso de graduação em Odontologia respondentes do nosso questionário. Os odontolandos pesquisados: quem são eles? Esta parte do estudo traça o perfil dos concluintes, analisando algumas características a partir das posições explicitadas ou das informações constantes no questionário. No capítulo I, ao descrevermos a observação direta como uma das técnicas utilizadas nesta pesquisa, dissemos que havíamos feito uma descrição dos elementos que compunham a cena envolvendo a aplicação dos questionários. Tanto a roupa como a interação do grupo e deste com o professor, o aspecto físico e estético dos “atores” foram fruto de anotações no diário de campo.

Era um final de tarde de verão e fazia muito calor. Alguns estavam no corredor e outros na sala. Ao entrarem, optaram por ficar nas cadeiras nos fundos da sala, embora na frente houvesse muito espaço vazio para sentarem. Foram se acomodando e o professor iniciou a minha apresentação. Todos ouviram com atenção, pois já tinham sido avisados que deveriam ser pontuais. Demonstravam muito bom entrosamento no grupo e com o professor; percebia-se uma certa familiaridade na relação aluno-professor. Além da sala de aula, dos corredores, estivemos na lanchonete do bloco da saúde, onde a homogeneidade da cor branca e do aspecto físico dentro dos padrões de beleza consagrados pela mídia^{cxli}, deixavam a paisagem monocromática.

Eram belos, estavam bronzeados e de branco. Nestes poucos minutos, percebemos uma identidade no vestuário (somente um não estava vestido de branco); surpreendentemente jovens, aparentando menos idade do que seria esperado por nós (a faixa etária, após o levantamento de dados, apontou que eles têm entre 21 e 26 anos, a metade deles tem 23 anos); parecia mais uma turma de calouros que de concluintes. Na

estética corporal, a grande maioria porta corpos bonitos “conforme os cânones de beleza em vigor nas classes superiores” (BOLTANSKI, 1984: 172), bem torneados e bronzeados. Parecem pertencer aos segmentos populacionais com maior capital econômico^{cxlii}.

Longe de pretender fazer uma “sociologia do corpo” (BOLTANSKI, 1984: 114), gostaríamos de apresentar, brevemente, algumas análises a partir da observação direta, no dia citado. Ao analisar os usos sociais do corpo, em pesquisa junto a diversas classes sociais francesas, Boltanski, identificou a existência de diferenças de cultura somática ou, dito de outro modo, constatou a existência de comportamentos corporais, formas de agir, de analisar, ou de portar-se “profundamente interiorizados e comuns a todos os membros de um grupo social determinado” (BOLTANSKI, 1984: 146).

Essa abordagem, em relação aos usos sociais do corpo, nos remete novamente à noção de *habitus* trabalhada por Bourdieu (1972), já explicitada neste trabalho, como um conjunto de determinantes sociais e culturais das práticas que fazem com que as ações dos agentes não sejam meramente mecânicas, mas sim adquiridas e construídas socialmente. Boltanski observou que o “interesse e a atenção que os indivíduos concedem ao corpo, ou seja, à sua aparência (...) cresce quando se elevam na hierarquia social” (BOLTANSKI, 1984: 145). A expressão corporal, as roupas, a posição dos braços, indicam o conjunto de atitudes corporais que caracterizam o grupo e de uma certa forma o diferenciam dos demais.

Assim, a cor da pele (bronzada ou não), a textura (flácida ou firme), o volume do corpo (gordo ou magro), a forma de caminhar (desajeitada ou graciosa) “é um sinal de *status* – talvez o mais íntimo e daí o mais importante – cujo resultado simbólico é tão maior, pois, como tal, nunca é dissociado da pessoa que o habita” (BOLTANSKI, 1984: 183). Isto porque sua forma de ser e de agir é construída na estruturação do *habitus*, onde seu corpo e sua maneira de portar-se constituem a materialidade de um tipo de profissionais que percebem seu corpo como um instrumento de beleza^{cxliii}, de estética. Bourdieu vai nos dizer, a esse respeito, que o “*hexis*-corporal” – a maneira de ser e de agir – é um sinal que distingue as pessoas (BOURDIEU, 1962: 100), identificando-as segundo sua classe. Assim, para além de indicar os movimentos, gestos, posturas, modo de agir, a classe social, o seu lugar na hierarquia social, o corpo mostra a trajetória, pois a linguagem do corpo é uma linguagem não verbalizada de identidade social (BOURDIEU, 1977a).

Ao nos depararmos com 38 concluintes, majoritariamente belos, com corpos bem torneados^{cxliv}, esbeltos, bronzeados e bem cuidados, percebemos que suas práticas corporais denunciam sua origem social e a sua cultura somática de cuidados relativos à beleza e à estética. Boltanski lembra que há “regras de decoro”, segundo as classes sociais que

“definem a maneira adequada de cumprir os atos físicos mais cotidianos, de andar, de se vestir, de se alimentar, de se lavar, de se maquilar e, para alguns, de trabalhar (...) uma espécie de ‘código de boas maneiras’ para viver com o corpo, profundamente interiorizado e comum a todos os membros de um grupo social determinado” (BOLTANSKI, 1984: 145-146).

A origem social^{cxlv} dos alunos foi determinada pela profissão dos pais, na medida em que precisávamos de um critério homogêneo e claramente identificado. A maioria detém diploma de curso superior. Ao cruzarmos as informações sobre a profissão dos pais e o capital cultural, constatamos que mais da metade dos alunos provém de uma família onde os pais freqüentaram a universidade: cerca de 58% dos pais têm curso superior. Das dezenove concluintes do gênero feminino, treze tem o pai^{cxlvi} graduado (sete cursaram pós-graduação) e doze mães freqüentaram a graduação na universidade (sete são pós-graduadas). Entre os dezenove concluintes homens, o pai de doze deles tem diploma superior (desses, sete têm pós-graduação) e dez mães fizeram curso de graduação (três são pós-graduadas).

As profissões dos pais, segundo o gênero, apontam pais^{cxlvii} atuando como empresários, no comércio, como profissionais de saúde, na área da engenharia, funcionários públicos, aposentados. As mães parecem ser menos ativas profissionalmente: “donas-de-casa”, professoras, profissionais de saúde, funcionárias públicas, atuam na área da engenharia.

Questões sobre a renda^{cxlviii} salarial são sempre problemáticas, pois os respondentes comumente diminuem ou se recusam a respondê-la; alguns deles colocaram uma interrogação após escrever o valor e outros simplesmente não responderam. Já comentamos anteriormente que isto pode ser entendido como uma necessidade e um direito de guardar um segredo^{cxlix}. Portanto, há que se analisar com muito cuidado os dados apontados. Se considerarmos a renda isoladamente, utilizando a metodologia^{cl} comumente adotada, veremos que a maioria dos que responderam pertencem à classe A (considerada aquela formada por famílias “ricas” ou “média alta”) e um terço dos alunos são oriundos da classe B (“média” e “média baixa”).

No entanto, se fizermos cruzamentos entre algumas respostas e, também, buscarmos subsídios nos dados dos questionários dos classificados no vestibular podemos afirmar com mais segurança que os concluintes são majoritariamente provenientes de classes sociais com bom volume de capital econômico^{cli}. São vários os indicativos. Um deles pode ser a escolarização (pública ou particular), que também fornece algumas informações sobre o perfil escolar e econômico dos 38 odontolandos. Vinte e sete deles indicaram que o ensino médio foi cursado em escola particular, nove não responderam, um indicou escola pública e um pública/privada^{clii}. Aqui, também é importante considerar um cruzamento de informações sobre o capital cultural dos pais, que, como vimos, é alto; junto a isso também temos informações sobre a profissão dos pais que são reveladoras de uma boa posição social.

4.2 Das escolhas da profissão e do “paitrocínio” financeiro

Sobre a decisão de escolha da profissão, Arliaud (1987), ao analisar os médicos franceses, pergunta se a gente pode acreditar cegamente nas respostas que damos às perguntas que nos fazem para explicar a nossa própria história. Este autor, ao analisar as respostas que obteve na pesquisa, salienta que, para alguns, oriundos de classes com maior capital econômico, a entrada no curso pode significar uma espécie de “destino social”, determinado pelo meio de origem. Vamos às análises das respostas.

Os dados dos questionários aplicados pela universidade federal, aos classificados no concurso vestibular de 2001, ano provável do maior número de concluintes do curso em estudo, revelam que o principal motivo para a escolha^{cliii} do curso de Odontologia foi, de longe, a opção “mais adequado às suas aptidões”, com 64 indicações, correspondendo a cerca de 71%. Treze (14%) alegaram outros motivos, cinco (5,6%) indicaram prestígio econômico; quatro (4,%) prestígio social e quatro (4,%) influência da família ou de amigos. Na pergunta seguinte a esta, o questionário citado pede “Assinale o que você espera obter num curso superior”. Das cinco alternativas, em ordem decrescente, encontramos “formação profissional voltada para o futuro emprego”, apontada por 75 (84%) deles; vem em seguida “aumento de conhecimento e de cultura geral”, para seis (6,7%); os demais optaram por indicar outras (4,4%), três (3,3%) apontaram formação teórica voltada para a pesquisa e 2 (2,2%) melhoria da situação profissional atual.

Na nossa pesquisa, a pergunta 10 “Que fatores influenciaram a sua escolha pelo curso de Odontologia?”, os respondentes tinham nove opções e podiam assinalar

várias alternativas. Com maior número de indicações (30) foi que o curso é “mais adequado para suas aptidões e interesses”. Em seguida, com 27 “por ser uma profissão liberal”; 22 indicações para a opção “perspectivas de boa situação financeira”; enquanto que 20 assinalaram “realização profissional”. Somente nove indicaram a opção “profissão com prestígio social” e cinco informaram que a família foi um fator que influenciou na escolha, para citar as mais indicadas. Ao cruzarmos as respostas desta pergunta à do gênero dos respondentes percebe-se que apresenta equilíbrio, não havendo diferenças significativas entre homens e mulheres.

Para entender melhor o que se passa, nos reportamos ao conceito de *habitus*, explicitado no início desta, entendido como uma espécie de matriz através da qual nós vemos o mundo, que é também orientadora das nossas ações. É neste sentido que o *habitus* se manifesta por um conjunto coerente de gostos e de práticas; não como um determinismo mecânico, mas sim de tendências que são evidenciadas nas falas e opiniões dos respondentes. Neste sentido o *habitus* mostra as normas sociais profundamente interiorizadas. Isto tudo para dizer que gosto, propensão ou aptidão são partes dos princípios de estilo de vida, que formam um conjunto unitário de preferências que distinguem os membros de um determinado grupo ou classe social, que expressam uma determinada lógica específica; bem como um princípio de unidade ou, melhor dizendo, um estilo de vida, uma de visão de mundo (BOURDIEU e SAINT MARTIN, 1976).

Numa tentativa de ilustrar a lógica e a visão de mundo que orienta a composição da representação social da auto-imagem profissional de graduandos de odontologia, objetivando avaliar o grau de incorporação de algumas posturas profissionais transmitidas pelo currículo do curso, em uma universidade do interior paulista, pesquisadores, por meio de desenhos realizados por alunos (do 7.º e 8.º semestres) demonstraram preocupar-se muito mais com “aspectos técnicos e o *status* profissional” do que com o paciente, uma vez que poucos colocaram este personagem em cena (PACCA *et al.*, 2003).

Estas autoras ressaltam que esta tendência já foi verificada em pesquisas anteriores, direcionadas à coleta de dados sobre a profissão odontológica com alunos de graduação; no seu trabalho, apresentam um dos desenhos representativos desta auto-imagem profissional, que também mostra vocábulos de otimismo (“gosto do que faço e faço”, “vejo muitos caminhos a seguir”, “enfrento obstáculos a cada dia”), de adjetivos

e qualificativos pessoais (“dedicada”, “atenciosa”, “muito boa”) que refletem no espírito profissional também identificados na nossa pesquisa.

Em estudo longitudinal das mudanças de atitude entre os alunos de Odontologia em relação à profissão, numa universidade em Israel, na década de 70, Eli e Shuval, ao observarem os dados obtidos, remetem as análises a estudos já realizados que confirmam o fato de que os graduandos “tornam-se mais cínicos e menos idealistas, mostrando menor consideração pelos outros conforme vão avançando no curso” (ELI e SHUVAL, 1982: 954). Dito de outra forma, eles vão se tornando mais personalistas, colocando um valor menor na comunicação interpessoal, por exemplo, e maior valor nos seus objetivos pessoais. Ou, segundo suas palavras: “os estudantes gradualmente passam a interessar-se mais por eles mesmos, seu *status* pessoal, objetivos e interesses, e a interessar-se menos (...) em entender os sentimentos dos outros, ou em desejar aliviar o sofrimento dos outros” (ELI e SHUVAL, 1982: 954-955).

Perguntamos aos concluintes “De que fatores uma pessoa depende hoje para conseguir uma situação profissional desejada?”^{cliv} A partir das respostas, a hierarquização dos fatores se apresenta da seguinte forma: em primeiro lugar “Depende da obtenção de título de especialista” e “Depende do reconhecimento oficial da profissão” foram os dois fatores que atingiram a mesma pontuação (50 pontos cada), não havendo diferença significativa entre gêneros. O fator “Depende principalmente das relações que se tem”, para se obter uma situação profissional desejada foi o segundo mais pontuado (44 pontos); tanto os homens como as mulheres partilham do mesmo entendimento. O terceiro fator, que somou 35 pontos, foi “Depende de políticas e regulamentações do governo”. A seguir, totalizando 30 pontos, “Depende do desempenho na universidade”; neste fator, mais mulheres pensam assim: dezessete contra oito homens. “Depende do prestígio da universidade cursada” fez 29 pontos. Os fatores “No fundo é uma questão de sorte” e “Depende basicamente de se obter o diploma da profissão” foram indicados como nada importante pelos concluintes.

A análise da hierarquização destes fatores nos leva à pergunta de número dois do questionário: “Qual a importância que você atribui a estes aspectos na atividade profissional do dentista?”^{clv} Obtivemos a seguinte configuração: “Chances de continuar se qualificando”, em primeiro, com 69 pontos; em segundo, “A possibilidade de aplicar as qualificações obtidas no curso”, com 68 pontos. Após, “Possibilidade de fazer algo útil à sociedade”, com 63 pontos. Nesta indicação constata-se uma diferença

significativa entre gêneros: este fator foi apontado por dezesseis mulheres e somente nove homens. Em quarto, “O salário” e “Um volume de trabalho bem definido e que deixe tempo livre” obtiveram 57 pontos. O seguinte, com onze pontos abaixo, “Um trabalho que exija ou desafie”; em sexta posição “A possibilidade de prestígio e reconhecimento social”. A seguir, “A possibilidade de trabalhar em pesquisa” obteve 30 pontos. “Chances de ter influência política” foi julgado um dos aspectos da atividade profissional sem nenhuma importância.

Na nossa pesquisa, as respostas à pergunta 23: “Em sua família há algum cirurgião-dentista?”^{clvi} 50% dos estudantes de Odontologia tem dentista na família: oito deles têm pai, mãe ou irmão/irmã e dez têm tios ou primos. Em relação aos primeiros podemos falar em “transmissão de vocação”, ou dito de outra forma, podemos dizer que provavelmente sejam os que Herzlich (1995a) denomina de “herdeiros da transmissão do estatuto social”. Já sobre os que assinalaram a existência de tios e/ou primos dentistas, talvez tenha sido um fator motivador da escolha. Ao analisar a medicina como carreira, numa realidade européia, Hall (1970) vai nos dizer que uma das funções da vocação é orientar a nossa conduta, considerando-se um fim/objetivo a ser atingido/alcançado.

Geralmente vocação é entendida como uma “questão eminentemente subjetiva, produzida de maneira privada/particular e interiorizada” (HALL, 1970: 210). Porém, ao estudar os médicos franceses, o autor vai dizer que “as vocações” parecem apresentar uma característica fundamentalmente social. Ou seja, os familiares e os mais próximos têm um papel significativo no desenvolvimento da carreira e no encorajamento/incentivo do candidato, sob diversas formas. Isto tudo para nos dizer que o fato de ter o pai ou a mãe exercendo a profissão ou, ainda, a presença de um dentista na família pode ter influenciado a escolha da profissão de cirurgião-dentista. É o caso de 58% dos alunos e 42%% das alunas da nossa pesquisa. Assim, a “linhagem odontológica” não deve ser minimizada. Baszanger (1981) ressalta o peso de alguns elementos exteriores à universidade, saindo de outras lógicas, como, por exemplo, a proximidade anterior à universidade de um cirurgião-dentista na família, que pode ter sido responsável pela escolha do curso.

Neste sentido, salienta que é compreensível entender porque os médicos são recrutados nas famílias de médicos e, no nosso caso, analogamente, os dentistas, nas famílias onde há dentistas^{clvii}. Para Hall, eles detêm os mecanismos que dão origem à

vocação, alimentando-a, pois “somente os membros pertencentes a uma mesma profissão podem traduzir em conselhos precisos e úteis suas profissões de fé” (HALL, 1970: 210). Em relação às outras famílias que não têm este histórico profissional, sustenta que elas podem, em alguns casos, determinar a vocação inicial, mas talvez não cheguem a mantê-la viva, ou seja, garantir a realização da ambição, conseguir fazer chegar até o fim, caso não detenham um elevado capital econômico, o que não parece ser a quase totalidade dos respondentes ao questionário.

No entanto, é importante ressaltar que, outro autor, em estudo sobre a socialização profissional de jovens engenheiros e técnicos franceses, percebeu que a experiência da socialização escolar

“abre outros universos que não somente aqueles da ‘família de origem’, e contribui para abrir um pouco mais o espaço de possibilidades em contraposição aos detentores de ‘heranças’. (...) o social não é somente o que ‘limita’ ou o que restringe. É também o que autoriza, chama, provoca (a iniciativa, a inovação, o imprevisto...). Pois, de que outra forma poderíamos compreender a gênese da mudança social se não através desta abertura?” (BOUFFARTIGUE, 1994: 269).

“Paitrocínio”: a família aconselha poucos, financia os estudos e deverá ajudar quase todos na instalação profissional. Dos 38 concluintes, 37 deles apontaram a família como financiadora da moradia, alimentação, livros, instrumental e outras despesas realizadas durante os estudos universitários^{clviii}. Destes trinta e sete, três informaram haver uma complementação do financiamento familiar, através de bolsa de estudos: é o caso de apenas três alunos. Uma informa que o marido também contribui financeiramente. Somente uma indicação apontou a opção recursos próprios (opção de resposta: “herança ou outras rendas”). Como lembra Bouffartigue (1994: 260), a “conquista do diploma e, depois, da posição profissional que ele promete, está longe de ser um negócio somente do jovem” [dentista, no nosso caso]. A família, os familiares se mobilizam até porque os estudos são majoritariamente financiados pela família.

A pergunta sete: “Quem irá ajudá-lo (a) a se instalar profissionalmente?” apontou que, mais de dois terços dos respondentes contarão com os pais, com seis indicações temos “ninguém”, os demais contarão com irmã, colegas; um não respondeu e outro, bem humorado, disse que pretendia contar com a ajuda divina.

