



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**“Percepções dos Docentes e Reflexões sobre o Processo de
Formação dos Estudantes de Odontologia”**

por

Deison Alencar Lucietto

*Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título
de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública*

Orientador: Prof. Dr. Miguel Murat Vasconcellos
Segundo Orientador: Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

Rio de Janeiro, maio de 2005.

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Percepções dos Docentes e Reflexões sobre o Processo de Formação dos Estudantes de Odontologia

por

Deison Alencar Lucietto

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor Miguel Murat Vasconcellos (ENSP/FIOCRUZ)
Orientador

Professor Doutor Antenor Amâncio Filho (ENSP/FIOCRUZ)
Segundo Orientador

Professora Doutora Maria Helena Machado (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Doutora Célia Pierantoni (IMS/UERJ)

Professor Doutor Sérgio Rego (ENSP/FIOCRUZ)

Professor Doutor Roberto Parada (IMS/UERJ)

Para “Seu” João e “Dona” Leda, meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Miguel Murat Vasconcellos, meu orientador, por ter aceitado esta “empreitada”, pelos questionamentos e apontamentos, pela atenção e apoio neste processo.

Ao Professor Antenor Amâncio Filho, meu segundo orientador, por ter compartilhado desta “empreitada”, pelo apoio, atenção e pelas contribuições ao trabalho.

Aos Professores Maria Helena Machado, Célia Pierantoni, Sérgio Rego e Roberto Parada, pela atenção, pela disponibilidade em participar como banca examinadora e por contribuírem para a melhoria desta pesquisa.

Aos professores do Mestrado, pelos questionamentos, contribuições e sugestões ao longo deste percurso.

A Professora Célia Leitão, pelas várias conversas oportunizadas, pela sabedoria, simplicidade, amizade e pelas preciosas dicas.

Aos professores e amigos do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da ABO-RS, Salete Maria Pretto, Nara Rúbia Zardin, José Carlos Ribeiro e Andréa Arnhold, pelo aprendizado, pelo incentivo e participação na fase inicial desta trajetória.

Ao Professor Paulo Afonso Burmann, Coordenador do Curso de Odontologia da UFSM e à Professora Beatriz Unfer, pela atenção e pela ajuda dispendidos ao longo do trabalho de campo.

Aos professores entrevistados no Curso de Odontologia da UFSM, pela disponibilidade, por terem permitido que eu “bagunçasse” as suas agendas, pela atenção e pelas significativas contribuições à pesquisa.

Institucionalmente, à CAPES, pela bolsa de estudo, cujo auxílio financeiro facilitou minha estada e a realização deste trabalho.

Aos colegas de Mestrado: Ândrea, Anderson, Bruno, Felícia, Mamadu, Maria Angélica, Maria Luiza, Mônica, Pedro e Sandra, pelo compartilhamento de inquietações, idéias, sugestões e pela amizade.

A Ândrea, minha “irmã carioca”, por ser “metida a gênio”, pela amizade, pelo constante incentivo e, claro, pelos “tours” e pelas festas.

Aos amigos decorrentes do mestrado: Alan, Dani, Eduardo, Flávia Helena, Guilherme, Luciano, Luisa, Marcinha e Samara: ajuda, papos agradáveis, bons e divertidos momentos.

A Nara, pela amizade, pela sabedoria, pelo “estágio”, pelas oportunidades de crescimento e pela “presença” constante nesta trajetória.

A Délvia (“my Teacher”), pela dedicação, pelas aulas, pela paciência, pelo apoio e pela amizade. Thanks!

A D. Olila e à Helenice, minhas mães adotivas de Santa Maria, que fazem parte da minha história desde os tempos de faculdade, pela amizade, pelo cuidado, pela “luz”, pelos “papos” e muitas horas agradáveis, regadas a chimarrão.

Aos meus colegas cirurgiões-dentistas: Alexon, Anne, Bier, Cristiane, Dari (e a Danna!), Fernando, Gisa, Grazi, Loise, Luciano, Márcia e Mônica: pela amizade, pelos momentos de alegria, pelas festas (alguns casamentos), pelos encontros ocasionais durante este período e, por, mesmo à distância, acompanharem e se fazerem “presentes” nesta caminhada.

A tia Norma, pelas constantes orações, pela sabedoria e por compartilhar de tantos acontecimentos.

Ao meu tio, Padre Moacir, pelo exemplo de dinamismo, pela solicitude, pelo incentivo e pela ajuda constantes, desde a seleção até a finalização do mestrado. A tua presença e acompanhamento foram fundamentais neste processo.

A Mauara, pela amizade, pela alegria contagiante, pela “luz”, pelo exemplo de altruísmo, pelo apoio e por ser “peça” imprescindível deste aprendizado.

A Fabi, pelo acolhimento gaúcho em solo carioca, pela amizade e pelas horas de descontração proporcionadas.

Aos meus tios, primos, (aos “barentes”, que tanto estimo!) e amigos que ainda habitam, ou que já “debandaram” da longínqua Rondinha: mesmo à distância, vocês sempre estiveram presentes e, por isso, auxiliaram “por demais” nesta estada na Cidade Maravilhosa. Meu sincero agradecimento!

Aos meus irmãos: James, Leo e Joana: tenho muito a agradecer pela ajuda, “solidariedade”, companheirismo, carinho, paciência e tolerância neste período (crítico) do mestrado. Vocês suportaram meu mau humor, minha ansiedade e ausência (em todos os sentidos). Espero um dia poder retribuir a tanto apoio. Valeu pela força!

Aos meus pais, Seu João e Dona Leda: vocês são meus exemplos de vida. Agradeço por tudo que sempre fizeram e continuam a fazer por mim: pelo amor, pelo cuidado, pela simplicidade, pelas preocupações (por vezes exageradas), pela paciência, pela “grana”... Este trabalho é fruto dos seus esforços. Muito obrigado por tudo!

Professor

O professor disserta
Sobre ponto difícil do programa.
Um aluno dorme,
Cansado das canseiras desta vida
O professor vai sacudí-lo?
Vai repreendê-lo?
Não.
O professor baixa a voz
Com medo de acordá-lo.

(Carlos Drummond de Andrade)

SUMÁRIO

RESUMO	x
ABSTRACT	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xv
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - FALANDO DA ODONTOLOGIA	23
1- Aspectos históricos do desenvolvimento da Odontologia.....	23
1.1- Aspectos da história da Odontologia no Brasil.....	30
2- Caracterizando o modelo hegemônico de prática odontológica.....	33
3- As condições de saúde bucal da população brasileira.....	36
4- Cirurgiões-dentistas no Brasil.....	44
5- Aspectos do acesso aos serviços odontológicos.....	50
CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO- DENTISTA	54
1- Aproximação e objetivos da formação em Odontologia.....	54
2- Aspectos curriculares da educação odontológica.....	58
2.1- Breve histórico das legislações do ensino e dos currículos odontológicos no Brasil.....	58
2.2- Visão geral das atuais diretrizes curriculares para os cursos de Odontologia.....	61
3- Algumas reflexões acerca do ensino odontológico.....	66
4- Qualificações para o cirurgião-dentista atuar em consultório privado.....	71
5- A formação do cirurgião-dentista em tempos de SUS.....	72
5.1- Revisitando o Sistema Único de Saúde	73
5.2- Formação do cirurgião-dentista e o SUS.....	76
6- Contribuições da saúde coletiva para a formação em Odontologia.....	79
CAPÍTULO III- CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENSINO- APRENDIZAGEM E O PAPEL DO PROFESSOR	83
1- Refletindo educação.....	83
2- O processo de ensino-aprendizagem.....	88
3- O papel do professor.....	94
CAPÍTULO IV- MÉTODO E MATERIAIS	100
1. Considerações iniciais.....	100
2. Coleta dos dados.....	102
2.1- Pesquisa bibliográfica/documental.....	102
2.2- Pesquisa empírica.....	103
2.2.1- Universo do estudo.....	104
2.2.2- Seleção dos docentes entrevistados.....	104

2.2.3- Entrevistas semi-estruturadas.....	106
3. Análise das entrevistas.....	108