4.3 Das perspectivas de trabalho profissional: entre a ideal e a possível^{clix}

Na primeira pergunta do questionário: “Como você vê hoje as perspectivas profissionais da Odontologia em relação ao que você imaginava ao ingressar na Universidade?”, convidamos o concluinte a estabelecer uma comparação entre o que imaginava ser a profissão, quatro anos atrás, no início do curso e, atualmente, no último semestre. Esta questão fez os concluintes externalizarem seus valores e as características ou atributos mais valorizados para a profissão.

As respostas permitiram avaliar mais do que o fato de dizer se as expectativas estão “melhores, piores ou se mantêm iguais”; pois muitos deles “qualificaram” as respostas, explicitando o “porquê” do que pensam sobre o seu futuro profissional ou da profissão. Apesar de não se tratar de um estudo comparativo enfocando diferenças de entendimento segundo o gênero, em alguns momentos, quando entendermos interessante trazer à tona diferenças significativas identificadas nas respostas, explicitar-se-á o entendimento segundo o gênero dos concluintes.

Assim, podemos dizer que, sobre o que imaginavam há quatro anos e a realidade atual da profissão, foi possível estabelecer quatro grupos distintos: quem pensava “que ia ser rico”, mas a realidade se mostrou mais “cruel”; os que desconheciam ou não tinham informações e nem uma vaga idéia da Odontologia como profissão; os que entendem que o presente está melhor que o passado, mas que no futuro estará pior; e aqueles que não perceberam nenhuma mudança no cenário profissional, conforme segue:

“Pensei que ia ser rico, mas (...)” “(...) a realidade é cruel!”: dos 38 respondentes, 21 (55%) avaliam que estão “piores”, “menos simples”, a situação se caracteriza por ser “mais difícil/menos fácil” do que cinco anos atrás; as perspectivas apresentam-se “menos positivas”, a “concorrência é grande” e “não está fácil”, pois as possibilidades “são menores” e a visão que têm hoje é “mais realista”. Registre-se que o percentual de indicações, tanto para o gênero masculino (10) como para o feminino (11), foi praticamente o mesmo. No entanto, eles parecem desconsiderar o assalariamento como uma tendência da profissão. Falta-lhes o conhecimento sobre as condições do mercado de trabalho com que vão se deparar em breve e são muito otimistas em relação à situação dentro de dez anos. Voltaremos a esta questão nos parágrafos adiante.

Odontologia: que profissão era essa mesmo?: sete (18%) mostram que iniciaram o curso sem ter noção ou “nenhuma idéia” ou perspectivas, ignoravam ou desconheciam a profissão e seu potencial mercado de trabalho.

Hoje, melhores que ontem: seis deles (16%) estão otimistas e vêem a Odontologia de forma “promissora”, apresentando “boas”, “enormes” ou “melhores” perspectivas profissionais. As alunas parecem demonstrar mais otimismo, pois dos seis respondentes, dois são alunos.

Nada de novo no *front* profissional: quatro concluintes (11%) afirmam não ter constatado nenhuma mudança, ou seja, as perspectivas se mantêm as mesmas. Entre elas, “dificuldades nos grandes centros”, ou a necessidade de deslocar-se para “outras cidades e estados”, que não do sul do país.

Para alcançar o sucesso: a crença na “força, garra e na determinação pessoal”: Apesar de muitos terem imaginado que seriam ricos outros desconhecem se poderiam sê-lo, poucos acharem que ainda serão e alguns não terem, sequer, imaginado algo, a metade dos concluintes pensa que o sonho pode ser realizado “se” houver empenho pessoal. Chamam a nossa atenção as frases que qualificam as respostas depositando na mobilização de atributos pessoais o sucesso profissional que poderá ser alcançado.

Dos 38 respondentes, a metade acredita firmemente que o sucesso profissional na Odontologia é uma questão de empenho individual, pois há sempre mercado para quem detém atributos como: competência, esforço, criatividade, talento, vontade, dedicação, determinação, coragem, ser bom no que faz, ser atualizado e informado, “correr atrás” ou ter “visão”. Mais homens (11) do que mulheres (8) têm este entendimento. A força deste discurso nos faz pensar em utilizar a expressão de Bouffartigue, ao estudar o ingresso de engenheiros e técnicos no mercado de trabalho francês, a partir de um modelo de prática profissional ideal: “eles se sentem condenados a vencer” (BOUFFARTIGUE, 1994: 262), querem a todo custo avançar o mais rapidamente possível para alcançar o seu projeto profissional.

Dever-se-ia dizer que, conforme nota Dubar, que esta forma individualista e incerta que se apresenta, em relação às questões do mercado de trabalho na contemporaneidade, que aos poucos se infiltra em toda a dimensão da nossa existência, é “orientada em direção à realização de si, de investimento pessoal, num contexto de

forte competição, obriga os indivíduos a se defrontarem com as incertezas e, cada vez mais, com a precariedade na tentativa de lhe dar um sentido” (DUBAR, 2000: 127).

Ao fazermos um cruzamento entre a pergunta de número um (“Como você vê hoje as perspectivas profissionais da Odontologia em relação ao que você imaginava ao ingressar na Universidade?”) e a treze (“Durante o curso, o que mais contribuiu para a sua formação”), das duas respostas com maior número de indicações teremos expressões como: “esforço próprio”, “dedicação”, “minha eficiência”, “meu interesse e estudo” e “disciplina e organização”, com 13 indicações. Da mesma forma, cruzando com a pergunta quatorze (“Durante o curso, quem mais contribuiu para a sua formação profissional?”), a segunda indicação, de nove respondentes, foi simplesmente “eu”.

Estas falas nos remetem a uma das características da sociedade moderna, que perdura na contemporaneidade; poderíamos utilizar uma terminologia já conhecida: o “darwinismo social”; vence, obtém sucesso, aquele que estiver mais preparado, mais apto. A vontade individual de vencer, a exaltação do sucesso, a partir da mobilização de atributos pessoais, pode ser percebida na postura predominante dos respondentes. Harvey, ao falar sobre a condição pós-moderna e os resquícios do pensamento iluminista, lembra que num mundo cada vez mais competitivo, a aposta a todo o custo no sucesso econômico, quer seja pela acumulação de dinheiro, de riqueza ou de poder individualizados é uma atitude altamente valorizada na cultura liberal (HARVEY, 1996: 235).

Também é possível que alguns sejam influenciados pelas teorias motivacionais da administração^{clx}, tão popularizadas nos últimos anos que depositam no indivíduo o potencial para o sucesso e têm funcionado como verdadeiros manuais de auto-ajuda para quem quer ser empreendedor^{clxi} de si mesmo e vencer num mundo tão competitivo. Dito de outro modo, o aluno sabe que estando num meio competitivo, ter espírito empreendedor pode fazer a diferença e ser mais importante do que habilidades e conhecimentos (HALL, 1970: 217). Parece acertado dizer que, como lembra Dubar: “o último grito do modelo de competência supõe um indivíduo racional e autônomo que gera sua formação e o tempo do seu trabalho segundo uma lógica empreendedora de ‘maximização de si’” (DUBAR, 2000: 127).

Por parte dos concluintes, mostra uma postura de desconhecimento e certa dose de ingenuidade diante da realidade do mercado profissional. Isto porque a expectativa poderá ser alcançada por alguns, mas não por todos; ou seja, podemos dizer que muito

poucos atingirão seus sonhos e objetivos profissionais, esboçados nas respostas. Assim, nos perguntamos: quantos dos 38 concluintes poderão alcançar o sucesso profissional almejado? Talvez seja uma próxima pesquisa a ser realizada junto a esses futuros dentistas, dentro de uns três anos, tempo suficiente para dimensionar a situação de sua inserção no mercado de trabalho.

É bom lembrar, conforme observaram Haboan e Levy, a distância entre o que nós dizemos e o que realmente fazemos, entre o que aspiramos e o que conseguimos concretizar; isto porque a aspiração não encontra limites, mas o real apresenta limites. Existe uma espécie de fosso “entre o que se pensa inicialmente e os elementos, as contingências que, finalmente, nos conduzem onde conseguimos chegar” (HABOAN e LEVY, 2000: 278).

Assim, voltando à pergunta um, apenas três identificam a saúde pública como um campo de trabalho potencial, outros três vêem o interior ou cidades pequenas como um mercado a ser explorado. Cruzando as respostas desta pergunta e com as de número quatro (“Entre seu ingresso na universidade e este último ano do curso, você acha que houve alguma mudança na profissão”), identificamos que quatro respondentes também apontaram explicitamente o Programa de Saúde da Família/PSF como algo novo no cenário profissional. Então, dos 38 respondentes, seis apontaram o Programa. Consideramos tal informação significativa uma vez que trata-se de uma inserção recente deste profissional nas equipes do PSF, e, pelo fato de ser uma política pública de saúde.

É importante observar, conforme já assinalado, que a inclusão das ações de saúde bucal no PSF é mais recente, embora Freitas (2004: 60) informe que, em 1998 um levantamento do Ministério da Saúde acusou o fato de quase 1/3 dos municípios que haviam implantado o PSF já contavam com um dentista na equipe, mesmo sem a sua inclusão oficial. Ao refletir sobre a participação do dentista na equipe do PSF, Capistrano Filho pergunta como fazer “operacionalmente esta incorporação?” Isto porque seu entendimento é que para alcançar os objetivos do PSF, e, para este programa ser efetivamente uma das “estratégias de ‘mudança do modelo assistencial’, necessita de profissionais radicalmente novos, [com] posturas e práticas profundamente distintas das hoje vigentes, especialmente no campo da atenção básica” (CAPISTRANO FILHO, 2000: 08). Conclui afirmando que, para além de ser um bom clínico geral o dentista deverá incorporar uma nova visão de sua prática: se valer do seu raciocínio clínico, dispensando a necessidade criada de tecnologias auxiliares ao diagnóstico e tratamento

e, sobretudo, respeitar a cultura e o conhecimento não-oficial^{clxii} da população. Enfim, sentir-se responsável pela saúde desta população, estabelecendo um elo, um compromisso.

Perri de Carvalho (2004: 12) observa que o aumento deste interesse por programas governamentais caracterizados como de saúde coletiva aponta para uma forte tendência por novas frentes de trabalho para a prática profissional. A esse respeito, um dos nossos entrevistados lembra que, ao conversar com os alunos do curso de graduação em Odontologia da universidade federal sobre o PSF, nota um interesse imediato, mas pondera: “não acredito que seja por vocação, a questão do PSF hoje [tem que ser entendida] via mercado, na minha opinião”; em relação às posturas históricas relativas a quedas de braço entre a categoria e o governo, já explicitadas neste, faz uma crítica à atual postura de um dos dirigentes da categoria: “se você pegar o jornal do CFO, eles colocam como uma conquista da corporação, por exemplo, a entrada do cirurgião-dentista no PSF. Então, eles estão vendo com muito bons olhos, na verdade. Porque a oportunidade de trabalho parece que é a maior que está acontecendo” (professor universitário-M).

Em relação à questão posta, constata-se, por parte do CFO, através das leituras *on line*, um grande incentivo aos programas governamentais, que podem ser exemplificados pelas falas do seu presidente, Miguel Nobre:

“Lutaremos pela ampliação do atendimento em saúde bucal e abertura de novas vagas de trabalho: incentivando prefeituras e estados a implantar equipes de saúde bucal e o governo federal a fazer dos Centros de Especialidades Odontológicas modelos de eficiência. Queremos ver a voz da Odontologia ecoando cada vez mais forte, em defesa da saúde da população brasileira” (CFO, 2005).

O tesoureiro daquele Conselho, Lester P. de Menezes, também explicita seu apoio: “Continuaremos colaborando politicamente para o programa Brasil Sorridente chegar a quem precisa” (CFO, 2005).

Retomando as análises do cruzamento das respostas das questões de número um e dois, ambas referentes às perspectivas profissionais, vamos observar que aqueles concluintes que não citaram explicitamente “a explosão de universidades privadas” e o “excesso de profissionais no mercado”, tornando o “campo mais competitivo”, na primeira questão, vão se somar aos outros, que responderam na quarta pergunta. Este cruzamento indica que, dos 38 concluintes, vinte e três apontam como mudança

detectada na profissão, nos últimos quatro anos, o maior número de cirurgiões-dentistas que colaram grau. Para ilustrar, utilizaremos a frase de um deles, que exemplifica a preocupação dos que citaram a concorrência: “se formaram milhões de dentistas antes de mim”^{clxiii}.

Especificamente à questão quatro: “Entre o seu ingresso na universidade e este último ano do curso, você acha que houve alguma mudança na profissão?” Vinte e cinco, dos 38, disseram que sim. Destes, oito entendem que a Odontologia tornou-se uma profissão mais competitiva pelo número de profissionais colocados no mercado de trabalho, decorrente da criação de novos cursos de graduação. Parece acertado dizer que os concluintes preocupam-se com o mercado de trabalho. Expressões como “mercado escasso”, “área saturada”, “há muitos profissionais”, “há competitividade”, ou outras: “achava que teria emprego, ao sair”, “não imaginava tanto investimento financeiro”, “é um alto investimento”, mostram que alguns deles têm noção das dificuldades futuras.

As inovações tecnológicas: informática, surgimento de novos materiais e técnicas foram apontados por quatro respondentes. Outros quatro citaram como mudança percebida na profissão o maior nível de exigência e de esclarecimento dos pacientes fazendo com que sintam maior responsabilidade do profissional. Conforme já relatamos (ao cruzar as respostas das questões um e quatro), o Programa de Saúde da Família é destacado por quatro concluintes, que enfocam a inserção do cirurgião-dentista nas equipes de saúde. Três alunos lembram que, hoje, o enfoque maior não é a cura, mas sim a prevenção: “procura-se prestar uma Odontologia mais educativa, não só curativa”, escreveu um deles. No entanto, as práticas acadêmicas continuam sendo direcionadas para “as técnicas de cura mais sofisticadas e esta prática possível torna-se extremamente frustrante”, ressaltava Queiroz (1998), no seu estudo junto a alunos de Odontologia e Medicina.

Os outros três que responderam “sim” observam que a profissão perdeu o prestígio e está cada vez mais elitista. Um destes não qualificou sua resposta, apenas escreveu sim. Em relação aos seis que escreveram “não” ou seja, não ter detectado mudança na profissão, há justificativas: ou por desconhecerem a profissão, ou pelo fato de quatro anos não ser tempo suficiente para perceber alterações profissionais, ou mesmo, por não estarem no mercado de trabalho. Dois não responderam.

Que critérios orientaram a escolha da instalação e de como trabalhar? Curso universitário quase concluído, expectativa do “canudo” na mão, possibilidades se

abrem. Quando se pergunta: onde o futuro dentista pretende instalar-se e quem irá ajudá-lo?, de uma maneira geral, considerando-se, também, as respostas à questão 6 (“Onde você pretende trabalhar”), parece que a escolha do local (retorno à cidade de origem, permanecerá na capital do estado, irá para outra cidade, ou não sabe) não acusa como determinantes uma análise mais aprofundada do mercado, mas sim critérios de ordem pessoal (proximidade da família) ou talvez, buscar “outra cidade”, para concretizar seu projeto profissional. Assim, esta pergunta trouxe como respostas: treze deles pretendem ir para outra cidade, onze retornarão à cidade de origem, nove ainda não sabem e cinco permanecerão na capital do estado^{clxiv}.

A hierarquia dos critérios parece colocar em primeiro lugar o potencial de mercado talvez ainda não explorado em outras cidades; em segundo, elementos da vida pessoal ou familiar e, em terceiro, constata-se que apesar de serem concluintes do curso, a incerteza ou a despreocupação sinalizam uma certa dose de tranquilidade em decorrência de uma provável estabilidade financeira garantida pelo volume de capital econômico familiar. Tal como assinalam Haboan e Levy, em relação à instalação de médicos franceses, “a escolha geográfica definitiva resulta, também, ao acaso, das oportunidades que se apresentam ou de outros elementos” (HABOAN e LEVY, 2000: 258).

4.4 Das estratégias pensadas: que carreiras, qual especialidade?

Quais as estratégias pensadas? A questão cinco: “Após colar grau como você pretende trabalhar? (assinale quantas alternativas forem necessárias)”, revela que dois terços deles indicaram as opções consultório particular (com colegas ou sozinho) e setor público: importante assinalar que esta é a intenção de treze homens e de nove mulheres; onze pretendem trabalhar somente em consultório particular. Aqui nota-se uma diferença entre os gêneros: mais mulheres do que homens assinalaram esta opção e cinco apontaram que pretendem trabalhar só no setor público.

Pelas respostas, entende-se que tudo se passa como se, à saída da universidade, o recém-formado vai buscar no que Freitas (2004: 128) chama de bipolarização do exercício profissional, que implica no entendimento de que a prática em consultório (contando com convênios e credenciamentos) se associa à de assalariamento (no setor público). No contexto europeu se caracteriza como “multiexercício”, ou seja, a associação de uma atividade liberal à de assalariada, ambas parciais, portanto, enfim, complementares.

Assim, para grande parte dos concluintes, a instalação em consultório particular e a atuação no setor público constituem o modo de entrada para o exercício profissional^{clxv}. Talvez fatores como a morosidade em constituir clientela, a garantia de maior segurança de ganhos levam a optar por um emprego assalariado, pois o componente segurança fala mais alto. Ao analisar as respostas dos alunos, constata-se uma junção de atividades, uma principal e outra secundária, num futuro próximo, mas não como projeto definitivo.

Haboan e Levy observam que “as implicações destas escolhas não podem ser negligenciadas, nem para o profissional, nem para o sistema de saúde” (HABOAN e LEVY, 2000: 275), pois elas trazem impactos/reflexos. Para começar, as dificuldades com que se depara o recém-formado são grandes e elas não são somente de ordem econômico-financeira. Geralmente não sabem sobre demanda, sobre mercado ou necessidades. Por exemplo, no Brasil, em relação aos dentistas, tal situação já foi identificada por alguns autores citados neste trabalho.

Constata-se uma junção de atividades, uma principal e outra secundária. Ou seja, modos de instalação associados a práticas diversas, preferencialmente na ordem de indicação consultório particular aliado ao atendimento no setor público. Aí confundem-se aspirações de melhores ganhos, maior liberdade do exercício profissional, mais tempo livre e melhor qualidade de vida. No entanto, o que os espera são baixos valores de ganhos, autonomia relativa do exercício profissional e enfrentamento de dissabores e problemas cotidianos na prática profissional e uma jornada plena de trabalho.

A escolha de uma atividade especializada ou de exercer a clínica privada pode nos remeter a outras formas de insatisfação, por exemplo, às exigências de ganhos maiores, pois, conforme o estudo de Herzlich (1993), junto aos médicos franceses, que pode analogamente ser aplicado ao caso em análise, “o nível das aspirações se refere às expectativas individuais e familiares, às razões da escolha da (...) [profissão] e aos investimentos intelectuais e financeiros feitos” (HERZLICH, 1993: 89).