CAPÍTULO V- CONVERSANDO COM OS DOCENTES: A APRESENTAÇÃO DOS

RESULTADOS.....	112
1- Aspectos da formação profissional no Curso de Odontologia da UFSM.....	112
2- Características dos docentes entrevistados.....	114
3- A escolha da profissão professor.....	118
4- Resultados sobre a formação acadêmica do cirurgião-dentista.....	122
4.1- Aspectos relativos ao currículo e ao perfil do cirurgião-dentista formado.....	122
4.2- Legitimação dos pontos tidos como positivos na formação.....	126
4.3- Carências na formação do cirurgião-dentista.....	127
4.4- Recursos humanos, físicos e materiais da universidade envolvidos na formação.....	131
4.5- A formação ideal para o cirurgião-dentista.....	136
4.6- Alterações que os professores fariam na formação.....	140
4.7- Idéias associadas ao processo de reforma curricular e ao novo currículo.....	143
5- Resultados sobre SUS e Odontologia em Saúde Coletiva.....	144
5.1- Resultados sobre SUS.....	144
5.1.1- Idéias associadas ao Sistema Único de Saúde.....	145
5.1.2- Idéias sobre as condições disponíveis e ao trabalho realizado em Odontologia no SUS.....	149
5.2- Resultados sobre o ensino de Odontologia em Saúde Coletiva.....	155
5.2.1- As aulas teóricas de Odontologia em Saúde Coletiva.....	156
5.2.1.1- Materiais didáticos e métodos utilizados nas aulas teóricas.....	160
5.2.2- As aulas práticas de Odontologia em Saúde Coletiva.....	165
5.2.2.1- A operacionalização das atividades práticas.....	165
5.2.3- Referências à formação de Odontologia em Saúde Coletiva em outros tempos.....	171
5.2.4- Respostas sobre a inserção dos alunos nos serviços públicos de saúde.....	174
5.2.5- Alguns anseios dos docentes sobre as aulas práticas.....	175
5.2.6- Algumas idéias gerais sobre a abordagem de Odontologia em Saúde Coletiva.....	177
5.3- Resultados sobre meios/estratégias para formar alunos para atuar no SUS.....	180
5.3.1- Idéias associadas aos meios/estratégias defendidos.....	184
6- Resultados sobre o processo de ensino-aprendizagem.....	186
6.1- Idéias sobre o processo de ensino-aprendizagem.....	186
6.2- O maior responsável pela aprendizagem.....	190
6.3- O professor em análise.....	193
6.3.1- Atitudes “positivas” que favorecem o interesse e/ou a aprendizagem.....	194
6.3.2- Atitudes “negativas” que desestimulam o interesse e/ou a aprendizagem.....	197
6.3.3- Características do bom professor.....	201
6.4- O aluno em análise.....	203
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	207
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	219
ANEXOS.....	225

RESUMO

O processo de formação acadêmica dos profissionais de Odontologia assume função central na melhoria do sistema de saúde e é influenciado por vários fatores externos às instituições de ensino, como mudanças de natureza social, econômica, cultural e tecnológica, bem como modificações nas políticas de educação e de saúde. Este estudo analisa aspectos da formação do cirurgião-dentista, tendo como eixos o Sistema Único de Saúde (SUS) e as atuais Diretrizes Curriculares do MEC (Parecer CNE/CES 1300/01). Buscou-se identificar como os professores de Odontologia percebem o processo de formação acadêmica do cirurgião-dentista neste contexto de mudanças. Pretendeu-se conhecer as suas percepções sobre os aspectos curriculares e o perfil do profissional egresso, sobre o Sistema Único de Saúde, sobre a operacionalização do ensino de Odontologia em Saúde Coletiva, sobre o processo de ensino-aprendizagem e, também, sobre o seu papel, enquanto docentes, na educação odontológica. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica/documental para fundamentar e contextualizar aspectos da Odontologia, da formação profissional do cirurgião-dentista e do processo de ensino-aprendizagem. Além disso, foi realizada pesquisa empírica, quando foram entrevistados quinze professores da Universidade Federal de Santa Maria-RS, com o intuito de identificar avanços e carências no processo de formação dos estudantes de Odontologia. Os entrevistados manifestaram que os alunos possuem uma ótima formação em termos científicos e técnicos, porém mais condizente com a atuação privada. Foram mencionadas carências em vários aspectos da formação, destacando-se aqueles conteúdos humanísticos. O SUS foi bastante citado em termos de suas limitações. Há a sensação de que algo precisa ser “mudado e/ou acrescentado” na atual formação em Odontologia em Saúde Coletiva, de modo que os futuros profissionais possam atuar desenvolvendo ações coletivas em saúde. Os professores fizeram referências para o entendimento dos termos “ensinar” e “aprender” como num processo “inseparável” e que os alunos também têm função primordial nesse sentido. Além disso, os entrevistados perceberam seu papel fundamental no processo de ensino-aprendizagem, quando as atitudes do professor perante os alunos (e vice-versa) foram entendidas como podendo servir tanto de estímulo quanto de desestímulo. Os docentes apontaram para a “necessidade de integração” entre os vários aspectos da formação do cirurgião-dentista. Destaca-se a pertinência do reordenamento dos princípios que norteiam a formação odontológica e afirma-se que a institucionalização do ensino de Saúde Coletiva pode trazer contribuições para que o processo de formação dos estudantes de Odontologia seja mais condizente com os princípios da política de saúde do país.