Pelas respostas constatamos que as perspectivas de início das atividades do exercício profissional dependem de uma série de fatores. Estudos, no Brasil, realizados em 1997, analisando alunos de três universidades paulistas, citam resultados semelhantes obtidos uma década antes, junto a alunos de Odontologia de quatro universidades federais gaúchas. Ambos revelam que os recém-concluintes tendem a se instalar na sua cidade de origem ou onde reside a família sem, no entanto, fazer uma

pesquisa de mercado para saber das potencialidades. Os autores assinalam que tal decisão associa-se ao receio de não obtenção de renda satisfatória que se traduz num sentimento de insegurança e incerteza. Outra dificuldade apontada é o fato de os concluintes, após colarem grau, não demonstrarem intenção de “se interiorizar”;^{clxvi} pois consideram um alto custo pessoal o distanciamento de grandes centros culturais e sociais (CARVALHO *et al.*; 1997: 346).

Aqui merece uma pequena observação; talvez, o fato do estado, *locus* da pesquisa, contar com mais seis cursos de graduação em Odontologia regionalmente distribuídos, o que faz com que cada região (sul, leste, oeste, central e norte) conte com egressos. Num curto espaço de tempo tal dificuldade poderá não existir mais. Como são cursos ainda de criação recente, resta aguardar alguns anos para saber como se dará a distribuição dos cirurgiões-dentistas no estado, pois segundo os dados já informados anteriormente, atualmente se apresenta de forma muito desequilibrada.

Esta questão evoca uma fala do Chefe do Departamento responsável pelo curso sobre as alternativas de instalação dos concluintes. Entre ir “onde Judas perdeu as botas^{clxvii}” ou cursar especialização, que alternativas? Em relação às mudanças ocorridas na profissão lembra, que

“20 anos atrás era mais fácil comprar um consultório, até mesmo [na capital do estado] se estabelecia. Hoje, o que ocorre? [Se ele faz isso], ele vai morrer de fome. (...) Tem espaço nas cidades menores, nos bairros mais periféricos das cidades [maiores](...). Porque o centro das cidades de hoje estão para os dentistas mais antigos. (...) Outra coisa que mudou (...) é uma corrida mais recente aos cursos de especialidades (...). Já está quase como a medicina. Sujeito se forma, se ele não for para o interior, ela já vai direto para um curso de especialização (...) como os médicos caem direto na residência.(...) para ser mais competitivo” (Chefe do Departamento).

No que se refere às tendências do mercado de trabalho da Odontologia, citamos uma pesquisa realizada junto a concluintes do curso de graduação em odontologia de 1994, que enfocava as relações entre o ensino e a prática da Odontologia, em universidades públicas e privadas, da região Noroeste do estado de São Paulo. Tal estudo destacava que “a diminuição do exercício liberal da profissão já se reflete nas expectativas de trabalho dos formandos” (CARVALHO *et al.*, 1997: 346). Assim, parece que a tendência se dá em direção ao sentido de uma regressão do exercício liberal exclusivo.

Uma das possíveis fontes de frustração poderá ser a diferença de práticas existentes no setor público e o privado: as condições materiais de trabalho, o tipo de paciente e o tipo de tratamento. Através das palavras dos entrevistados, principalmente do responsável pelo curso de graduação em Odontologia, quando indagado sobre a aplicabilidade do ensino do curso de Odontologia da universidade federal no mercado de trabalho, é possível ter uma amostra de algumas das dificuldades a serem vivenciadas pelos egressos. Pesquisas têm mostrado que entre a formação acadêmica e a realidade profissional, destacam-se como diferenciais de práticas: as técnicas, os procedimentos, os materiais utilizados, os equipamentos e o instrumental; outro fator é o perfil do paciente (UNFER e SALIBA, 2001: 49; ABENO, 2004).

Ao que tudo indica, a atuação poderá ser marcada, principalmente, pela insatisfação salarial e dificuldades materiais de trabalho. Esta constatação foi feita por pesquisadores, que explicam o fato dizendo que tal situação no setor público leva a atendimentos clínicos deficientes, cancelamentos dos atendimentos, ausência de possibilidade de realização de procedimentos clínicos, num contexto que revela ainda “a forte influência da tecnologia na prática odontológica, marcadamente reforçado dentro das faculdades, através de currículos e das atividades clínicas de alta sofisticação” (UNFER e SALIBA, 2001: 49). Diante de tal paradoxo, o aluno se defrontará com uma situação na qual irá se deparar com “duas odontologias”: a do consultório particular e a do setor público.

Em pesquisa divulgada pela ABENO, os dentistas respondem quais são os principais problemas enfrentados para quem trabalha no setor público e no que denominaram de privado/liberal. No setor público obtiveram-se as seguintes respostas: salário (53,4%), condições de trabalho (36%), desinformação (34,8%), nível social dos pacientes^{clxviii} (20,5%), falta de material (11,2), não há /nenhum (9,9%). Já no privado, foram as seguintes: preços dos materiais (40,8%), pagamento de taxas (30,3%), nível social dos pacientes (28,4%), preço dos tratamentos (24,75), preço dos equipamentos (24,7%) e custos dos congressos (ABENO, 2004).

Carvalho *et al.*, em trabalho já citado, ao analisarem os dados obtidos, levantam a suspeita de que provavelmente,

“as dificuldades econômicas gerais e as informações sobre a situação do mercado de trabalho criem dúvidas e inseguranças quanto ao futuro profissional, gerando algumas respostas aparentemente incoerentes e provocando também um atraso de ingresso no mercado

de trabalho, com uma procura por cursos, inclusive de especialização” (CARVALHO *et al.*, 1997: 349).

O entrevistado Chefe do Departamento lembra, ainda, que hoje a faixa de idade de quem vai cursar pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado) é de menos de trinta anos, diferentemente do que era há pouco tempo. Como nota outro entrevistado que atua na pós-graduação da universidade, uma estratégia diferente, além da especialização, é a busca de qualificação via mestrado, pois “do ponto de vista do interesse financeiro para um recém-formado” é uma forma de aprofundar os estudos e retardar a entrada no mercado de trabalho. Segundo ele o órgão nacional responsável por este nível de ensino está surpreso com o crescente número de cursos de Odontologia de mestrado e doutorado. Parece ser, segundo suas palavras “uma perspectiva quase que profissional, para estudante profissional” (professor-pesquisador M).

Esta também pode ser considerada uma estratégia para a postergar a entrada “clínica” no mercado de trabalho odontológico. É importante novamente ressaltar que como a representação do clínico geral costuma ser negativa, não possui prestígio profissional e nem social, como para aquele que detém o registro de especialista, a procura de cursos terá um forte apelo. Se considerarmos a desqualificação do dentista clínico geral, vamos entender que as respostas que os alunos deram foram de escolhas diferentes. O discurso do CFO, citado por Freitas ao elaborar análise do discurso oficial em relação às mudanças na profissão, “revela uma preocupação com uma fatia do mercado de trabalho – o setor público”. A autora cita o discurso da então vice-presidente do CFO, em 1996, que diz: “O clínico geral (...) é hoje uma figura em extinção” (FREITAS, 2004: 126). Freitas conclui que a corporação nem defende e nem apóia a heterogeneidade na profissão, pois a atribui a fatores externos à Odontologia; “principalmente à lógica econômica e à política do governo” (FREITAS, 2004: 126).

Nesta direção, podemos dizer que a pressão externa do Estado, através da promulgação das diretrizes constitucionais e das DCN, coloca-o como mediador e legislador no sentido de apontar o tipo de profissional esperado: cirurgião-dentista com formação generalista. As análises realizadas por Aïach, Fassin e Saliba (1994) ao estudar o caso dos médicos generalistas franceses podem, por analogia, conduzir também à compreensão do que sucede com a situação da Odontologia brasileira na contemporaneidade. Assim, parece existir situação semelhante, pois o perfil preconizado e esperado do cirurgião-dentista pelas diretrizes governamentais é contrário àquele do paradigma científico, que, com o desenvolvimento da pesquisa, implicou

numa dupla conseqüência: as intervenções cada vez mais invasivas e com o uso de tecnologias e a especialização do conhecimento, acabando por transformarem-se em orientações prioritárias na área da saúde. Dizendo de outra forma, o recurso de que dispõe o profissional para o reconhecimento da sua especificidade advém do Estado. Isto porque, no caso em pauta (do cirurgião-dentista com perfil de clínico geral),

“A legitimidade passa, então, pela legalização, ou para dizer em termos weberianos, pela dupla caracterização racional e legal das atividades sociais modernas; a legitimação legal parece compensar, para esses profissionais, o déficit de legitimidade racional induzido pela dominação do paradigma científico” (AÏACH *et al.*, 1994: 41).

Em relação a esta questão, ao estudarem os médicos clínicos gerais franceses, Baszanger e Bungener (1995) constata a dificuldade desses profissionais em determinar o “seu lugar” e o valor profissional de sua atividade. É bom lembrar que esta dificuldade, alimentada durante o curso de seus estudos, faz os clínicos gerais terem o que Arliaud (1987) chama, muito adequadamente, de “experiência de ilegitimidade”. Constata-se uma representação negativa, não prestigiada pelo corpo profissional.

O autor lembra que a definição de um clínico geral pela negativa não facilita o exercício e a satisfação profissionais. Assim, a exemplo da clínica geral, na medicina, os cirurgiões-dentistas clínicos gerais provavelmente se confrontem

“ao seu objeto de trabalho relativamente problemático, submetido a contrariedades múltiplas e de formas diversas e, geralmente economicamente menos gratificante que o restante da profissão, (...) deve viver igualmente as conseqüências simbólicas e psicológicas do que parece, no final das contas, como uma condição social global marcada por uma inferioridade relativa” (ARLIAUD, 1987: 109).

Além da escolha por especializar-se, pois nenhum dos respondentes indicou que permaneceria clínico geral, podemos supor que, em princípio, para o clínico geral, a dependência da clientela é muito maior. Isto porque, talvez, como especialista, poderão contar com as indicações de colegas, da rede profissional que se estabelece aos poucos e que é acionada a partir de algumas condições (HABOAN e LEVY, 2000: 271).

Ao perguntarmos “Se você pretende especializar-se, qual a área de sua escolha?” (pergunta 8), consideramos somente a primeira opção indicada; o critério mais explicitado, responsável pela escolha, é o fato do concluinte do curso de graduação em Odontologia “gostar” da especialidade: treze deles atribuem ao gosto de “fazer”, de “trabalhar” ou simplesmente o “gosto” pela especialidade indicada, ser o fator fundamental da opção. Ter “afinidade”, “despertar mais interesse”, “ter mais aptidão”,

“prazer em fazer”, “maior identificação”, “trazer satisfação”, também são critérios que justificam a escolha da especialidade. As escolhas diferem fundamentalmente entre os gêneros: observa-se um interesse mais marcado nas mulheres pela Ortodontia; somente para salientar as diferenças das escolhas, a metade das 19 alunas citam aquela especialidade a ser realizada (e somente dois deles apontaram esta especialidade); para os alunos foi a Prótese Dentária, que é citada por cinco dos 19 (e por três alunas).

Obtivemos o seguinte resultado: dos 38 respondentes, dez apontaram a Ortodontia; oito, a Prótese Dentária; quatro a Dentística; três indicações para Cirurgia, mais três para Implantodontia, para citar as especialidades mais indicadas. Três não responderam, outros três disseram não saber ainda e os demais disseram que a área de escolha seria Odontopediatria, Periodontia, Endodontia e Terapêutica. Para aqueles que optaram pela Ortodontia, a justificativa baseia-se em três critérios freqüentemente mais apontados pelos oito respondentes: gosto, interesse e afinidade.

Em relação à Prótese Dentária, segunda especialidade mais indicada, as justificativas são diferentes: “realização profissional”, por ser uma “área complexa”, “gosto pela estética”, “disciplina que menos domina”, “pouco praticada na Universidade”, “pelo prazer em confeccionar” ou “maior/melhor identificação”. Cinco ou não sabem (“depende de onde vou me instalar”), ou não responderam. Interessante observar que as duas opções mais citadas pelos concluintes (Ortodontia e Prótese) seguem uma tendência já detectada em pesquisa nacional (CFO), realizada em 2002, para saber sobre o perfil do dentista brasileiro. Entre os cursos de pós-graduação que os cirurgiões-dentistas apontaram que gostariam de realizar, os mais citados foram o de Ortodontia e o de Prótese.

Conforme já assinalado anteriormente, estudos, principalmente de Bourdieu (1989) e de Bourdieu e Saint Martin (1976), se opõem à visão corrente que considera os gostos um dom da natureza; seus estudos mostram que a observação científica já explicitou que os gostos são determinados e organizados pela posição que ocupamos na sociedade. Dito de outro modo, Bourdieu (1989) mostra que todas as nossas práticas revelam sistemas de representações que são próprios aos grupos sociais a que pertencemos e da posição relativa no mundo social, bem como da vontade de se situar numa escala de poder. Conclui-se daí que a posição social dos grupos sociais determina um conjunto coerente, tanto de práticas como de valores e gostos, que podem ser compreendidos pela noção de *habitus*.

Em estudo realizado por Queiroz (1998), que objetivava identificar as representações sociais dos alunos de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, acerca do mercado de trabalho, da opção pelas especializações e a crescente participação feminina na profissão, a Ortodontia também foi a especialidade mais citada. Na nossa pesquisa, constatamos que somente seis concluintes estão indecisos, ou seja, cerca de 85% deles já se decidiram sobre a sua preferência.

Cada vez mais os alunos buscam especialidades^{clix} mais negociáveis economicamente. Há especialidades mais atraentes que outras, em função das necessidades criadas. Por exemplo podemos citar o uso de aparelhos ortodônticos ou a substituição de restaurações por materiais esteticamente mais aceitáveis. Em relação a esta questão, um dos nossos entrevistados (professor-pesquisador M) lembra de uma situação, mais especificamente, em relação à ortodontia. Segundo o seu entendimento, a Odontologia conseguiu desvincular o fato do aparelho ortodôntico estar associado a algo “que é uma coisa só de criança”, claro, há uma perspectiva de mercado que a criação de necessidades como esta provoca. Quando aquela turma do vôlei, toda da seleção, bota aparelho^{clxx} nos dentes (...) [é uma vitrine]. A Odontologia estética é uma corrente forte” (professor-pesquisador M).

Tal observação nos remete às análises antropológicas de Mauss (1974: 215), denominada de “imitação prestigiosa”. Esta expressão refere-se a imitar ou copiar atitudes ou atos que carregam o nosso desejo de sucesso, de êxito e que vemos ser bem sucedidos em pessoas que admiramos ou confiamos, que são nossas referências ou que têm uma certa autoridade sobre nós.

O mesmo entrevistado, com experiência em pesquisa na Europa, mais precisamente na Inglaterra e contatos com profissionais dos países nórdicos, na área da Odontologia, entende que este culto ao corpo e à estética é uma característica da sociedade brasileira e “não é só na Odontologia. O Brasil é o segundo país do mundo em cirurgia plástica e o 2.º em número de academias de ginástica; [o brasileiro] tem um culto ao corpo excessivo, à beleza (...). Em relação à Odontologia [Estética] eu acho que as pessoas valorizam muito porque elas não podem pagar” (professor-pesquisador M). Em relação a esta questão, pode-se dizer que a evolução de materiais e o aparato tecnológico da Odontologia, a exemplo da medicina, causou efeitos que repercutiram sobre a sociedade, suscitando tanto admiração como grandes expectativas (AÏACH *et al.*, 1994: 23).

Voltando à escolha das especialidades, é bom lembrar que ela depende também da experiência com as disciplinas cursadas, do prestígio da disciplina no seu curso, da potencial possibilidade de incorporação de tecnologia, por exemplo, esta última tão valorizada pela profissão e pela sociedade. No caso em pauta, sabemos que a especialização confere poder, prestígio e *status* à profissão odontológica (FREITAS, 2004: 60). No entanto, há que se considerar que o custo para cursar especialização na Odontologia é alto e cada vez mais presenciamos o aumento, também, do número de especialidades e de barreiras para acessá-las: provas, exames e as de cunho financeiro.

A esse respeito Queiroz (1998) assinalava, no final da década de 90, que o valor da mensalidade de um curso de especialização (no centro-oeste do país) ultrapassava o valor médio mensal do salário do dentista; assim, corre-se o risco de não poder assumir, na saída da graduação, uma despesa tão alta^{clxxi}. As observações desta autora, embora numa área geográfica (centro-oeste) distinta da nossa (sul do país), revela o que também constatamos: os concluintes parecem encarar a especialização como um componente da prática profissional. Em pesquisa realizada a pedido do CFO e outras entidades (ABENO, 2004), em 2002, já citada, a metade dos entrevistados (614 dentistas do país) ainda não havia feito “devido ao alto custo”.

Segundo estatísticas deste Conselho, em 17/05/2004, há 41.127 cirurgiões-dentistas especialistas distribuídos entre as 23^{clxxii} especialidades listadas. A Endodontia vem em primeiro lugar, com 6.582 especialistas; na seqüência, a Odontopediatria com 6.190; em terceiro, a Ortodontia e Ortopedia Facial totalizando 5.732 especialistas; em quarto lugar a Periodontia, com 4.785; em quinto, Prótese Dentária conta com 4.522 especialistas. Em sexto lugar, com 3.194 dentistas com especialização, está a Dentística Restauradora e, em sétimo, a Radiologia, com 3.009 cirurgiões-dentistas especialistas. Isto para citar aquelas que têm maior número de especialistas (CFO, 2004).

Considerando-se que, naquela data, o CFO apontava a existência de 261.768 registrados, é importante salientar que somente 41.127, ou seja, (15,71%) têm registro como especialista. Freitas, ao constatar que o percentual, em 2003, era de 18,4% vai nos dizer que, no que diz respeito ao controle da especialização, este dado revela o “baixo poder de regulação sobre a prática especializada” (FREITAS, 2004: 80).

A pergunta nove do bloco “Perspectivas de trabalho profissional” do nosso questionário: “Onde (local, área, setor público ou privado, etc.) você acha que vai estar trabalhando daqui a 10 anos?”, foi incluída por dois motivos: primeiro, em atenção à

solicitação de um membro da banca do Exame de Qualificação, e, em segundo lugar porque a literatura nos diz que não devemos esquecer que o concluinte de hoje estará “no topo da carreira nos próximos 10-20 anos oportunidade em que os conhecimentos de que agora dispomos, provavelmente, estarão defasados e superados pelo avanço ininterrupto da ciência” (PAULA e BEZERRA, 2003: 11).

Assim, as respostas à pergunta indicam que, para os concluintes, tudo se passará como se, ao deixarem a universidade, dotados de uma bagagem de representação social de seu futuro profissional pensado (desenhado como modelo de carreira “ideal-tipo”), esboçado a partir do que eles escreveram nos questionários, estarão atuando no modelo de carreira, com um itinerário profissional inicial combinando duas atividades: uma pública e outra privada, para, finalmente, chegar em dez anos ao desejado: ao “meu consultório particular”.

Aqui é importante observar que mais mulheres (14) do que homens (8) assinalaram tal opção. As expectativas e os projetos pensados por estes concluintes em quase começo de carreira seriam realizáveis? Para alguns, possivelmente, talvez de forma mais lenta e gradual. Para a maioria, a trajetória profissional provavelmente apresente alguns percursos ou percalços não desejáveis ou não previstos^{clxxiii}. Seis “não têm idéia”, quatro indicaram o setor público e consultório particular, dois indicaram o setor público como única alternativa, dois não responderam e dois outros disseram: um que estará aposentado e o outro numa cidade pequena.

Resta saber como cada um vai responder às fortes tensões que se sucederão entre o modelo ideal de prática odontológica do qual é portador, profundamente cristalizado por ele, pela categoria e sociedade e a sua performance diante do seu atrelamento ao diploma e valorização do saber altamente técnico. Entre tendências contraditórias, as incertezas das escolhas e o desconhecimento do mercado de trabalho, os concluintes se agarrarão ao diploma e reivindicarão o reconhecimento de sua competência profissional. Parafraseando Bouffartigue (1994), podemos dizer que, primeiramente, a identidade social e profissional destes se define em relação ao título de “doutor”, em seguida em referência às possibilidades de evolução em direção ao tipo de profissional que o diploma, aos seus olhos, lhe confere.

Assim, se num primeiro momento os que obtiverem maiores dificuldades de inserção profissional se agarrarão ao diploma, culpando-se talvez de “ter acalentado muitas ilusões, a seqüência pode mostrar que tais ilusões adquirem uma força material,

aquela das práticas cotidianas de defesa das capacidades que nós sabemos, das quais nos sentimos portadores” (BOUFARTIGUE, 1994: 256). Podemos dizer que este papel do diploma na estruturação das expectativas e da identidade social não se opera de forma mágica. Haverá sempre estratégias de resistência e de mobilização para a formação permanente de revalorização profissional: por exemplo, para alguns acessar às titulações outras, fazer aperfeiçoamento; para outros restará talvez, mudança de profissão?

O estudo mostrou que algumas estratégias estão sendo empreendidas. Entre elas, para fugir à desclassificação (BOURDIEU, 1978) ou desvalorização do diploma ocasionada pelo número de cursos de graduação em Odontologia, de cirurgiões-dentistas que colam grau semestralmente estão, num primeiro momento, o prolongamento dos estudos e a bipolarização do exercício profissional. Para os graduandos que têm dentistas na família e bom capital social, a rede de relações deverá ser acionada. Enfim, pode-se pensar que a profissão vai continuar agindo e reagindo para a manutenção ou modificação de sua posição no campo da saúde. Em outras palavras, mudar para manter-se que é o resultado da concorrência causada pela desvalorização decorrente da inflação de diplomas e da tentativa de construir formas identitárias diferentes da forma liberal que caracterizou a Odontologia durante a sua história profissional.

Notas:

^{cxl} Parte do título inspirada na frase proferida pelo secretário-geral do CFO (jornal *on line*, ano 12, nº 63): “Enquanto estudantes somos o futuro da nação, mas basta nos graduarmos para virarmos um problema social. O mercado precisa absorver a quantidade de mão-de-obra que sai das faculdades de odontologia todos os anos. Essa deve ser uma das prioridades” (CFO, 2005).

^{cxli} Apesar de não ter valor heurístico, é interessante citar uma conversa informal, na qual uma das alunas do curso de Medicina confidenciou, a uma amiga em comum, que nas festas da saúde, nesta Universidade, as alunas da Odontologia se sobressaem, pois “são muito bonitas” e que ela entende ser uma concorrência estética desleal participar de festas com alunas da Odontologia.

^{cxlii} O chefe do Departamento responsável pelo curso, quando da entrevista, relatou que o perfil socioeconômico dos alunos de Odontologia mudou: “Sem sombra de dúvida hoje a Odontologia é uma profissão da classe alta, alta, alta [repetiu]. Quem entra aqui é aquele que fez um bom cursinho, que frequentou um bom ensino médio (...). Se você pegar o curso de Odontologia, de Engenharia Mecânica, o curso de Medicina, o curso de Automação Industrial, (...) são cursos de alta concorrência, de competição, de altos índices”.

^{cxliii} Boltanski (1984), em pesquisa realizada junto a segmentos populacionais franceses identificou que, para as classes populares o corpo é percebido de forma instrumental (como um instrumento de trabalho e é tratado de maneira a ser forte e resistente às exigências do trabalho cotidiano), já para as classes com maior capital cultural, o corpo é percebido como instrumento de beleza e de prazer.

^{cxliv} Embora o nosso questionário não tenha contemplado perguntas sobre lazer ou atividades preferenciais fora do ambiente universitário, somente a título de ilustração buscamos informações nos dados levantados entre os 90 classificados no concurso vestibular da universidade, para o curso de Odontologia, em 2001. Em termos de “preferência”, conforme a pergunta, um terço deles aponta o esporte, os demais

cinema/vídeo (26,67%), música (17,78%) e o restante citou dança, artes plásticas, literatura e teatro. Para aqueles que citaram o esporte, as modalidades mais indicadas foram futebol de campo, natação e voleibol.

^{cxlv} É importante assinalar que a origem social de um indivíduo, conforme lembra Bouffartigue, não é um ponto único e fixo, “é um conjunto de posições móveis, uma rede complexa que movimentava pontos de referência num espaço social, este também estruturalmente em movimento” (1994: 269).

^{cxlvi} Verificando as informações do questionário aplicado pela Comissão do Vestibular em 2001, nossos dados mostram um percentual maior (65,80%); o nível de instrução do pai apresenta 52%. É bom lembrar que para aquele questionário 90 classificados responderam e, o nosso foi aplicado à turma que ingressou, majoritariamente, na universidade no primeiro semestre de 2001. No caso das mães, os dados apontam também uma diferença: 48,89% delas têm graduação, ao passo que a turma de concluintes indicou que cerca de 58% das mães têm diploma de graduação.

^{cxlvii} Resgatando os dados tabulados pela universidade, encontramos pontos de semelhança em relação à profissão dos pais: profissionais liberais, servidores públicos, empregados de empresa privada, empresários, entre outros.

^{cxlviii} A pergunta de número 20 do nosso questionário: “Renda total (todos os salários brutos das pessoas de seu grupo familiar, que trabalham, inclusive o seu) é de R\$”.

^{cxlix} Seria possível pensar que não sabiam por tratar-se de algo sem muita importância para eles?

^{cl} Adota-se, no Brasil, a metodologia ABA/ABIPEME para composição das classes socioeconômicas, partindo-se de um quadro de conversão das classes: A1, A2, B1, B2, C,D e E, cujo único fator é a renda familiar, segundo Associação Nacional de Empresas de Pesquisa/ANEP (<http://www.anep.org.br>).

^{cli} Um dos cruzamentos que nos autoriza a fazer esta afirmação é o fato do curso exigir período integral, pois as aulas ocorriam de manhã e à tarde e, às vezes, como no caso da disciplina em que aplicamos o questionário, iniciava às 18 horas. Outro se deve à constatação de que, dos 38, somente três apontaram terem seus estudos financiados por bolsa de estudo, de trabalho ou estágio remunerado. Também, outro indicativo é o fato de serem egressos de escolas particulares, freqüentados por mais de dois terços dos que responderam (nove deles não responderam, um estudou em escola pública e outro em particular e pública). Este dado também mostra que a família detém bom poder aquisitivo.

^{clii} Ao analisarmos os dados relativos ao ano de 2001 do questionário sócio-econômico-cultural aplicado pela Comissão Permanente de Vestibular, aos 90 (45 alunos do 1.º semestre e 45 do segundo), classificados do curso de Odontologia, teremos os seguintes dados: o ensino médio para 73 (81,11%) deles foi cursado em escola particular. Para oito (8,89%), a maior parte em escola particular, seis em escola pública e três (3,33%), a maior parte em escola pública. A maioria (83,33%), cursou este nível de ensino no período diurno. Cursos pré-vestibulares foram feitos por 81,12% deles, por um período de seis meses a um ano. Dos 18,89% que não freqüentaram, 10% disseram que o colégio já preparava para o vestibular, ou que oferece o pré-vestibular “integrado ao curso”. Para doze classificados (13,33%), foi o primeiro vestibular; setenta e oito (86,67%) já haviam tentado entre uma e quatro vezes o concurso de ingresso.

^{cliii} Os respondentes tinham sete opções: menor relação candidato/vaga, prestígio econômico, prestígio social, mais adequada às suas aptidões, influência da família e/ou amigos, influência de professores, outros motivos. No nosso questionário, não havia a penúltima alternativa. No entanto, havia mais duas: realização profissional e por ser uma profissão liberal.

^{cliv} Esta é a terceira pergunta do questionário aplicado aos concluintes. Ela listava oito fatores e cada um deles três opções: “Muito importante”, “Importante” e “Nada importante”. Atribuímos um peso para cada uma das três opções de acordo com as indicações assinaladas pelos respondentes.

^{clv} Da mesma forma que na pergunta número três, os respondentes tinham nove aspectos elencados e, ao lado de cada um deles, as opções: “Muito importante”, “Importante” e “Nada importante”. Também, atribuímos um peso para cada uma das três opções de acordo com as indicações assinaladas pelos respondentes.

^{clvi} Perguntávamos, também, o grau de parentesco.

^{clvii} Um dos nossos entrevistados diz que, como trabalha na pós-graduação, percebe que “há muitos filhos de professores fazendo pós-graduação. O que é uma coisa muito tradicional na medicina e na odontologia, [o filho] ganha a carreira dos pais” (professor-pesquisador M).

^{clviii} A pergunta 21: “Como seus estudos foram financiados (moradia, alimentação, livros, instrumental e outros)”.

^{clix} Frase inspirada na dissertação de mestrado de Queiroz (1998).

^{clx} Uma das mais recentes publicações é a de Welch, Jack; Welch Suzy. *Paixão por Vencer: A bíblia do sucesso*. Editora Campus. 2005. Apenas pelo título já é possível dimensionar o teor das 8 regras ditas pelos autores para a obtenção do sucesso; salientam que a crença no trabalho árduo e incansável como mote para atingir objetivos e metas profissionais é uma herança do otimismo iluminista.

^{clxi} Nas DCN do Curso de Graduação em Odontologia, um dos itens de formação, o V coloca “Administração e gerenciamento (...) de forma a estarem aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde” (Brasil, 2001). Não que não seja importante, mas não depende só do voluntarismo, da vontade de empreender.

^{clxii} Entre os embates da noção de campo, explicitada no início deste, destaca-se aí a polarização, por exemplo, entre dois discursos. Assim, temos, de um lado o discurso oficial (que é uma característica dos profissionais de saúde) e, de outro, o popular (profano, marginal, paralelo) que é o da população, principalmente das classes populares, que detêm baixo capital cultural. Em outras palavras podemos dizer que as ações curativas, preventivas e educativas direcionadas à saúde bucal ou mesmo geral devem considerar valores, crenças, enfim o discurso da população. No entanto, constata-se que o discurso dos profissionais de saúde apresenta três problemas: é abstrato, autoritário e apressado, conforme já assinalado anteriormente. Para maior aprofundamento sobre este enfoque, ver Boltanski (1984) e, ainda, Verdès-Leroux (1978).

^{clxiii} Aqui é importante lembrar o *boom*, no estado (*locus* da pesquisa), de criação de cursos de Odontologia em universidades públicas de direito privado/comunitárias: em três anos (de 1998 a 2000), cinco novos cursos lançaram vestibular. Até então, havia um só curso (criado em 1989), em uma universidade com aquela figura jurídico-administrativa.

^{clxiv} Dados da Comissão responsável pelo concurso vestibular informam que, dos 90 classificados da turma que iniciou o curso em 2001, 75 deles (84%) residem no estado *locus* da pesquisa, 13 (14%) nos dois outros estados do sul e 2 (2%) são paulistas.

^{clxv} Segundo informações junto ao Conselho Regional de Odontologia, para o exercício profissional é obrigatória a inscrição neste Conselho. Cabe ao recém-formado, pessoalmente, ou outra pessoa com procuração registrada em cartório, solicitar a inscrição. Os documentos solicitados são o diploma original e uma fotocópia (caso o diploma não tenha sido expedido poderá ter um registro provisório e exercer a profissão por um período de seis meses); fotocópia do RG, CPF, título de eleitor, comprovante de exercício militar, certidão de nascimento ou de casamento, declaração de tipologia sanguínea, quatro fotos e o pagamento de taxas (R\$ 13,90, para a cédula e R\$ 27,80 para carteira), e anuidade proporcional à data da solicitação (de R\$ 289,18). Por outro lado, associar-se à Associação Brasileira de Odontologia é opcional; deverá pagar R\$ 82,00, a cada quatro trimestres (apresentar cópia dos documentos de identidade e original e fotocópia do diploma). No entanto, se o recém-formado não se associar em menos de três meses, após a colação de grau, deverá pagar uma multa correspondente ao salário mínimo vigente no país. Informações obtidas junto às entidades, por telefone, em 23/05/2005.

^{clxvi} Sobre a interiorização dos dentistas, vale informar que o *site* do CFO está fazendo uma enquete *on line*, na qual pergunta: “Você concorda que a interiorização de cirurgiões-dentistas poderá reduzir a concentração de cirurgiões-dentistas nas grandes cidades?”. Até o dia do acesso, 1486 dentistas haviam se manifestado: 88,29% disseram sim e 11,71% não (<<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em 04 jun. 2005).

^{clxvii} Chefe do Departamento, ao qual o curso está vinculado, expressou-se desta forma para explicar as dificuldades do mercado de trabalho da Odontologia para aqueles que colam grau atualmente.

^{clxviii} Pesquisas têm mostrado que o usuário dos serviços públicos de saúde é tido como “menos colaborador e menos suscetível a mudanças de comportamento, com menores chances de modificar favoravelmente a saúde bucal” (Unfer e Saliba, 2001:48). Por outro lado, constata-se que os pacientes das classes com maior capital cultural e econômico são vistos, também com restrições, pois possuem um nível de informação e conhecimentos que passa a exigir maior empenho do profissional em executar trabalho.

^{clxix} Uma outra especialidade, a Odontologia do Trabalho, aprovada pelo CFO em 2001), já com 97 especialistas concursados, segundo Jornal do CFO, se apresenta como um “mercado extremamente promissor”. Está em tramitação junto ao Ministério do Trabalho o processo de aprovação da lei (projeto de lei 3.520/04) que regulamentará a atuação do dentista. Assim, as empresas serão obrigadas “a contratar um odontologista ocupacional segundo o ambiente de trabalho e o número de funcionários”(www.cfo.org.br). Segundo um dos nossos entrevistados, esta especialidade “tem uma intenção corporativa. Pois como existem os programas de medicina ocupacional...”(professor-pesquisador M).

^{clxx} A esse respeito, Zanetti (2001) observa que esta onda de colocação de aparelho ortodôntico foi uma tendência iniciada na década de 80, incentivada pela atuação docente dos cursos de graduação em Odontologia.

^{clxxi} No primeiro semestre de 2005, o valor de uma mensalidade de um curso de especialização ou de aperfeiçoamento da Escola de Aperfeiçoamento Profissional/EAP, da ABO-Estadual, sediada na capital do estado é: de especialização em Dentística: 10 x R\$500,00 e em Endodontia: 24 x RS 1.200,00. Já nos de aperfeiçoamento citamos Cirurgia Bucal, Laser na Odontologia, Periodontia, Implantodontia, Próteses sobre Implante, Prótese e Oclusão. Os valores variam entre 450,00 a 630,00 a mensalidade; no entanto, em alguns há a definição do número de mensalidades (10, 12), em outros não há a informação. Os valores Da ABCDsc para cursos de Atualização em Endodontia, por exemplo, são de R\$ 450,00 por módulo, o de Aplicação de Laser Terapêutico com clareamento indica, como modalidade de pagamento, “ 5 cheques de R\$ 300,00” (ABCDsc, 2005).

^{clxxii} Em 2004 havia 19 especialidades (Freitas, 2004).

^{clxxiii} Bouffartigue (1994) analisou a socialização profissional de jovens engenheiros e técnicos franceses e traz algumas reflexões semelhantes sobre a inserção profissional vivenciada a partir de um modelo ideal de carreira pretendida.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final, nos perguntamos: o que aprendemos, depois de identificar as expectativas dos concluintes em relação à sua futura prática profissional? Que sabemos a respeito do papel da transição: saída da universidade e quase-entrada no mundo profissional? Qual o aporte de conhecimento pudemos trazer?

O questionário produziu dados numéricos “explicativos” e informações “elucidativas”; possibilitou acessar às características desta população específica de concluintes do curso de graduação em Odontologia de uma universidade federal do sul do país. E, a partir daí, permitiu estabelecer uma ligação de causalidade provável entre as características descritivas e os comportamentos, revelando os determinantes sociais, as práticas e aspirações dos respondentes.

Chegamos ao final entendendo um pouco mais a dinâmica do processo de profissionalização dos graduandos em Odontologia e os recursos e estratégias que pretendem mobilizar para a realização do seu projeto profissional. As análises apontam que os concluintes constroem o mundo profissional da Odontologia a partir do ponto de vista individual, centrando-se na performance pessoal. As representações sociais da profissão e do profissional podem ser avaliadas como uma forma de recusa à desclassificação causada pela inflação de diplomas. Assim, a hipótese segundo a qual o projeto profissional visto como idealmente liberal fará com que se deparem com uma realidade diferente da esperada, que será incapaz de satisfazer suas expectativas, e, provavelmente causará frustração, tem aí uma confirmação.

Nossa intenção, esboçada no início, foi entender e tentar apreender o que pensam os concluintes sobre a profissão, o mercado de trabalho e saber a sua origem

social. A tentativa foi de estabelecer uma relação entre cruzamentos de respostas e ligações entre questões aparentemente não muito visíveis. Desta forma, o questionário privilegiou algumas perguntas que deram condições de estruturar indicadores que permitiram entrar na visão de mundo profissional dos odontólogos. Pode-se dizer que a posição social dos graduandos parece condicionar as suas aspirações e esperanças, partilhadas pela grande maioria, definindo um futuro semelhante que é nada mais do que as oportunidades objetivas que foram apreendidas e progressivamente interiorizadas.

Nas entrevistas procuramos entender o ponto de vista sobre o processo de formação profissional, identificar os campos de prática e saber o que os representantes da categoria têm a nos dizer a respeito da atual situação da profissão: mercado de trabalho, transformações recentes e outras nem tanto, perspectivas profissionais, perfil dos concluintes dos cursos de graduação em Odontologia e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos. Enfim, acessar ao quadro de referências e de significados dos entrevistados. Conforme já nos referimos no início desta tese, nos discursos com características de “enunciados assertivos” pudemos conhecer o estado das coisas, a concepção entendida como verdadeira e os de “enunciados informativos” nos apresentaram crenças e desejos dos entrevistados.

Nas entrevistas com os cirurgiões-dentistas identificamos sinais de crise na Odontologia, representados por discursos que oscilam entre duas expressões: pletora e penúria. Dois temas são recorrentes: o excessivo número de cursos de graduação em Odontologia no país e a quantidade de novos cirurgiões-dentistas que anualmente colam grau. Os discursos são heterogêneos e podem ser categorizados como otimistas, pessimistas e realistas, resgatando um passado glorioso da Odontologia, um presente desencantado e um futuro para além de incerto.