Palavras-chave: Odontologia, formação profissional, SUS, diretrizes curriculares, saúde coletiva, processo de ensino-aprendizagem, docentes.

ABSTRACT

The process of academic background construction for professionals in Odontology plays a central role on the improvement of the health system and is influenced by several factors that are external to the teaching institutions, such as technological, cultural, economic, and social changes, as well as modifications on the policies of health and education. This study analyses aspects of the formation of dental surgeons, having as axles the Joint Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) and the current Curricular Guidelines of the Ministry of Education (Diretrizes Curriculares do MEC - Parecer CNE/CES 1300/01). It was pursued to identify how the faculty in the Odontology field perceive the process of academic formation of dental surgeons in the context of change. It was intended to learn about their perceptions on the curricular aspects and on the profile of the graduate professional, about the Joint Health System (SUS), about the operations of the teaching-learning process and, also about their role, as professors, on the odontological education. For that, it was performed a bibliographical/documental research to support and contextualize aspects of Odontology, the professional formation of dental surgeons, and the learning-teaching process. Besides that, it an empiric research was performed, in which fifteen professors of the Federal University in Santa Maria (UFSM) were interviewed, with the aim to identify the advances and gaps on the process of forming students on Odontology. The interviewees stated that the graduates have a great background on technical and scientific terms, but it is more congruent with the private practice. Inconsistencies were mentioned in several aspects of the formation, highlighting those concerning humanistic contents. The SUS was frequently cited in terms of its limitations. There is the feeling that something needs to be “changed and/or added” on the current formation in Odontology for Public Health, so that the future professionals can act developing collective actions on health. The professors referred to the understanding of the terms “teach” and “learn” as in an inseparable process and that the students have also a primary role on this concern. Besides that, the interviewees realized their fundamental part on the teaching-learning process, when attitudes of the professor in front of his/her students (and vice-versa) were understood as being capable of serving either as a stimulus or as a discouragement. The professors pointed out the need for integration among the several aspects on the formation of the dental surgeon. It stands out the pertinence of reordering the principles that guide the odontological formation and it is affirmed that the institutionalization of teaching on Public Health can bring contributions so that the process of forming students in Odontology is more consistent with the principles of the health policies in the country.

Keywords: Odontology, professional formation, SUS, curricular guidelines, public health, learning-teaching process, professors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO- Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO- Associação Brasileira de Odontologia
ACD- Auxiliar de Consultório Dentário
ACS- Agentes Comunitários de Saúde
ANEO- Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas
CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS- Centro de Ciências da Saúde (UFSM)
CCSH- Centro de Ciências Sociais e Humanas (UFSM)
CD- Cirurgião-Dentista
CDC- Centro de Controle de Doenças (Center of Disease Control and Prevention-EUA)
CES- Câmara de Educação Superior (MEC)
CFE- Conselho Federal de Educação (MEC)
CFO- Conselho Federal de Odontologia
CICT- Centro de Informação Científica e Tecnológica (FIOCRUZ)
CNE- Conselho Nacional de Educação
CNS- Conferência Nacional de Saúde
CNSB- Conferência Nacional de Saúde Bucal
COSAB- Coordenação de Saúde Bucal (MS)
CPO-D- Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPO-S- Superfícies Cariadas, Perdidas e Obturadas
CRO- Conselho Regional de Odontologia
DATASUS- Departamento de Informática do SUS
ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESB- Equipe de Saúde Bucal
ESF- Equipe de Saúde da Família
FDI- Federação Dentária Internacional
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz
FURG- Fundação Universidade do Rio Grande