Também, as falas revelam um deslocamento dos discursos em direção à valorização do setor público, colocam a Odontologia como “profissão de saúde”, o uso do conceito de saúde mais abrangente: “saúde passa pela boca”, e, também identifica-se nas falas um discurso altruísta, veiculado pela retórica profissional, numa tentativa de “aproximação da profissão com a sociedade”.

Conforme já tivemos oportunidade de assinalar anteriormente, tal como experimentado pelos entrevistados e pelas leituras realizadas, percebe-se que a desvalorização do estatuto profissional faz com que os cirurgiões-dentistas tentem

construir novas formas de legitimação profissional se apoiando sobre outras concepções da atividade odontológica. As tendências recentes, emanadas do Ministério da Educação, através da promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN para os cursos de graduação em saúde, e do Ministério da Saúde com as diretrizes constitucionais do SUS, que originaram normatizações e proposições de estratégias, ações e programas, diante da inadequação relativa da formação profissional dos dentistas, favorecem uma perspectiva doutrinal inspirada por uma lógica de conversão profissional que é contrária ao atual estatuto profissional.

Muito já se falou sobre a inadequação da formação dos profissionais em saúde, em todos os níveis, em relação às necessidades do SUS. No momento em que o aprimoramento do SUS e o processo de formação das profissões de saúde transformam-se em uma arena de importantes transformações, nos propusemos a refletir um pouco sobre a socialização dos cirurgiões-dentistas. A formação e a prática odontológica estão em complexa transição e é inegável que haja uma certa “perplexidade acadêmica” e “crise profissional”.

Conforme assinalamos a criação do SUS, salvaguardada pela Constituição Federal de 1988, e sua regulamentação bem como a promulgação da LDB em 1996 provocam mudanças no cenário de ensino e de prática profissional em saúde. Estas se configuram numa arena na qual a Odontologia encontra-se confrontada a mudanças, que estão afetando a sua identidade e alterando tanto as práticas como a regulação profissional, provocando reações na corporação odontológica.

Constatamos a existência de um sistema de saúde normatizado e implantado, diretrizes curriculares para a formação profissional promulgadas que, em tese, estão em consonância. No entanto, também evidenciamos que o que costumamos escrever apresenta um nível de idealização muitas vezes difícil de ser alcançado. Em que pese os esforços normativos e mobilizadores nos deparamos com graduandos que não apresentam o perfil adequado.

Mas, em parágrafos anteriores, listamos ações concretas de reorientações das profissões de saúde, em função das necessidades da sociedade, consubstanciadas nas políticas de Estado, normatizadas pela educação e pela saúde, que mostram um panorama nacional contemporâneo mais animador. Neste contexto, aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras tentam apresentar mudanças apesar do legado de mais de um século no qual o ensino e a prática odontológica inspiraram-se no

modelo biomédico, cuja mentalidade hegemônica deposita maior prestígio e valorização social no ato técnico, em detrimento do ato intelectual.

Nesta direção nos reportamos ao objetivo do curso de graduação em Odontologia, cujos alunos estão sendo formados, que preconiza “formar cidadãos promotores de saúde capazes de exercer a Odontologia dentro de padrões éticos, científicos que atendam às necessidades e anseios da população”, salientando a grande distância que separa a intenção (o objetivo) do efeito (a formação). Vimos que a estrutura curricular do curso teve algumas adequações, mas ainda não incorporou as mudanças preconizadas nas DCNs e, a partir dos dados e informações disponibilizadas, pode ser caracterizado como “um curso voltado para si mesmo”. Para os concluintes do curso, faz-se necessário uma revisão curricular que suprima disciplinas, que dê maior carga horária para aulas práticas, atividades clínicas e estenda o tempo de duração do curso.

O quadro docente do curso com o “melhor time de dentistas do país”, cujo ensino é fundamentado na técnica com incorporação de tecnologia e de novos materiais. Ou seja, os concluintes, respondentes ao questionário, parecem estar mais perto de um perfil criticado por Torres, de “meros técnicos, excelentes preparadores de cavidades dentárias, bons restauradores, ótimos construtores de próteses odontológicas, rápidos aplicadores de flúor, mestres em exodontias” (TORRES, 1992: 47), do que do profissional idealizado nas novas orientações emanadas dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Não podemos desconhecer que as instituições formadoras e as representantes das categorias profissionais se esforçam para proteger valores, reforçar representações sociais, sinais, símbolos, rituais de seleção e passagem para a manutenção do *habitus* da profissão. Porém, para além do pessimismo, do ceticismo ou do realismo, como querem alguns, também não podemos desconsiderar que há mudanças em curso que têm mostrado a possibilidade real de que as DCN não sejam “peças de ficção”, “letras mortas” ou “maquiagem”. Até porque, como lembra Moysés (2004: 35), a universidade não faz “*recall* dos seus produtos” e, a permanecerem as práticas acadêmicas de formação, os concluintes continuarão sendo muito mais uma parte do problema do que da solução.

Mas, quem são os odontolandos pesquisados? Nos deparamos com 38 homens e mulheres majoritariamente belos, com corpos bem torneados, esbeltos, bronzeados e

bem cuidados. Percebemos que suas práticas corporais denunciam sua origem social e a sua cultura somática de cuidados relativos à beleza e à estética, que é extensiva à percepção da imagem da Odontologia e se reflete na opção de especialização. Dos 38 respondentes, dez apontaram a Ortodontia; oito, a Prótese Dentária; quatro, a Dentística; três indicações para Cirurgia, mais três para Implantodontia, para citar as especialidades mais indicadas. Nenhum indicou que permaneceria clínico geral. Se considerarmos a desqualificação do dentista clínico geral, vamos entender que as respostas dadas foram escolhas diferentes desta. Constata-se aí uma representação negativa do clínico geral, não prestigiado pelo corpo profissional, isto porque, “os mais legítimos” são aqueles que obedecem ao paradigma científico.

Mais da metade dos 19 homens e das 19 mulheres pesquisados é proveniente de famílias onde os pais freqüentaram a universidade, que atuam como empresários, no comércio, como profissionais de saúde, na área da engenharia, funcionários públicos, aposentados. Enfim, os concluintes, majoritariamente, são oriundos das classes sociais com bom volume de capital econômico.

A escolha da Odontologia foi feita pelo fato de ser mais adequada às aptidões e interesses, por ser uma profissão liberal, apresentar perspectivas de boa situação financeira ou de realização profissional, para citar os fatores mais indicados por eles. No entanto, ressaltamos que gosto, aptidão, interesse, propensão são partes dos princípios de estilo de vida que distinguem os membros de um determinado grupo ou classe social e expressam uma lógica específica e uma determinada visão de mundo (BOURDIEU e SAINT MARTIN, 1976).

Sobre os fatores para conseguir-se uma situação profissional desejada, os três mais indicados foram o reconhecimento da profissão, a obtenção de título de especialista e as relações que se tem. Ao serem perguntados sobre a importância de alguns aspectos na atividade profissional, os quatro mais citados foram: chances de continuar se qualificando, possibilidade de aplicar as qualificações obtidas no curso, ser útil à sociedade e o salário.

A metade dos concluintes tem dentista na família: oito deles têm pai, mãe ou irmã e dez têm tios ou primos. Aí o termo “vocação” parece apresentar uma característica fundamentalmente social, portanto objetiva e nada ligado ao aspecto subjetivo, que tanto é citado como justificativa para as escolhas da profissão. Também, a “linhagem odontológica” não deve ser minimizada em tal contexto. A família

aconselha poucos a optar pela Odontologia, mas financia os estudos e deverá ajudar quase todo na instalação profissional.

Sobre as perspectivas profissionais da Odontologia em relação ao que os concluintes imaginavam ao ingressar na universidade, há quatro anos, fizemos uma tipologia e dividimos os 38 concluintes em quatro grupos. Os que pensaram que iriam enriquecer, mas a realidade se mostrou cruel; aqueles que optaram pela profissão sem ter claro do que se tratava; os que não perceberam nada de novo no *front* profissional e os otimistas que acham que hoje as perspectivas estão melhores que naquela época.

A metade deles pensa que o sonho do sucesso profissional pode ser alcançado se houver empenho pessoal. Para eles, sempre haverá lugar no mercado de trabalho para quem detém atributos como: competência, esforço, criatividade, talento, vontade, dedicação, determinação e coragem. Partem de um modelo de prática profissional ideal no qual não lhes resta outra saída a não ser vencer; ou nas palavras de Bouffartigue (1994), sentem-se “condenados a vencer”; sentimento já assinalado por Dubar (2000), que nos remete à forma individualista de ser e viver, diante de um mercado de trabalho altamente competitivo, a qual leva à “maximização de si”.

Muitos outros aspectos certamente poderiam ter sido abordados. Aqueles que destacamos sugerem, no entanto, maiores reflexões por parte dos pesquisadores que têm compromisso com o processo de “formação” de profissionais de saúde e os rumos do sistema de saúde que atende à sociedade deste país. Entendemos que fizemos apenas algumas reflexões iniciais, mais uma contribuição sobre a formação dos cirurgiões-dentistas, restando, entretanto, o compromisso de desenvolver mais estudos, aprofundando estas e outras questões que envolvem o ensino da Odontologia e a profissão.

Seria muito imprudente generalizar as análises e observações levantadas neste trabalho, num contexto tão limitado (pelo tamanho da amostra e pelo fato de restringir-se a uma universidade). Nada nos autoriza a afirmar, sem alguma prudência, que as tendências identificadas em relação às expectativas dos concluintes do curso de graduação em Odontologia em relação à profissão, por exemplo, para citar um dos pontos deste trabalho, podem ser encontradas exatamente com outros concluintes de outras universidades.

Todavia, com todo o cuidado imposto pelos limites expostos, e nos apoiando em trabalhos citados ao longo das análises contidas nos capítulos anteriores, podemos avançar um pouco na hipótese de que as expectativas e práticas observadas neste trabalho são significativas e mostram um determinado perfil tendencial, que foi delineado a partir das representações sociais dos concluintes sobre a sua profissão e suas expectativas profissionais imediatas ou dentro de uma dezena de anos.

Encontramos pontos de afinidade em algumas análises feitas por Arliaud (1987), que se reportava ao caso dos médicos franceses, nas quais dizia que a legitimidade social da profissão instituída tanto nas coisas (as normas e regras de acesso à profissão, formação profissional, instrumentos e técnicas próprias, por exemplo), como nos “espíritos” (valores, representações, expectativas, crenças), é hoje um fato. Dizendo de outro modo, tudo se passa como se os concluintes, ao criarem uma representação social da profissão, a partir de suas concepções e interesses, estivessem a todo custo querendo salvaguardá-la, numa conjuntura altamente cambiante.

Seria o caso de promover outra pesquisa? Talvez sim, se nos reportarmos à argumentação de Bouffartigue (1994), na qual sustenta que dois a três anos após a entrada no mundo profissional ultrapassamos a etapa decisiva que nos dá acesso ao estatuto de adulto, momento crítico de socialização e de transformação das identidades. Por isso o interesse em fazer uma espécie de *zoom* em 2007, com estes mesmos respondentes, talvez. É bom lembrar que provavelmente os concluintes enfrentarão fenômenos de formas diferentes: a distância entre suas ambições e suas carreiras profissionais possíveis, as redefinições das práticas (recomposição profissional) do cirurgião-dentista e, também, o lugar ocupado pelos valores e aspirações profissionais centrais, como nota o autor citado, são componentes que configuram a necessidade de montar estratégias de revisão do projeto aspirado.

Ao finalizar, nos permitimos fazer uma analogia à socialização dos odontolandos, e registrar que, durante o doutorado, *doucement* fomos adquirindo algumas competências metodológicas, uma certa formação teórica, o necessário redimensionamento da pesquisa e nos confrontamos insistentemente com a problemática proposta. Desta forma, a cada instante - em resposta às condições com que nos deparamos na vida de estudante de doutorado - fomos nos qualificando e nos tornando pouco a pouco pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ABCDbrasil – **Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas** - Brasil. Benefícios oferecidos. Disponível em <http://www.abcdbrasil.org.br/interno/index_abcd.html>. Acesso em: 04 jun. 2005.

ABCDbrasil – **Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas**. Palavras do Presidente. Disponível em <<http://www.abcdbrasil.org.br>>. Acesso em: 03 fev. 2005.

ABCDsc – **Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas**. Programa de cursos ABCDsc. Disponível em <<http://www.abcdsc.com.br/pgs/cursos.htm>>. Acesso em: 08 jun. 2005.

ABEM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO MÉDICO-Boletim. Educação Médica no Brasil no século XX, v. XXVIII, n. 2, , p. 08-11, abr/jun 2000.

ABENO – **Associação Brasileira de Ensino Odontológico**. Conferência Nacional sobre Saúde Bucal/CNSB. Disponível em <<http://www.abeno.org.br>>. Acesso em: 17 jun. 2005.

ABENO – **Associação Brasileira de Ensino Odontológico**. Esclarecimentos sobre cursos de pós-graduação. Disponível em <<http://www.abeno.org.br>>. Acesso em: 17 jun. 2005.

ABENO – **Associação Brasileira de Ensino Odontológico**. Pesquisa sobre perfil do CD. Disponível em <<http://www.abeno.org.br>>. Acesso em: 1 mar. 2004.

ABENO – **Associação Brasileira de Ensino Odontológico**. Protesto contra o ato médico. Disponível em <<http://www.abeno.org.br>>. Acesso em: 11 mar. 2005.

ABO. **Associação Brasileira de Odontologia**. História da ABO Nacional. O início de tudo. Disponível em <<http://www.abonacional.com/internas/missao/missao.asp>>. Acesso em: 01/06/2004.

ABOestadual – **Associação Brasileira de Odontologia** - seção estadual. Ano 11. n.º 53, jan./mar., 2005. (Jornal).

ABOnacional – **Associação Brasileira de Odontologia** – Nacional. SB-Brasil. Disponível em <<http://www.abonacional.com/internas/index/index.asp.noticias>>. Acesso em: 01 jun. 2004).

ACAFE – **Associação Catarinense de Fundações Educacionais**. Assuntos Educacionais. Estatística ACAFE. Números totais do Sistema. Disponível em <<http://www.acao.org.br/newpage/index.php?endereço=boletim/relatório=agregado.php>>. Acesso em 30 jun.2005.

ACAFE – **Associação Catarinense de Fundações Educacionais**. Perfil ACAFE 30 anos. ACAFE: Florianópolis: ACAFE, 2004.

AÏACH, Pierre. FASSIN, Didier. **Les Métiers de la Santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité**. Paris: Anthropos-Economica, 1994.

AÏACH, Pierre; FASSIN, Didier; SALIBA, Jacques. Crise, pouvoir et légitimité. *In*: AÏACH, Pierre. FASSIN, Didier. **Les Métiers de la Santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité**. Paris : Anthropos-Economica, p. 09-42, 1994.

ALMEIDA, Marcio José de (Org.) **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003.

ALVES, Rubens. **Diploma não é Solução**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u834.shtml>>. Acesso em: 26 mai. 2004.

ANEP – **Associação Nacional de Empresas de Pesquisa**. Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: <http://www.anep.org.br/codigosguras/ABEP_CCEB.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2005.

ARBORIO, A. M.; FOURNIER, P. **L'enquête et ses méthodes: l'observation directe**. Paris: Nathan, 1999.

ARLIAUD, Michel. **Les Médecins**. Paris: La Decouverte, 1987.

BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira. A Sociologia das Profissões: em torno da legitimidade de um objeto. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, n. 36, p. 3-30, 1993.

BASZANGER, Isabelle. Socialisation professionnelle et controle social. Les cas des étudiants en médecine futures generalistes. **Revue Française de Sociologie**. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, n. XXII, p. 223-245, 1981.

BASZANGER, Isabelle; BUNGNER, Martine. Heures, moi non plus. Vingt ans d'enquêtes: regard sur les médecins generalistes. **Journal Le Generaliste**, p. 07-12, 20 octobre 1995.

BLANCHET, Alain e GOTMAN, Anne. **L'Enquête et ses méthodes: l'entretien**, Paris: Nathan Université, 2001.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BONELLI, Maria da Glória. As Ciências Sociais no Sistema Profissional Brasileiro. **BIB**. Rio de Janeiro, n. 36, 2.º sem., p. 31-61, 1993 a.

BONELLI, Maria da Glória. **Identidade Profissional e Mercado de Trabalho dos Cientistas Sociais: as Ciências Sociais no sistema das profissões**. Tese (Doutorado). Departamento de Ciências Sociais - IFCH/UNICAMP, 1993b.

- BOTAZZO, Carlos. **Da Arte Dentária**. São Paulo: Editora Hucitec/ Fapesp, 2000.
- BOUFARTIGUE, Paul. **De l'école au monde du travail. La socialisation professionnelle des jeunes ingenieurs et techniciens**. Paris : L'Harmattan, 1994.
- BOURDIEU, Pierre. **Esquisse d'une Theorie de la Pratique**. Genève: Droz, 1972.
- BOURDIEU, Pierre. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. **O Poder Simbólico**. São Paulo: editora Bertrand do Brasil, p.59-73, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. Célibat et condition paysanne. **Études Rurales**. Paris, n.5-6, p.32-135, avril/septembre, 1962.
- BOURDIEU, Pierre. Classement, déclassement, reclassement. **Actes de La Recherche en Sciences Sociales**. Paris, n.24, p. 3-22, nov. 1978.
- BOURDIEU, Pierre. Espaço social e gênese das classes sociais. **O Poder Simbólico**. São Paulo: editora Bertrand do Brasil, p.133-161, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. Une classe objet. **Actes de La Recherche en Sciences Sociales**. Paris: Minuit, n.17-18, p. 2-5, 1977a.
- BOURDIEU, Pierre; SAINT MARTIN, Monique. Gôuts de classe et styles de vie. (Excerto do artigo "Anatomie du goût".) **Actes de la recherche em Sciences Sociales**, n. 5, p. 18-43, out. 1976. Traduzido por Paula Montero. ORTIZ, Renato (Org.). Pierre Bourdieu. Sociologia. Gostos de classe e estilos de vida. São Paulo: Ática.1983, p.82-121.
- BRASIL. **Ministério da Educação**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002, p.1-4. Instituto Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.
- BRASIL. **Ministério da Educação**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Censo da Educação Superior 2003. Resumo Técnico. Brasília – DF, 2004.
- BRASIL. **Ministério da Educação**. Secretaria de Ensino Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Parecer CNE/CES 1300/2001, publicado no Diário Oficial da União de 07/12/2001, seção 1, p.25. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?options=content&task=&=view&430&etamid=420>>. Acesso em: 04 jul. 2005.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Aprender-SUS. O SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília –DF. 2004a.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Legislação. Lei n.º 8080. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2005.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política de Educação e Desenvolvimento par o SUS. Caminhos para Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente e Saúde. Brasília – DF, 2004c.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança na graduação em saúde: Aprender-SUS. DEGES. Brasília-DF, s. d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pol_formacao_desenvolv.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Projeto do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde. Brasília –DF, 2004b. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/proposta_ativadores.pdf>.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **VER-SUS**. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/versus/historia/piloto.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2005a.

BROCLAIN, Dominique. La médecine générale em crise? AÏACH, Pierre. FASSIN, Didier. **Les Métiers de la Santé**. Paris: Anthropos-Economica, p. 121-160, 1994.

CAPISTRANO – FILHO, David. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 8, 2000.

CARVALHO, Cristina Leite. **Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia Brasileira**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, Daniel Rey de; PERRI de Carvalho, Antônio César; SAMPAIO, Helena. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da Odontologia. **Revista da APCD**, v. 51, n. 4, p.345-349, jul./ago. 1997.

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Jornal do CFO ano 12. n.º 63, nov./dez., 2004. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 22 mar. 2005.

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Brasil Sorridente. Enfim atendimento especial para todos. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/n61e62/brasil_sorridente.htm>. Acesso em: 03 fev. 2005.

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Deputado pede urgência na votação do novo piso. Projeto de lei 4556/94. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/default01.cfm>>. Acesso em: 04 jun. 2005.

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 17 mai. 2004.

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Enquête. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/default01.cfm>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Estatística do CFO. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 01 jun. 2004.

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Previsões 2005. Expectativas 2005. Disponível em: <<file:///c:/windows/temp.8UYMHOB6.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2005. (Jornal CFO *on line*, ano 12, n.º 63, nov./dez., 2004).

CFO – **Conselho Federal de Odontologia**. Resolução analgesia 051/2004. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 17 mai. 2004.

CFO. **Conselho Federal de Odontologia**. Estatística do CFO. Distribuição dos profissionais e entidades pelos municípios do CRO com o ano de inscrição. Disponível em <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 17/05/2004.

CFO. **Conselho Federal de Odontologia**. Pesquisa revela novo perfil do CD. Disponível em <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 01/06/2004.

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

CORDÓN, Jorge. A Saúde Bucal e o Mercado de Trabalho Odontológico. **Revista Saúde em Debate**, n. 18, p.52-64, 1985.

CORNACK, Élson Fontes; SILVA FILHO, Cleber Ferreira da. A pesquisa científica odontológica no Brasil. **Revista da APCD**, v.. 54, n.3, p. 242-247, maio/jun. 2000.

CRESSON, Geneviève; SCHWEYR, François-Xavier (sous la direction de). Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. **Colletion Recherche, Santé Social**. Rennes: Editions Ecole National de Santé Publique, 2000.

DAL POZ, Mario Roberto, VARELLA, Tereza Christina. Estudo de Condições de Formação e Exercício Profissional em Saúde do Brasil. **Recursos Humanos em Saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 75-106, 1995.

DAUSTER, Tânia. Uma infância de curta duração: trabalho e escola. **Cadernos de Pesquisa**. Fundação Carlos Chagas, n.82, p. 32, ago. 1982.

DORTIER, Jean-François. Les idées pures n'existent pas. **Sciences Humaines**. Numéro spécial -Pierre Bourdieu, p.3-8, 2002.

DUBAR, Claude. **La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles**. Paris: Armand Colin, 2002.

DUBAR, Claude. **La Crise des Identités**. Paris: PUF, 2000.

DUBAR, Claude. La sociologie des professions face à la médecine. Commentaire. **Sciences Sociales et Santé**, v. 17, n 1, p.35-39, mar. 1999.

DUBAR, Claude. La sociologie du travail face à la compétence. **Sociologie du Travail**, n. 2, p. 179-193, 1996.

DUBAR, Claude. Sociologie des groupes professionnels em France: um belan propectil. In: MENGER, Pierre-Michel (Sous la direction de). **Les Professions et leurs Sociologies**. Paris: Editions de la Maison de Science de L'Homme, p. 51-60, 2003.

DURAND, José Carlos G. A serviço da coletividade: crítica à sociologia das profissões. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: FGV. 15(6): 59-69. Nov./ Dez., 1975.

DURKKEIM, Émile. Representações individuais e representações coletivas. **Sociologia e Filosofia**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Editora Forense, 1970, p. 13-42

ELI, Ilana ; SHUVAL, Judith.T. Professional socialization in dentistry : a longitudinal study of attitude changes among dental students toward the dental profession. **Social Science & Medecine**, n.16, p.951-955, 1982.

FERNANDES NETO, Alfredo Júlio. A Evolução dos Cursos de Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, v.2, n.1, p.55-56, 2002.

FEUERWERKER, Laura C. CARVALHO Júnior, Nivaldo; MARSIGLIA, Regina. Oficina Nacional de Trabalho. **O ensino de saúde coletiva na graduação médica**. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 11 e 12 de dezembro de 2002. (mimeo).

FEUERWERKER, Laura C. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios e perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.24-27, jan./dez. 2003.

FORESTI, Miriam Celí Pimentel Porto. Ação docente e desenvolvimento curricular: aproximações ao tema. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.13-16, jan./dez. 2001.

FRANCE. **Ministère de la Santé**. Recherche. Études. Statistique. Série statistique n° 78. Disponível em: <<http://www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriest78pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2005.

FRANCE. **Ministère de la Santé**. Recherche. Études. Statistique. Série statistique n° 52. Disponível em: <<http://www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriest52pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2004.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do Profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: EDUSP, 1998.

FREITAS, Claudia H. S. de Moraes. **Dilemas do Exercício Profissional no Trabalho Liberal da Odontologia: a autonomia em questão**. Tese (Doutorado). Programa de Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **História Social da Cárie Dentária**. Bauru/ São Paulo: EDUSC, 2001.

FSP. FOLHA DE SÃO PAULO. Educação. Membro do CNE quer dificultar abertura de cursos superiores. Disponível em: <<http://www.1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u15629.shtml>>. Acesso em: 16 jun. 2004.

GARRAFA, Volney; MOYSÉS, Samuel Jorge. Odontología brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutible, socialmente caótica. **Divulgação**. n.13, p. 06-17, julho/1996.

HABOAN, Bui; LEVY, Danielle. Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale. **Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales**, année 40, n.3-4, p.255-345, jui./déc. 2000.

HALL, Oswald. Les étapes d'une carrière médicale. In: Herzlich, Claudine. **Médecine, maladie et société**. Paris: Mouton, p.209-223, 1970.

- HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- HERZLICH, Claudine; BUNGENER, Martine; Paicheler, Geneviève; ROUSSIN, Philippe; ZUBER, Marie-Chirstine. **Cinquante ans de Exercice de la Medicine en France 1930 – 1980**. Paris: Inserm – Doin, 1993.
- HERZLICH, Claudine. **Santé et Maladie. Analyse d'une representation sociale**. Paris: Mouton, 1969.
- HERZLICH, Claudine. **Mémoire et itinéraires professionnels: les cas des médecins français. De Russie et d'ailleurs**. Mélanges Marc Ferro. Paris, p.543-550, 1995b.
- HERZLICH, Claudine. Prototype de analyse sociologique d'une profession: le cas des médecins. Entretien de Claudine HERZLICH avec Régine Sirota. **Recherche et Formation**, n.20, p.99-105, 1995a.
- HERZLICH, Claudine. **Réussir da thèse en sciences sociales**. Paris: Nathan, 2002.
- INEP. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira**. Disponível em <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp>. Acesso em: 08 jun. 2005.
- INEP. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira**. Resultado do Censo do Ensino Superior. Disponível em <<http://www.resultadosenc.inep.gov.br/institucao.action?inst=585>>. Acesso em 17/03/2005.
- KARPIK, Lucien. Les professions et la sociologie historique. *In*: MENGER, Pierre-Michel (Sous la direction de). **Les Professions et leurs Sociologies**. Paris: Editions de la Maison de Science de L'Homme, p.61-71, 2003.
- KERVASDOUÉ. Jean de (sous la direction de). **La crise des professions de santé**. Paris: Dunod/ La Mutualité Française, 2003.
- KUTY, Olgierd. **La negociation des valeurs**. Paris/Bruxelles: De Boeck Université, 1999.
- KUTY, Olgierd. La problématique de la création des valeurs dans la sociologie des professions. Le cas des professionnels de première ligne. **Sciences Sociales et Santé**, vol. IX, n.2, p.05- 30, juin. 1991.
- LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/ENSP. Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2002.
- LEMOS. Cristiane Lopes Simão. A implantação das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em Odontologia no Basil: algumas reflexões. **Revista da ABENO**, v.5, n.1, p.80-85, jan./jun. 2005.
- LOMBARDO, Ivani. Reflexões sobre o Planejamento do Ensino de Odontologia. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p. 17-24, jan./ dez. 2001.
- LOYOLA, Maria Andréa *et al.* **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

LUCAS, Simone Dutra. **Formação Profissional de Cirurgiões Dentistas de Dois Cursos Superiores com Orientações Distintas**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 1995.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.133–146, jul./ago., 2000.

MACHADO, Maria Helena; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Os médicos e o mercado de trabalho. CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec, p.99-109, 2000.

MARSIGLIA, Regina M.G. Perspectivas para o ensino das Ciências Sociais na Graduação odontológica. BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sergio F. T. (Orgs.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal**. São Paulo: Editora da UNESP, p.175-196, 1998.

MARTINS, Maria Inês C., DAL POZ, Mario R. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. IMS/ UERJ. Rio de Janeiro: Lidador, v.8, n.2, p.125-146, 1998.

MARTINS, Rubens de Oliveira. **Cursos Sequenciais –entendendo a formação superior de curta duração**. Bauru: EDUSC, 2004.

MATOS, Izabella Barison; ARAÚJO, Lenita Aver. Práticas acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. **Revista da ABENO**, n.3, v.1, p.76-81, 2003.

MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDUSP/EPU, v.II, p. 211-233, 1974.

MAYER, Nonna. L'entretien selon Pierre Bourdieu. **Revue Française de Sociologie**, v.XXXVI, p.355-370, 1995.

MENGER, Pierre-Michel (Sous la direction de). **Les Professions et leurs Sociologies**. Paris: Editions de la Maison de Science de L'Homme, 2003.

MEZAN, Renato. Sociedade dos bacharéis. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 23 jan.2005. Caderno Mais, p.5.

MOREIRA, Martha Cristina N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na primeira república. **História, ciências, saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v.V, n.3, p.621-646, nov. 1998/fev. 1999.

MOREIRA, Thiago P.; NUTO, Sharménia de A. S.; NATIONS, Marilyn Kay. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza/CE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n.66, p. 58-67, jan./abr. 2004.

MORIN, Edgar. **Dialogue sur la connaissance**. Le Moulin du Château: Editions l'Aube, 2002.

MORIN, Edgar. Pour une théorie de la crise. **Sociologie**. Paris: Fayard, p.139-153, 1984.

MOTTA, José I. J.; RIBEIRO, Eliana Cláudia de O.; WANZELER, Murilo da Conceição C. e BARRETO, Carlos M. G. Educação Permanente em saúde. **Olho Mágico**, v.9, n.1, p. 68-73, jan./abr. 2002.

MOYSÉS Samuel Jorge. **A Humanização da Educação em Odontologia**. *Pró-Posições*, v.14, n.1(40), p.87-106, 2003.

MOYSÉS Samuel Jorge. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v.4, n.1, p.30-37, jan./dez, 2004.

MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS Samuel J.; KRIGER, Léo; SCHMITT, Ernesto J. Humanizando a Educação em odontologia. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.58-64, 2003.

NARVAI, Paulo Capel. Recursos humanos para promoção da saúde. *In: KRIGUER, Léo (Coord.). ABOPREV: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, p. 447-463, 1999.

NOVAES, H. Maria Dutilh. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica; *In: BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sergio F. Torres de (Org.) Ciências Sociais e Saúde Bucal*. Bauru/ São Paulo: EDUSC/ Ed. UNESP, p.141-158, 1998.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Seminário sobre questões estratégicas de força de trabalho em saúde**. Relatório final. Annecy/ França. Nov. 2000. Relatório Final. OMS: Genebra, Suíça, 2001.

ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983.

PACCA, Sandra; CORRÊA, Luciana; MOTTA Márcia. Auto-imagem profissional do cirurgião-dentista: um estudo baseado em desenhos de alunos de graduação. **Revista da ABENO**. 3 (1) : 82-85. 2003.

PAULA, Liliam Marly de; BEZERRA, Ana Cristina B. A Estrutura Curricular dos Cursos de Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.7-14, 2003.

PEREIRA, Luciana Alves. **Rede UNIDA. Boletim Informativo**, ano xx, n.44, p.3-5, jan./abr. 2005.

PERRI DE CARVALHO, Antônio César. Formação do cirurgião-dentista: ensino e profissionalização. Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior/ NUPES. **Documento de Trabalho**, n. 4, 1996.

PERRI DE CARVALHO, Antônio César. Panorama sobre o ensino e a prática da Odontologia no Estado de São Paulo. Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior/ NUPES. **Documento de Trabalho**, n. 4, 1994.

PERRI DE CARVALHO, Antônio César. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. **Revista da ABENO**, v.4, n.1, p.7-13, 2004.

PERRI de CARVALHO, Perri; CARVALHO, Daniel Rey de. Desempenho de graduandos de Odontologia no Exame Nacional de Cursos. **Revista da ABENO**, v.2, n.1, p.57-62, 2002.

PIERANTONI, Célia. Regina. As reformas do Estado e recursos humanos da saúde. limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.6, n.2, p.341-360, 2001.

PIERRET, Janine. Place et usage de l'entretien en profondeur en sociologie. KAMINSKI, Dan et KOKOREFF, Michel (sous la direction de). **Sociologie pénale: système et expérience**. Paris: Erès/ Trajets, p.199-213, 2004.

PINTO, E. B. Estado Atual do Ensino Odontológico no Brasil. O Prolatino. **Boletim da Associação Brasileira do Ensino Odontológico**, v.9, n.1, p. 25-31, 1978.

PINTO, Paulo Gabriel H. R. Saber Ver: recursos visuais e formação médica. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. IMS/ UERJ. Rio de Janeiro: Lidador, v.10, n.1, p.39-64, 2000a.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000b.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal. Odontologia Social e Preventiva**. São Paulo: Editora Santos, 1994.

POCHMANN, Marcio; AMORIM, Ricardo. CAMPOS, André; BARBOSA, Alexandre; SILVA, Ronnie (Org.). **Atlas da Exclusão Social**. Os ricos no Brasil. São Paulo: Cortez, v. 3, 2003.

POINSART, Laurence. **La création d'une profession: les chirurgien-dentistes**. Sous la direction de Bernard Friot. Universidade Paris X – Nanterre. Maîtrise de Sociologie du Travail. Paris, 2003-2004.

QUEIROZ, Maria Goreti. **Óbvio ou obscuro: estudo das representações sociais dos alunos cursos de Medicina e Odontologia da UFG, acerca de suas profissões**. Dissertação (Mestrado). Programa de Educação Escolar Brasileira. Universidade Federal de Goiás, 1998.

RADIS – Comunicação em Saúde. **Formação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n.3, p.10-17, out. 2002.

RADIS – Comunicação em Saúde. **O Brasil em números**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n.23, p.14-33, jul. 2004.

RALDI, Denise Pontes; MALHEIROS, Cláudio Fabrício; FROIS, Íris Maria. LAGEMARQUES, José Luiz. O Papel do Professor no Contexto Educacional sob o Ponto de Vista dos Alunos. **Revista da ABENO**, n.3, v.1, p.15-23, 2003.

Rede UNIDA. Boletim Informativo. Londrina, ano XX, n.44, jan./abr. 2005.

REGO, Sergio Tavares de Almeida. **Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos: estudo sobre a formação ética dos estudantes de medicina**. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social/IMS-UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

Revista da ABENO. Associação Brasileira de Ensino Odontológico, v.2, n.1, p. 39-42, jan./dez. 2002.

Revista da ABENO. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. v.1, n.1, p.7-10, jan./dez. 2001.

Revista da ABRUC – Associação Brasileira de Universidades Comunitárias. Brasília – DF, ano X, n.33, mar./abr. 2005.

Revista EXAME. O Brasil em números. Ano 36, 27/11/2002, p. 48-98.

Revista VEJA. Para varrer o desemprego. Edição 1908, ano 38, n.23, p. 43, de 08 de junho, 2005.

RGO. **Revista Gaúcha de Odontologia.** Previdência Social X Odontologia: a luta do século. Vol. 25, n.º 1, jan./mar., p. 24 e 25, 1977.

RIBEIRO, Antônio Inácio. ABCD-ABO-APCD: Reflexões. [mensagem pessoal!]. Mensagem recebida por izabella@uniplac.net, em 09 dez. 2004.

RIBEIRO, Antônio Inácio. **Condomínios Odontológicos: alternativa globalizada para o terceiro milênio.** Curitiba: Maio, 2001. (Mimeo).

RING, Malvim E. **História Ilustrada da Odontologia.** São Paulo: Manole, 1998.

SAINSAULIEU, Renaud. **L'Identité au travail.** Paris: Presses de SciencesPo, 1996.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde.** Texto de Orientação do Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS. Disponível em: <http://www.pessoalsus.inf.br/temas/edc_trav_form_prof_em_saude.htm>. Acesso em: 22 nov. 2001.

SANTANA, José Paranagua; CAMPOS, Eduardo; SENA, Roseli Rosângela de. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade.** Disponível em: <http://opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoi/ACF2114.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2001.

SCHWARTZMAN, Simon. Os Estudantes de Ciências Sociais. **Análises Preliminares AP5/92.** Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior Universidade de São Paulo - NUPES-USP. 1992.

SINGLY, François de. **L'Enquête et ses méthodes: le questionnaire.** Paris: Nathan, 2003.

SOUZA, Djalmo S.; CURY, Jayma A.; CAMINHA, João A. N.; FERREIRA, Mércio de A.; TOMITA, Nilce E. NARVAI, Paulo C.; GEVAERD, Syivio Palermo; MENDES, WILSON B. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva.** 2001; 2(2): 07-29.

TEIXEIRA, Márcia, MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Mônica; REGO, Sergio. Notas sobre a Profissionalização da Odontologia. Machado, M. H. (Org.) **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.183-193, 1995.

TERADA, Raquel S. S.; NAKAMA, Luiza (orgs.) **A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá.** São Paulo: Hucitec, Londrina: rede UNIDA, Brasília: ABENO, 2004.

TORRES, Inácio Andrade. Câncer de boca no Brasil: perfil atual do odontólogo frente ao problema. **Saúde em Debate**, n.37, p.44-47, dez. 1992.

UNFER, Beatriz; SALIBA, Orlando. O Cirurgião-Dentista do Serviço Público: formação, pensamento e ação. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.2, n.2, p.45-551, 2001.

UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas. Atlas da exclusão mostra a forte concentração da renda. Disponível em <http://www.unicamp.br/unicamp/canal_aberto/clipping/abril2004/clipping040406_val...> Acesso em: 16 mai. 2005.

VALENÇA, Ana Maria G. **Educação em saúde na formação do cirurgião dentista**. Niterói: UFF, 1998.

VERDÈS-LEROUX, Jeanine. **Le Travail Social**. Paris: Editions de Minuit, 1978.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **A Crise da Odontologia Brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa**. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saúde/angeonline/artigos/art_saucol/mercado.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2001.

BIBLIOGRAFIA

ACKER, Françoise; DENIS, Gisèle. **Santé. Description et évolution des métiers.** Collection ROME. La Documentation Française/ANPE: Paris, 1995.