GM- Gabinete do Ministro
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA- Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
JABO- Jornal da Associação Brasileira de Odontologia
LOS- Leis Orgânicas da Saúde
MEC- Ministério da Educação e Cultura
MS- Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
OPS- Odontologia Preventiva e Social
OSC- Odontologia em Saúde Coletiva
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEIES- Programa de Ingresso ao Ensino Superior
PNAD- Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PPP- Projeto Político Pedagógico
PSF- Programa Saúde da Família
PUC- Pontifícia Universidade Católica
REDE UNIDA- Entidade de caráter nacional que vincula pessoas que executam e/ou articulam projetos que tem como objetivo o desenvolvimento de recursos humanos em saúde.
RS- Rio Grande do Sul
SAS- Secretaria de Assistência à Saúde
SB- BRASIL 2003- Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SUS- Sistema Único de Saúde
THD- Técnico de Higiene Dental
ULBRA- Universidade Luterana do Brasil
UFPel- Universidade Federal de Pelotas
UFPR- Universidade Federal do Paraná
UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

UFSM- Universidade Federal de Santa Maria

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNISC- Universidade de Santa Cruz do Sul

UPF- Universidade de Passo Fundo

USF- Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1a. Número de cirurgiões-dentistas, população e relação habitante/cirurgião-dentista por região - Brasil, 2003 (resumida).....	45
Tabela 1b. Número de cirurgiões-dentistas, população e relação habitante/cirurgião-dentista por região - Brasil, 2003 (íntegra).....	236
Tabela 2. Número de concluintes em faculdades de Odontologia- Brasil, 1963-1983-2003.....	47
Tabela 3a. Distribuição das faculdades de Odontologia existentes no Brasil, 2003 (resumida).....	48
Tabela 3b. Distribuição das faculdades de Odontologia existentes no Brasil, 2003 (íntegra).....	237
Tabela 4. Acesso aos serviços odontológicos de acordo com a macrorregião- Brasil, 2003.....	52
Tabela 5. Acesso aos serviços odontológicos- Brasil, 2003- tempo desde a última consulta.....	238
Tabela 6. Distribuição dos docentes entrevistados de acordo com o sexo, idade, o tempo de graduação e de docência.....	114
Tabela 7. Distribuição dos docentes entrevistados de acordo com o tempo de formação e experiências profissionais como cirurgião-dentista fora da universidade.....	116
Tabela 8. Tempo de docência, titulação e atuação dos docentes entrevistados no Curso de Odontologia/UFSM.....	117
Gráfico 1. Localização das faculdades de Odontologia no Brasil, 2003.....	49
Ilustração 1. Localização geográfica dos cursos de Odontologia nas universidades do Rio Grande do Sul.....	228
Ilustração 2. Fotos da Universidade Federal de Santa Maria.....	229

Quadro 1. Temas e Aspectos selecionados e analisados nas entrevistas.....	109
Quadro 2. Grade Curricular do Curso de Odontologia/ UFSM - ano base 1993.....	230
Quadro 3. Ementa e programa da disciplina de Odontologia Preventiva e Social I do Curso de Odontologia/UFSM.....	232
Quadro 4. Ementa e programa da disciplina de Odontologia Preventiva e Social II do Curso de Odontologia/UFSM.....	233
Quadro 5. Ementa e programa da disciplina de Odontologia Preventiva e Social III do Curso de Odontologia/UFSM.....	235

INTRODUÇÃO

A função central dos recursos humanos nos processos de trabalho está reconhecida universalmente. Em função da condição de sujeitos do processo, eles são constituídos pela força (energia) e pela capacidade (qualificação) de trabalho, e, por isso, conferem diferentes características a cada serviço produzido (Narvai, 1999).

O processo de formação acadêmica dos profissionais de saúde e, dentre estes, os de Odontologia, está influenciado por vários fatores externos às instituições de ensino, como mudanças de natureza social, econômica, cultural e tecnológica, bem como modificações nas políticas de educação e de saúde. Desta maneira, este processo assume papel fundamental no contexto nacional, tendo em vista as mudanças que vem acontecendo no sistema de saúde no Brasil, bem como as mudanças no mercado de trabalho (Unfer, 2000).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, se traduz em um importante fator a ser levado em consideração no processo de formação de recursos humanos em saúde, na medida em que o SUS trouxe avanços conceituais e no desenho da política de saúde, passando esta a ser conceituada enquanto “um direito de todos e dever do Estado” (Constituição Federal de 1988, art.196). Além disso, o Sistema Único de Saúde se baseia nas diretrizes de descentralização, de atendimento integral e de participação da comunidade (Constituição Federal de 1988, art.198).

A Lei 8.080/90 complementou a definição de saúde dada na Constituição Federal de 1988, identificando a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a equidade e a integralidade da assistência. Dentre as competências do SUS, salienta-se, a importância de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Constituição Federal de 1988, art.200). Neste mesmo sentido, ficou expresso na Lei 8.080/90, que a formalização e execução de uma política de recursos humanos na saúde deverá cumprir, dentre outros, o objetivo da “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino” (Lei 8.080/90, art.27).

O Programa Saúde da Família (PSF), no âmbito do SUS, criado no ano de 1994, é apontado como a principal estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica. Uma das grandes contribuições introduzidas pelo PSF foi uma visão ativa

da intervenção em saúde, a de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente. Além disso, ele trouxe as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde (Viana & Dal Poz, 1998).

O PSF busca a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Desde 2001, a saúde bucal foi incluída no PSF, tendo como objetivos “melhorar as condições de saúde bucal da população”, “orientar as práticas de atenção à saúde bucal”, bem como “ampliar o acesso das famílias brasileiras às ações de saúde bucal” (MS, Portaria N.º 267/GM, 2001). A inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF amplia as perspectivas de mercado de trabalho para o cirurgião-dentista “despontando o serviço público como alternativa promissora” (Silveira Filho, 2002:37).

A conformação do SUS aponta, assim, para a necessidade de uma reestruturação na lógica que tradicionalmente vinha determinando a formação dos profissionais de Odontologia, fazendo necessário levar em consideração os princípios e diretrizes da política de saúde nacional, pois se constata que “a maioria dos profissionais de Odontologia que compõem os serviços públicos de saúde (...) desenvolvem uma prática tradicional em que o modelo privado de atenção é transferido acriticamente para a prática pública” (II CNSB, 1993:16). Em conformidade, percebe-se preocupação a respeito da formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas, uma vez que estes “são precocemente direcionados para as especialidades” (Valença, 1998:14) e são formados para uma lógica diferente do SUS (Valença, 1998).

No que diz respeito à Odontologia no SUS, destaca-se que a inserção das ações de saúde bucal torna-se indispensável para garantir a integralidade da assistência, uma vez que praticamente toda a população já apresentou ou apresenta doenças bucais, sendo as mais freqüentes a cárie dentária¹ e a doença periodontal². Além disso, diante de todas as inovações nos conceitos e no desenho do PSF, percebe-se que os cirurgiões-dentistas necessitam de conhecimentos e habilidades adicionais (ou seja, uma formação

¹ De modo sucinto, a cárie pode ser vista como uma doença infecto-contagiosa, reversível (quando tratada precocemente) e multifatorial (fatores múltiplos interagem nesta doença) que ataca as estruturas mineralizadas dos dentes, promovendo a destruição progressiva das mesmas.

² A doença periodontal é uma condição patológica infecciosa (quando microorganismos formam colônias produtoras de ácidos e substâncias tóxicas) que afeta os tecidos que conferem sustentação aos elementos dentais. As categorias mais prevalentes de doença periodontal são as gengivites e as periodontites.

comprometida com a Saúde Pública/Saúde Coletiva) para que possam atuar nos moldes desta estratégia, uma vez que esta se encontra em expansão.

O processo de graduação em Odontologia privilegia, de modo geral, a formação centrada no atendimento individual, na complexidade tecnológica e na crescente especialização, enfatizando-se o tratamento das seqüelas das doenças bucais, o que, por sua vez, acaba reproduzindo o modelo de prática assistencial odontológico hegemônico no Brasil. Este modelo foi desenvolvido com base no profissional liberal, significando que o profissional é preparado no sentido de oferecer certos tipos de trabalhos em troca de um pagamento determinado.

O Brasil possui um gigante contingente de cirurgiões-dentistas. Atualmente, existem mais de 180 mil profissionais distribuídos pelo território nacional (MS, SAS, 2003) e, ao mesmo tempo, a situação de saúde bucal pode se ser considerada como calamitosa (CNSB, 1986). Há um grande paradoxo: apesar da grande quantidade de profissionais, a população brasileira apresenta uma incidência muito alta de doenças bucais. Pode-se observar que há uma grande discrepância entre o avanço tecnológico e científico da Odontologia brasileira e os níveis de saúde bucal da população (II CNSB, 1993).