AÏACH, Pierre. FASSIN, Didier. (Sous la direction de). **Sociologie des Professions de Santé.** La Garentes-Colombes: Editions de l'Espece Européen, 1992.

AÏACH, Pierre; BON, Norbert; DESCHAMPS, Jean-Pierre. **Comportements et Santé. Questions pour la prevention.** Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 1992.

AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria Cecília (Org.). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

BASZANGER, Isabelle. Des generalistes en particulier: une approche biographique des Processus de socialisation professionnelle. Thèse (Doctorat 3ème cycle). Paris: EHESS, 1979.

BASZANGER, Isabelle. Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Les cas des médecins de la douleur. **Revue Française de Sociologie.** Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, n. XXXI, p. 257-282, avril/juin. 1990.

BASZANGER, Isabelle. La construction d'un monde professionnel: entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. **Sociologie du Travail**, n. 3, p.275- 294, 1983.

BATTAGLIOSA, Françoise; BROWN, Elizabeth et JASPARD, Maryse. Itinéraires de passage à l'âge adulte, différences de sexe, différences de classe. **Sociétés Contemporaines**, n. 21, p.05-14, 1995.

BOUFARTIGUE, Paul. Les ingénieurs débutants à l'épreuve du modèle de carrière. Trajectoires de socialisation et entrée dans la vie professionnelle. **Revue Française de Sociologie.** Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, n. XXXV-1, p.69-100, janvier/mars 1994.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 1983.

BOURDIEU, Pierre. **Coisas Ditas.** São Paulo: Brasiliense, 1990.

BOURDIEU, Pierre. L'espace social et ses transformations. **La Distinction.** Paris: Les Editions Minuit, p.109-185, 1979.

BOURDIEU, Pierre. Remarques provisoires sus la perception sociale du corps. **Actes de La Recherche en Sciences Sociales**. Paris: Minit, n. 14, p. 51-54, avril, 1977b.

BOURDIEU, Pierre; SAINT MARTIN, Monique. Les categories de l'entendement professoral. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, 3 mai, p.68-93, 1975.

BUNGENER, Martine. Mythe et réalités de l'indépendance professionnelle: la longue peur de la profession médicale. **Sciences Sociales et Santé**. Montrouge: Editions John Libbey Eurotext, v.XI, n.1, p.145-149, mar. 1993.

BUNGENER, Martine. Une éternelle pléthore médicale? **Sciences Sociales et Santé**, v.1, p. 77-110, fév. 1984.

CABIN, Philippe. Dans les coulisses de la domination. **Sciences Humaines**. Pierre Bourdieu, numéro special. Auxerre, p.28-35, 2002.

CHAPOULIE, J-M. Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. **Revue Française de Sociologie**. XIV, 1973, 86-114.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2005.

COMUNG – **Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas**. As instituições. Disponível em <<http://www.comung.org.br/instituicoes.htm>>. Acesso em: 21 jun.2005.

COUTURE, Denise. Enjeux actuels en sociologie des professions. **Sociologie et Sociétés**, v.XX, n.2, p. 5-7, oct. 1988.

DUBAR, Claude. Formes identitaires et socialisation professionnelle. **Revue Française de Sociologie**, v.XXXIII-4, p.505-529, oct./déc. 1992.

DUBAR, Claude. Trajectoires sociales et formes identitaires: clarifications conceptuelles et méthodologiques. **Sociétés Contemporaines**. n.29, p.73-85, jan. 1998.

DUBAR, Claude; TRIPIER, Pierre. **Sociologie des Professions**. Paris: Armand Colin, 1998.

EDLER, Flávio Coelho, FONSECA, Maria Raquel Fróes. Ensino Médico nas Conferências Populares da Glória (1873-1880). **Boletim da ABEM**, v. XXIX, n. 5, p. 08-09, set./dez. 2001.

ELI, Ilana. Professional socialization in dentistry: a longitudinal analysis of changes instudents' expected professional rewards. **Social Science & Medecine**, v. 18, n. 4, p.297-302, 1984.

FREIDSON, E. Pourquoi l'art ne peut pas être une profession? In: MENGER, P.M. et PASSERON, J.C. (eds.). **L'art de la recherche. Essais en l'honneur de Raymonde Moulin**. Paris : La Documentation Française, p.119-135, 1994.

HASSENTEUFEL, P. **Les médecins face à l'Etat**. Paris: Presses de Sciences Pó, 1997.

HASSENTEUFEL, Patrick. Pratiques représentatives et construction identitaire. **Revue Française de Science Politique**, v.XLI, p.5-27, 1991.

HERZLICH, Claudine. **Ordre National des Médecins**. Conseil National de l'Ordre. Les Filles d'Hippocrates: quand la médecine se féminise. Paris, 2003.

HERZLICH, Claudine. Représentations de la Médecine et mémoire des médecins français. In: **L'Exercice Médical dans la société: hier, aujourd'hui**, demain. Paris/Milan/Barcelone: Masson. Publié par l' Ordre National des Médecins – Conseil National de l'Ordre, p.105-113, 1995c.

HUGHES, Everett. **Le Regard Sociologique**. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad2003/sau de2003.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2005.

JODELET, Denise (Sous la direction de). **Les représentations sociales**. Sociologie d'aujourd'hui. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

LARSON, Magali Sarfatti. A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile de tout dire. **Sociologie et sociétés**, v. XX, n.2, p.23-40, oct. 1988.

LEVY-GARBOUA, Louis. Les demandes de l'étudiant ou les contradictions de l'université de masse. . **Revue Française de Sociologie**, v.XXII, p. 53-80, 1976.

LUCAS, Yvette; DUBAR, Claude. **Génese et Dynamique des groupes professionnels**. Lille: Presses Universitaires de Lille, 1994.

MALAN, Anna. Attitudes et stratégies des jeunes à l'égard du travail et de l'emploi. In: BOUCHAYER, Françoise (Coordonné par). **Trajectoires sociales et inégalités**. Paris: Mire/INSE, p.361-386, 1994.

MILLET, Mathias. **Les étudiants et le travail universitaire – Etude sociologique**. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia. GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, p.89-111, 1995.

NETLETON, Sarah. Inventing mouths. Disciplinary power and dentistry. Jones, Colin & Porter, Roy. Reassessing Foucault. **Power, Medecine and the Body**. London/New York: Routledge, p.73-90, 1994.

OSTY, Florence. **Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail**. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2003.

PAICHELER, Geneviève. Présentation. Les professions de soins: territoires et empiètements. **Sciences Sociales et Santé**. Montrouge: Editions John Libbey Eurotext, v.. 13, n.3, p.5-10, sept. 1995.

PARADEISE, Catherine. Comprendre les professions: l'apport de la sociologie. **Revue des Sciences Humaines**, n.139, p.26-29, juin. 2003.

- PARADEISE, Catherine. Les professions comme marchés du travail fermés. **Sociologie et sociétés**. Vol. XX, n. 2, octobre 1988, p. 09-21
- PASSERON, Jean-Claude. Biographies, flux, itinéraires, trajectoires. **Revue Française de Sociologie**, v.XXXI, p.3-22, 1989.
- PASSERON, Jean-Claude. L'Inflation des diplômes. **Revue Française de Sociologie**, v.XXIII, p.551-584, 1982.
- PINTO, Paulo Gabriel H. R. **Práticas Acadêmicas: ensino universitário**. Niterói: EDUFF, 1999.
- PIZZATTO, Eduardo; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Antônio José Ispere; SALIBA, Nenre Adas. O papel do professor no ensino Odontológico. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.28, n.66, p.52-57, jan./abr. 2004.
- ROSENTHAL, Elias. **A Odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Livraria Santos Ltda, 2001.
- SHUVAL, Judith.T. From 'boy' to 'colleague' – process of role transformation in professional socialization. **Social Science &Medecine**, n.9, p.413-420, 1975.
- TAYLOR-GOOBY, P. *et al.* Knights, knaves and gnashers: professional values and private dentistry. **Journal of Social Policy**. v.29, n.3, p.375-395, 2000.
- ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **As marcas de mal – estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1993.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Densidade Candidatos/ Vaga nos Concursos Vestibulares, Cursos de Graduação em Odontologia existentes no estado, *locus* da pesquisa, desde 1999.

Anexo 2 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

Anexo 3 – Questionário para alunos (as) do último semestre do Curso de Odontologia.

Anexo 4 – Autorização da Instituição (modelo).

Anexo 5 – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (modelo).

Anexo 6 – Currículo do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal.

Anexo 1 – Densidade Candidatos/ Vaga nos Concursos Vestibulares, Cursos de Graduação em Odontologia existentes no estado, *locus* da pesquisa, desde 1999.

Tabela 1 - Densidade Candidatos/ Vaga nos Concursos vestibulares

Cursos de Graduação em Odontologia existentes no estado, *locus* da pesquisa*

Universidades	Ano de criação do curso	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005
		1.ºsem.	2.ºsem.	1.ºsem.	2.ºsem.	1.ºsem.	2.ºsem.	1.ºsem.	2.ºsem.	1.ºsem.	2.ºsem.	1.ºsem.	2.ºsem.	1.ºsem.
Universidade Federal	1941	19,76**	-	15,99	-	15,56	-	16,47	-	14,81	-	13,91	-	15,22
Universidade	1989	-	-	-	-	-	-	-	-	5,17	4,32	4,90	4,00	5,14
Universidade	1998	-	-	-	-	-	-	-	-	1,97	1,87	-	-	-
Universidade	1998	-	-	3,45	-	3,26	-	2,22	-	1,88	-	1,50	-	0,91
Universidade	1999	-	2,40	-	10,40	4,52	3,46	5,36	2,96	4,12	2,36	3,43	3,52	2,94
Universidade	1999	-	4,66	1,86	1,80	3,25	1,97	2,78	1,71	2,13	0,97	1,53	0,83	1,38
Universidade	2000	-	-	4,13	2,53	2,69	2,37	3,34	1,27	2,56	2,20	2,28	1,90	2,44

* Algumas informações relativas à densidade alunos/vaga nos vestibulares não estavam disponíveis.

** Ingresso para o primeiro e segundo semestres (45 vagas cada semestre).

Fonte: *Home-Page* das Universidades. Acesso em 17/05/2005.

Anexo 2 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

(Obs.: mantemos somente as DCN da Odontologia)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO**

INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior		UF: DF
ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia		
RELATOR (A): Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator), Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida.		
PROCESSO(S) Nº(S): 23001.000318/2001-75		
PARECER Nº: CNE/CES 1300/01	COLEGIADO CES	APROVADO EM: 06/11/2001

I – RELATÓRIO

• Histórico

A Comissão da CNE/CES analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080 de 19/9/1990;
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394 de 20/12/1996;
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172 de 9/1/2001;
- Parecer CNE/CES 776/97 de 3/12/1997;
- Edital da SESu/MEC 4/97 de 10/12/1997;
- Parecer CNE/CES 583/2001 de 4/4/2001;
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998;
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000;
- Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999;
- Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA;
- Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

Após a análise das propostas, a Comissão, visando o aperfeiçoamento das mesmas, incorporou aspectos fundamentais expressos nos documentos supramencionados e adotou formato, preconizado pelo Parecer CNE/CES 583/2001, para as áreas de conhecimento que integram a saúde:

- Perfil do Formando Egresso/Profissional
- Competências e Habilidades
- Conteúdos Curriculares
- Estágios e Atividades Complementares
- Organização do Curso
- Acompanhamento e Avaliação

Essas propostas revisadas foram apresentadas pelos Conselheiros que integram a Comissão da CES aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC na audiência pública, ocorrida em Brasília, na sede do CNE, em 26 de junho do corrente ano.

- **Mérito**

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, ao orientar as novas diretrizes curriculares recomenda que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular a superação das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, muitas vezes, meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

- **Princípios das Diretrizes Curriculares**

- ✓ Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- ✓ Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;
- ✓ Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- ✓ Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- ✓ Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
- ✓ Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- ✓ Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- ✓ Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Além destes pontos, a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação.

Saúde: conceito, princípios, diretrizes e objetivos

- ✓ A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988);
- ✓ As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Artigo 198 da Constituição Federal de 1988):
 - I – descentralização;
 - II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III – participação da comunidade.
- ✓ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Artigo 4º da Lei 8.080/90). Parágrafo 2º deste Artigo: A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
- ✓ São objetivos do Sistema Único de Saúde (Artigo 5º da Lei 8.080/90):
 - I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
 - II – a formulação de política de saúde;
 - III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- ✓ 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 (Artigo 7º da Lei 8.080/90):
 - I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II – integralidade de assistência, entendida como 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;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Com base no exposto, definiu-se o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e

discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

- **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências e Habilidades Específicas

O Curso de Graduação em Odontologia deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para:

- respeitar os princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional;
- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como 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;
- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente.
- aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais.
- colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- propor e executar planos de tratamento adequados;
- realizar a preservação da saúde bucal;
- comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;

- planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
- acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

A formação do Cirurgião Dentista 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.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências Odontológicas** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:
 - propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia.
 - clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais.
 - odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

• Estágio Curricular

A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

• Atividades Complementares

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Odontologia e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Odontologia deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As Diretrizes Curriculares e Projeto Pedagógico deverão orientar o currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

- estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:
- formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;
- formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes;
- cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.
- aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular;
- utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

II - VOTO DO (A) RELATOR (A)

A Comissão recomenda a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia na forma ora apresentada.

Brasília (DF), 06 de novembro de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo

Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão - Relator

Conselheiro Yugo Okida

III – DECISÃO DA CÂMARA

A Câmara de Educação Superior aprova por unanimidade o voto do Relator.

Sala das Sessões, em 06 de novembro de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo – Presidente

Conselheiro José Carlos Almeida da Silva – Vice-Presidente

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.¹⁾

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I. Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II. Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e

habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

- III. Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V. Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
- VI. Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I. respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II. atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III. atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV. reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como 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;
- V. exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI. conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII. desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- VIII. identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- IX. cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- X. promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- XI. comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- XII. obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII. aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV. analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;

- XV. organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XVI. aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- XVII. participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- XVIII. participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XIX. buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- XX. manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- XXI. estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- XXII. reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
- XXIII. colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- XXIV. identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- XXV. propor e executar planos de tratamento adequados;
- XXVI. realizar a preservação da saúde bucal;
- XXVII. comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- XXVIII. trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- XXIX. planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
- XXX. acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista 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.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- I. Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.
- II. Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- III. Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:
 - a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;
 - b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e
 - c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Art. 7º A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada

e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

- I. estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:
 1. formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;
 2. formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes; e
 3. cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.
- II. aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e
- III. utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

Parágrafo único. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO

Presidente da Câmara de Educação Superior

(¹) CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

Anexo 3 – Questionário para alunos(as) do último semestre do Curso de Odontologia.

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
(07/03/2005)

Questionário para alunos (as) do último semestre do Curso de Odontologia

Aluno (a): as informações são destinadas a um estudo acadêmico e são confidenciais. Agradeço sua contribuição.

*Izabella Barison Matos
Doutoranda*

I. Perspectivas de trabalho profissional

<p>1. Como você vê hoje as perspectivas profissionais da Odontologia em relação ao que você imaginava ao ingressar na Universidade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																										
<p>2. Qual a importância que você atribui a estes aspectos na atividade profissional do dentista?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Muito Importante</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Importante</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Nada importante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> A possibilidade de aplicar as qualificações obtidas no curso</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> A possibilidade de trabalhar em pesquisa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> A possibilidade de prestígio e reconhecimento social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> O salário</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Um trabalho que exija ou desafie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Um volume de trabalho bem definido e que deixe tempo livre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Chances de ter influência política</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Chances de continuar se qualificando</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Possibilidade de fazer algo útil à sociedade</td> </tr> </tbody> </table>	Muito Importante	Importante	Nada importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A possibilidade de aplicar as qualificações obtidas no curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A possibilidade de trabalhar em pesquisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A possibilidade de prestígio e reconhecimento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O salário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Um trabalho que exija ou desafie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Um volume de trabalho bem definido e que deixe tempo livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chances de ter influência política	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chances de continuar se qualificando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Possibilidade de fazer algo útil à sociedade	<p>3. De que fatores uma pessoa depende hoje para conseguir uma situação profissional desejada?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Muito Importante</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Importante</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Nada importante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Depende principalmente das relações que se tem</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Depende do desempenho na universidade</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Depende basicamente de se obter o diploma da profissão</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> No fundo é uma questão de sorte</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Depende de políticas e regulamentações do governo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Depende do prestígio da universidade cursada</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Depende da obtenção de título de especialista</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Depende do reconhecimento oficial da profissão</td> </tr> </tbody> </table>	Muito Importante	Importante	Nada importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende principalmente das relações que se tem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende do desempenho na universidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende basicamente de se obter o diploma da profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No fundo é uma questão de sorte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende de políticas e regulamentações do governo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende do prestígio da universidade cursada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende da obtenção de título de especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende do reconhecimento oficial da profissão
Muito Importante	Importante	Nada importante																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A possibilidade de aplicar as qualificações obtidas no curso																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A possibilidade de trabalhar em pesquisa																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A possibilidade de prestígio e reconhecimento social																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O salário																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Um trabalho que exija ou desafie																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Um volume de trabalho bem definido e que deixe tempo livre																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chances de ter influência política																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chances de continuar se qualificando																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Possibilidade de fazer algo útil à sociedade																																																								
Muito Importante	Importante	Nada importante																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende principalmente das relações que se tem																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende do desempenho na universidade																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende basicamente de se obter o diploma da profissão																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No fundo é uma questão de sorte																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende de políticas e regulamentações do governo																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende do prestígio da universidade cursada																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende da obtenção de título de especialista																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depende do reconhecimento oficial da profissão																																																								
<p>4. Entre o seu ingresso na universidade e este último ano do curso, você acha que houve alguma mudança na profissão?</p> <p><input type="checkbox"/> Sím. Qual (ais)? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____</p> <p>_____</p>	<p>5. Após colar grau como você pretende trabalhar? (assinale quantas alternativas forem necessárias)</p> <p><input type="checkbox"/> Consultório particular sozinho</p> <p><input type="checkbox"/> Consultório particular com colegas</p> <p><input type="checkbox"/> Setor público. Onde? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p> <p>_____</p>	<p>6. Onde você pretende trabalhar?</p> <p><input type="checkbox"/> Retornará à sua cidade</p> <p><input type="checkbox"/> Permanecerá nesta cidade</p> <p><input type="checkbox"/> Irá para outra cidade</p> <p><input type="checkbox"/> Não sabe</p>																																																								
<p>7. Quem irá ajudá-lo(a) a se instalar profissionalmente?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																										
<p>8. Se você pretende especializar-se, qual a área de sua escolha? _____</p> <p>Por quê? _____</p> <p>_____</p>																																																										
<p>9. Onde (local, área, setor público ou privado, etc.) você acha que vai estar trabalhando daqui a 10 anos?</p> <p>Justifique _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																										