Os recentes conhecimentos sobre a etiologia, o diagnóstico e as possibilidades de tratamento para as doenças bucais, juntamente com aqueles que têm sido incorporados de outras Ciências (como os das Ciências Sociais e Humanas), podem trazer avanços importantes para a Odontologia, permitindo aos cirurgiões-dentistas uma atuação profissional mais ampla na sociedade. A conformação do movimento intitulado “Saúde Bucal Coletiva” no Brasil, incorpora e reafirma conhecimentos advindos destas outras áreas do saber, bem como aqueles conceitos e princípios da Reforma Sanitária, os quais foram incorporados no SUS.

Assim sendo, o estudo e o conhecimento em Saúde Coletiva na graduação do cirurgião-dentista permitem que inúmeras abordagens teóricas e práticas possam ser assimiladas pelos futuros profissionais, quando do enfrentamento das doenças bucais na coletividade, de modo a se produzir mais saúde e qualidade de vida. Desta forma, os recursos humanos em Odontologia devem ser “preparados para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não será possível obter impacto na cobertura à população e nem alterar suas características epidemiológicas” (II CNSB, 1993:5). Para tanto, os

profissionais de saúde “devem ter incorporadas na sua formação, condições que os habilitem a trabalhar em nível comunitário, buscando resgatar a cidadania dos indivíduos, com vistas à construção de um modelo de atenção que contemple a integralidade da atenção, a dignidade e a ética” (II CNSB, 1993:5).

Na formação profissional, a atuação do professor é fundamental para a aprendizagem do aluno. O professor pode tanto incentivar o aluno na construção de uma visão crítica da realidade e da sociedade em que está inserido, quanto, até mesmo, desestimulá-lo ao adotar determinada postura/forma de transmitir as informações e de desenvolver suas atividades de educação na graduação em Odontologia. Salienta-se, assim, que a presença e a postura do professor influenciam na busca dos educandos (Freire, 1996:70).

Em acréscimo, há muitas propostas alertando para a necessidade de formação de um profissional generalista em Odontologia. Merecem destaque, neste contexto, as Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia (Parecer CNE/CES 1300/01, Resolução CNE/CES N.º 03/02). Estas diretrizes estão desencadeando processos de reforma curricular nos cursos e faculdades de Odontologia do Brasil, uma vez que se conformam em orientações que devem, obrigatoriamente, ser incorporadas pelas instituições de ensino. Elas representam um avanço na aproximação entre o Ministério da Saúde e o da Educação (MEC) no sentido de que enfatizam a formação de recursos humanos em saúde em conformidade com o conceito de saúde e os princípios do SUS.

Tendo em vista estas considerações, este estudo analisa aspectos da formação do cirurgião-dentista, tendo como eixos o Sistema Único de Saúde e as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (MEC). Buscou-se identificar como os professores de Odontologia percebem o processo de formação acadêmica do cirurgião-dentista neste contexto de mudanças. Pretendeu-se conhecer as suas percepções³ sobre

³ A palavra percepção pode ser definida como “ato, efeito ou faculdade de perceber” (Ferreira, 2002:526), estando relacionada, assim, a uma ação de adquirir conhecimentos por meio dos sentidos (Ferreira, 2002). A sensação e a percepção representam as formas principais do conhecimento sensível, também chamado de conhecimento empírico ou experiência sensível (Chauí, 2003). As pessoas, entretanto, sentem o mundo que as cerca, por meio de várias sensações simultâneas, ou seja, elas percebem várias qualidades e atributos sentidos como integrantes das coisas ou dos seres complexos. Diz-se, assim, que na realidade, as pessoas não têm sensações isoladas umas das outras, mas sim, sensações na forma de percepções. A percepção, então, seria tida como a “reunião de muitas sensações” ou como “uma síntese de sensações simultâneas” (Chauí, 2003:132). Ressalta-se que ela não se refere à soma de sensações elementares, mas sim, ao conhecimento sensorial de formas ou de totalidades dotadas de sentido (Chauí, 2003: 134).

aspectos curriculares e o perfil do profissional egresso, sobre o Sistema Único de Saúde, sobre a operacionalização do ensino de Odontologia em Saúde Coletiva, sobre o processo de ensino-aprendizagem e, também, sobre o seu papel, enquanto docentes, na educação odontológica.