II. Estratégias de Estudo e de Carreira

<p>10. Que fatores influenciaram a sua escolha pelo curso de Odontologia?</p> <p><input type="checkbox"/> Competição pelas vagas era menor</p> <p><input type="checkbox"/> Mais adequado para suas aptidões e interesses</p> <p><input type="checkbox"/> Perspectivas de boa situação financeira</p> <p><input type="checkbox"/> Profissão com prestígio social</p> <p><input type="checkbox"/> Realização profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Família</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Por ser uma profissão liberal</p> <p><input type="checkbox"/> Outro (s). Qual (ais)? _____</p>	<p>11. Porque decidiu por esta universidade?</p> <p><input type="checkbox"/> É mais próxima de onde mora</p> <p><input type="checkbox"/> É a que tem o melhor curso de Odontologia do</p> <p>Estado</p> <p><input type="checkbox"/> Incerteza de ser classificado em outra universidade</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>	<p>12. Há algo que você ache necessário mudar no processo de formação profissional do cirurgião-dentista?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. O quê? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____</p>
<p>15. O Curso apresentou alguma deficiência que fez você recorrer a cursos externos a fim de ter um diferencial para exercer a profissão?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual (ais) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>	<p>13. Durante o curso, o que mais contribuiu para a sua formação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>14. Durante o curso, quem mais contribuiu para a sua formação profissional?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

III. Características Socioeconômicas

<p>16. Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> feminino</p> <p><input type="checkbox"/> masculino</p>	<p>17. Dia, mês e ano do seu nascimento: _____/_____/_____</p>	<p>18. Você vive:</p> <p><input type="checkbox"/> sozinho</p> <p><input type="checkbox"/> em união estável</p>	<p>19. Você trabalha?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p>Em que área? _____</p> <p>Quantas horas por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>20. Renda total da família (todos os salários brutos das pessoas de seu grupo familiar que trabalham, inclusive o seu) é de:</p> <p>R\$ _____</p>
<p>21. Como seus estudos foram financiados (moradia, alimentação, livros, instrumental, outros)?</p> <p><input type="checkbox"/> Pela família</p> <p><input type="checkbox"/> Pelo marido/ esposa</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa de estudos/ de trabalho ou estágio remunerado</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalho remunerado</p> <p><input type="checkbox"/> Recursos próprios (herança ou outras rendas)</p>	<p>22. Grau de escolaridade dos pais.</p> <p>Pai</p> <p><input type="checkbox"/> não frequentou a escola</p> <p><input type="checkbox"/> analfabeto</p> <p><input type="checkbox"/> ensino fund. incompleto (1.ª a 8.ª séries)</p> <p><input type="checkbox"/> ensino fundamental completo (1.ª a 8.ª séries)</p> <p><input type="checkbox"/> ensino médio incompleto (2.º grau)</p> <p><input type="checkbox"/> ensino médio Completo (2.º grau)</p> <p><input type="checkbox"/> ensino superior incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> ensino superior completo</p> <p><input type="checkbox"/> pós-graduação</p> <p>Mãe</p> <p><input type="checkbox"/> aperfeiçoamento</p> <p><input type="checkbox"/> especialização</p> <p><input type="checkbox"/> mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> doutorado</p>		<p>23. Em sua família há algum cirurgião-dentista?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>Grau de parentesco: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>	
<p>24. Você fez o 2.º grau em escola:</p> <p><input type="checkbox"/> pública</p> <p><input type="checkbox"/> privada</p>	<p>25. Profissão dos pais.</p> <p>Pai: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aposentado.</p> <p>Qual a profissão antes da aposentadoria? _____</p> <p>Mãe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aposentada.</p> <p>Qual a profissão antes da aposentadoria? _____</p>			
<p>26. Caso queira escrever algo sobre esta pesquisa ou sobre outro aspecto que não tenha sido abordado nas perguntas deste questionário utilize este espaço. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

Anexo 4 – Autorização da Instituição (modelo).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Autorização da Instituição

Eu,.....,Chefe do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal....., autorizo Izabella Barison Matos, aluna do Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ a realizar pesquisa nesta Instituição, sob o título: **Graduandos em Odontologia: identidade profissional, formação acadêmica e expectativas em relação ao mercado de trabalho**, com orientação do professor Antenor Amâncio Filho. Objetiva compreender o processo de formação da identidade profissional dos cirurgiões-dentistas, tomar conhecimento do projeto profissional dos estudantes do último semestre do curso de Graduação em Odontologia e conhecer o mercado de trabalho atual da profissão.

Espera-se, com a pesquisa, contribuir com as discussões acerca da formação acadêmica dos estudantes e, a exemplo de outras profissões da saúde como a Medicina e a Enfermagem, produzir conhecimento sobre a Odontologia, a fim da melhor compreendê-la diante das mudanças ocorridas no mercado de trabalho.

Para tanto, serão utilizados como instrumentos de pesquisa a entrevista com Coordenador do curso, o questionário a ser aplicado aos estudantes do último semestre do curso e a observação.

Local: Sala do Departamento de Estomatologia
Data: 07/03/2005

.....
Assinatura

Anexo 5 – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (modelo).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **Graduandos em Odontologia: Identidade profissional, formação acadêmica e expectativas em relação ao mercado de trabalho, de Izabella Barison Matos, com orientação do professor Antenor Amâncio Filho.**

Você foi selecionado **em função do cargo que ocupa (ou presidente da ABO ou Coordenador do Curso de Graduação em Odontologia ou cirurgião-dentista gestor)** e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição

Os objetivos deste estudo são: **compreender o processo de formação da identidade profissional dos cirurgiões-dentistas, tomar conhecimento do projeto profissional de estudantes do curso de graduação em Odontologia e saber sobre o mercado de trabalho atual da Odontologia.**

Sua participação nesta pesquisa consistirá **em responder perguntas por meio de uma entrevista.**

Sua participação não implica em riscos, pois as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (que se dará como **um representante da categoria profissional ou gestor acadêmico**, assegurando assim a privacidade).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador: **Izabella Barison Matos.**

Endereço e telefone do pesquisador principal: **Izabella Barison Matos**
Coronel Córdova, 1073 - Centro – 88.502-001 Lages (SC) Fone (49) 2243753.
e do CEP

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

Sujeito _____ da _____ pesquisa

Data e Local:

Anexo 6 – Currículo do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal.

Curso: **104 - ODONTOLOGIA**
Currículo:19932

Habilitação: Odontologia

0

Documentação:

Decreto Criação = 30234 - 04/12/1951
Curso reconhecido pelo Decreto Federal 30234 de 04/12/1951, publicado no Diário Oficial da União de 06/12/1951

Objetivo: FORMAR CIDADÃOS, PROMOTORES DE SAÚDE CAPAZES DE EXERCER A ODONTOLOGIA DENTRO DE PADRÕES ÉTICOS, CIENTÍFICOS E TÉCNICOS, QUE ATENDAM AS NECESSIDADES E AOS ANSEIOS DA POPULAÇÃO.

Titulação: Cirurgião Dentista

Diplomado em: Odontologia

Período de Conclusão do Curso: Mínimo: 8 semestres Máximo: 18 semestres

Carga Horária Obrigatória: UFSC: 4600 CFE: 3600
Optativas Profissional: 72
Estágio: 8

Numero de aulas semanais: Mínimo: 14 Máximo: 31

Presidente do Colegiado do Curso: Prof. Dr. Gilsée Ivan Regis Filho
Telefone: 3319532

Ciclo Básico

1

Fase 01						
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisito	Conjunto
ANT5308 Antropologia Cultural a	Ob	54	3	CSO1308 ou CSO5307 ou CSO5308		
BEG5102 Biologia Celular Basica	Ob	54	3	BLG1101 ou BLG5102 ou BLG5106		
BEG5211 Embr.hum. Aplic. a Odontologia	Ob	54	3	BLG1101 ou BLG5203 ou BLG5211		
CIN5100 Pesquisa Bibliografica	Ob	36	2	BDC5104 ou BDC5105 ou BDC5435 ou FIL1115 ou FIL5114		
MOR5111 Histologia Aplic. a Odontologia	Ob	72	4	MOR1315 ou MOR5101 ou MOR5105		
MOR5213 Anatomia Aplicada a Odontologia	Ob	72	4	MOR1210 ou MOR5208		
SPB5109 Saude e Comunidade	Ob	36	2	SPB1101 ou SPB5101		
SPO5128 Sociologia Geral a	Ob	54	3	CSO1128 ou CSO5128 ou CSO5131 ou SPO5109		

CURRÍCULO DO CURSO

Curso: 104 - ODONTOLOGIA
Currículo:19932

Habilitação: Odontologia

0

Fase 02							2
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisito	Conjunto	
BQA5115 Bioquímica Básica	Ob	90	5	BQA1407 ou BQA5105 ou CFS1407			
CFS5141 Fisiologia Humana	Ob	72	4	CFS1511 ou CFS5138	MOR5111 eh MOR5213		
MIP5307 Parasitologia V	Ob	36	2	MIP1714 ou MIP1814 ou MIP5301 ou MIP5303 ou MIP5305	BEG5102		
MOR5106 Histologia Buco-dental	Ob	72	4	MOR1312 ou MOR5103	MOR5111		
MOR5214 Anatomia Buco-dental	Ob	90	5	MOR1216 ou MOR5205	MOR5213		
SPB5106 Bioestatística II	Ob	36	2	SPB1103 ou SPB5103	SPB5109		
STM5101 Materiais Dentários I	Ob	90	5	STM1213 ou STM5213			

Fase 03							3
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisito	Conjunto	
BEG5425 Genética Aplicada a Odontologia	Ob	54	3	BLG1103 ou BLG1241 ou BLG5402 ou BLG5425	BEG5102 eh BEG5211 eh BQA5115 eh MOR5213 eh MOR5214		
FMC5218 Farmacologia Apl. a Odontologia	Ob	72	4	FMC5215 ou FMC1211 eh FMC1214	CFS5141		
PSI5213 Psicologia Apl. a Odontologia	Ob	36	2	PSI1107 ou PSI1207 ou PSI5113			
PTL5129 Patologia Geral	Ob	72	4	PTL1114 ou PTL1128 ou PTL5128	CFS5141 eh MOR5111		
SPB5201 Odontologia Social I	Ob	36	2	SPB1205 ou SPB1206 ou SPB5206	SPB5106		
STM5102 Materiais Dentários II	Ob	90	5	STM1214 ou STM5214	STM5101		

Ciclo Profissional

2

Fase 03							3
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisito	Conjunto	
MIP5126 Microbiologia I	Ob	54	3		MOR5111		
MIP5210 Imunologia I	Ob	54	3		MOR5111		

CURRICULO DO CURSO

Curso: **104** - ODONTOLOGIA
Currículo:19932

Habilitação:Odontologia

		Fase 04						
Disciplina		tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisito	Conjunto	
MIP5114	Microbiologia Oral	Ob	36	2	MIP1503	ou	MIP5126 MIP5210	eh
					MIP1603	ou		
					MIP5103			
PTL5107	Patologia Bucal	Ob	126	7	PTL1102	ou	MOR5106 PTL5129	eh
					PTL5101	ou		
					PTL5102			
STM5108	Oclusao I	Ob	72	4	STM1308	ou	CFS5141 MOR5106 MOR5214 STM5102	eh eh eh
					STM5308			
STM5131	Cir.e Traumat.buco Max.facial I	Ob	90	5	STM1305	ou	CFS5141 FMC5218 MOR5214	eh eh
					STM5105	ou		
					STM5305			
STM5135	Estomatologia I	Ob	108	6			PTL5129	
STM5801	Radiologia Odontologica I	Ob	90	5	PDT1203	ou	BEG5425 MOR5214 PTL5129	eh eh
					PDT5101	ou		
					PDT5203			
STM5811	Terap./medicamentosa Apl.odont I	Ob	36	2			BQA5115 CFS5141 FMC5218	eh eh

CURRÍCULO DO CURSO

Curso: **104** - ODONTOLOGIA
Currículo:19932

Habilitação: Odontologia

0

		Fase 05						
Disciplina		tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisito	Conjunto	5
NFR5121	Prat. Hosp. em Cir. Odontologica	Ob	36	2	NFR1118 ou NFR5118 ou NFR5120	MIP5114		
SPB5202	Odontologia Social II	Ob	36	2	SPB1202 ou SPB1207 ou SPB5207	SPB5201		
STM5110	Dentística Pre-clínica	Ob	108	6	STM1113 ou STM1114 ou STM5114	STM5102 eh STM5108		
STM5124	Periodontia I	Ob	72	4	STM1204 ou STM5201	MIP5126 eh MIP5210		
STM5127	Endodontia Pre-clínica	Ob	108	6	STM1412 ou STM1413 ou STM5413	PTL5107 eh STM5135 eh STM5801		
STM5132	Cir.e Traumat.buco Max.fac.ii	Ob	90	5	STM1301 ou STM5119 ou STM5301	STM5131 eh STM5135 eh STM5801		
STM5142	Ergonomia Aplicada a Odontologia	Ob	36	2		SPB5106		
STM5802	Radiologia Odontologica II	Ob	72	4	PDT1204 ou PDT5102 ou PDT5204	PTL5107 eh STM5801		

Curso: **104** - ODONTOLOGIA
Currículo:19932

Habilitação: Odontologia

0

Fase 06									
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisito	Conjunto			
SPB5203 Odontologia Social III	Ob	36	2	SPB1203 SPB1208 SPB5208	ou	SPB5202			
STM5111 Dentística Clínica I	Ob	144	8	STM1115	ou	PTL5107 STM5110 STM5131 STM5135	eh	eh	eh
STM5125 Periodontia II	Ob	54	3	STM5115 STM1203	ou	STM5124 STM5131 STM5135 STM5802	eh	eh	eh
STM5128 Endodontia Clínica I	Ob	72	4	STM5202 STM1414	ou	STM5127 STM5131 STM5135 STM5802	eh	eh	eh
STM5133 Cir.e Traumat.buco Max.fac.iii	Ob	72	4	STM5414 STM1302	ou	NFR5121 STM5132	eh		
STM5812 Terap.medicamentosa Apl.odont II	Ob	36	2	STM5120 STM5302	ou	STM5811 STM5124 STM5132 STM5135 PTL5107	eh	eh	eh

CURRÍCULO DO CURSO

Curso: **104** - ODONTOLOGIA
Currículo:19932

Habilitação: Odontologia

0

Fase 07						
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisit	Conjunto
STM5109 Oclusao II	Ob	54	3	STM1309	ou	STM5108 eh STM5111 eh STM5125
				STM5309		
STM5112 Dentistica Clinica II	Ob	72	4	STM1117	ou	STM5111
				STM5117		
STM5126 Periodontia III	Ob	54	3	STM1202	ou	STM5125
				STM5203		
STM5129 Endodontia Clinica II	Ob	72	4	STM1415	ou	STM5128
				STM5415		
STM5210 Protese Total Pre-clinica	Ob	90	5	STM1315	ou	STM5102 eh STM5108 eh STM5802
				STM1325	ou	
				STM5325		
STM5215 Protese Parcial Pre-clinica	Ob	90	5			STM5102 eh STM5108 eh STM5111 eh STM5125 eh STM5128
STM5303 Odontopediatria I	Ob	54	3	STM1402	ou	PSI5213 eh STM5111 eh STM5127 eh STM5132
STM5331 Ortodontia Preventiva e Interceptativa I	Ob	72	4	STM5401		STM5102 eh STM5108 eh STM5125 eh STM5802
				STM5306		

CURRICULO DO CURSO

Curso: **104** - ODONTOLOGIA
 Currículo:19932

Habilitação: Odontologia

0

Fase 08						
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisit	Conjunto
STM5134 Cir.e Traumat.buco Max.fac.iv	Ob	90	5	STM1503 ou STM1505 ou STM5310 ou STM5505	NFR5121 eh STM5109 eh STM5133	
STM5211 Protese Total Clinica	Ob	108	6	STM1316 ou STM1326 ou STM5326	STM5109 eh STM5210	
STM5216 Protese Parcial Clinica	Ob	180	10	STM1320 ou STM1324 ou STM5324 ou STM5207 eh STM5209	STM5109 eh STM5112 eh STM5126 eh STM5215	
STM5304 Odontopediatria II	Ob	126	7	STM1403 ou STM5402	STM5112 eh STM5129 eh STM5303 eh	
STM5311 Estagio Supervisionado I	Ob	72	4	STM1609 ou STM5609	SPB5202 eh STM5112 eh STM5126 eh STM5129 eh STM5303	
STM5332 Ortodontia Preventiva e Interceptiva II	Ob	54	3	STM5307	STM5331	

Fase 09						
Disciplina	tipo	HA	Aulas	Equivalentes	Pré-Requisit	Conjunto
SPB5204 Odontologia Social IV	Ob	18	1	SPB1204 ou SPB1209 ou SPB5209	STM5304	
STM5123 Odontologia Legal	Ob	36	2	STM1122 ou STM5122	STM5134 eh STM5216 eh	
STM5312 Estagio Supervisionado II	Ob	216	12	STM1610 ou STM5610	STM5311	
STM5313 Clinica Integrada	Ob	378	21	STM1602 ou STM5601	STM5109 eh STM5112 eh STM5126 eh STM5129 eh STM5134 eh STM5211 eh STM5216 eh STM5304 eh	

CURRÍCULO DO CURSO

Curso: **104 - ODONTOLOGIA**
Currículo:19932

Habilitação: Odontologia

0

Observações: São optativas todas as disciplinas oferecidas pela ufsc, obedecidos os pré-requisitos, porém, o colegiado do curso sugere a escolha dentre as disciplinas do rol da estrutura curricular.
O aluno deverá cumprir uma carga horária mínima de 72h/a em disciplinas optativas para os alunos com matrícula a partir de 93.2, inclusive e de 60 h/a de carga mínima obrigatória de disciplina optativa para os alunos com matrícula até 93.1.
Considerar como optativa para efeito de integralização curricular dos alunos do curso de Odontologia, a carga horária das disciplinas de EFC I e EFC II cursadas até 97.2, inclusive.
Dispensar do cumprimento das disciplinas MIP5210 e MIP5126 os alunos do curso de graduação em Odontologia que cursaram, com aproveitamento até 97.2, inclusive, a disciplina MIP5113 - Microbiologia e Imunologia I -72h/a., vigor a partir de 98.1.
As disciplinas STM5811- Terapêutica Medic. Aplic. A Odontologia I, STM5812- Terapêutica Medic. Aplic. a Odontologia II e STM5141- Ergonomia Aplicada a Odontologia, devem ser cumpridas pelos alunos com matrícula a partir de 99.2, inclusive.
A portaria n.081/preg/01, de 16-05-01, entra em vigor no segundo período letivo de 2001, atingindo os alunos do curso com matrícula a partir de 1999.2, inclusive.
Ficam dispensados do cumprimento da disciplina STM5106, os alunos do curso de graduação em Odontologia com matrícula a partir de 2002.1, inclusive. A Portaria nº179/preg/2003 de 17/12/2003, entrou em vigor a partir do primeiro período letivo de 2004, atingindo os alunos com matrícula a partir de 2001.1, inclusive. Esta portaria altera a carga didática de disciplinas.
A disciplina STM5142 -Ergonomia Aplicada a Odontologia - 36h/a é remanejada para a 5ª fase conforme Portaria 184/PREG/2003 de 19/12/2003, atingindo os alunos com matrícula a partir de 2003.1, inclusive