Para tanto, foram utilizados como sujeitos da pesquisa empírica professores do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS. Pretendeu-se ouvir os professores por entender que eles atuam como “formadores de opinião” e como co-responsáveis pela transmissão da cultura profissional, assumindo, assim, um papel fundamental na educação dos futuros cirurgiões-dentistas.

Esta dissertação está composta por cinco capítulos. No Capítulo I são apresentadas informações gerais sobre a Odontologia, em termos do processo histórico do seu desenvolvimento, da caracterização do modelo hegemônico de prática odontológica, da descrição das condições de saúde bucal da população, da oferta de cirurgiões-dentistas no Brasil e do acesso aos serviços odontológicos. Busca-se, desta maneira, contextualizar a Odontologia enquanto profissão, em algumas de suas relações e conseqüências na sociedade.

No Capítulo II são feitas considerações sobre a formação acadêmica do cirurgião-dentista. São resgatados aspectos das legislações curriculares, com destaque para a visualização das atuais Diretrizes do MEC. Além disso, busca-se problematizar o ensino odontológico, considerando a atuação privada e aquela no âmbito do SUS. Salientam-se os princípios do SUS e as contribuições da Saúde Coletiva.

No Capítulo III são apresentados conceitos do processo de ensino-aprendizagem. Busca-se refletir sobre educação, sobre “ensino-aprendizagem” e sobre o papel dos professores neste processo, fornecendo subsídios para pensá-los na formação do cirurgião-dentista.

No Capítulo IV está descrito o caminho metodológico deste estudo. São explicados os passos seguidos, tanto em termos de pesquisa bibliográfica/documental quanto aqueles da pesquisa empírica.

No Capítulo V são apresentados os resultados das entrevistas com os docentes de Odontologia. Cabe ressaltar que se optou por valorizar a citação de trechos das entrevistas,

em detrimento da objetivação dos mesmos. Espera-se, com isso, enriquecer a abordagem com os sentidos das “falas cristalizadas”.

E, por fim, são traçadas, num esforço de sistematização, as considerações finais deste estudo.

CAPÍTULO I

FALANDO DA ODONTOLOGIA

1- Aspectos Históricos do Desenvolvimento da Odontologia

Conhecer um pouco mais acerca do desenvolvimento da Odontologia e de seu modelo de prática atual remete, invariavelmente, a olhar para sua origem, mesmo que de forma breve. Há que se ter em mente, entretanto, que os acontecimentos passados, ou seja, aqueles que se referem às origens da profissão, não podem ser considerados como os determinantes únicos do seu comportamento atual, afirmando-se que não há uma “evolução natural” (ou sucessão natural) de acontecimentos. Assim sendo, as mudanças que acontecem na sociedade influenciam no presente e projetam novas conformações para o futuro, havendo espaço para avanços, retrocessos, contradições, disputas e questionamentos, ou seja, um tempo-espaço não linear. Alguns autores têm trazido importantes informações sobre o processo histórico que resultou no surgimento da profissão de cirurgião-dentista no ocidente e no Brasil, especificamente (Chaves, 1986; Perri de Carvalho, 1995; Ring, 1998; Botazzo, 2000; Freitas, 2001; Narvai, 2002; Fernandes Neto, 2003; Carvalho, 2003).

As profissões são criadas nas sociedades a partir de determinadas necessidades (Iyda; 1998; Narvai, 1999; Botazzo, 2000; Carvalho 2003) que, uma vez estabelecidas, determinam o surgimento de serviços que possuam algum grau de eficiência e de regularidade de oferta⁴. Com a Odontologia não foi diferente. Assim, a “profissionalização da atividade só se efetivou a partir da necessidade dos próprios homens de negarem uma realidade agressiva e adversa” (Iyda, 1998:132). Neste mesmo sentido, Ring (1998) coloca que “a Odontologia se converteu em uma disciplina científica independente, não da noite

⁴ De acordo com Carvalho (2003), uma profissão pode ser vista enquanto “um conjunto de características e funções sociais” (Carvalho, 2003:18). Tomando por base alguns dos estudos revisados pela autora, podem ser destacadas as seguintes características das profissões: monopólio de habilidades, treinamento padronizado, competência numa área específica, existência de aparatos de auto-regulação, autonomia técnica, status social, ocupação e dedicação dos membros, produção de conhecimentos e competências, busca pela solução de problemas relevantes e controle do campo de trabalho, dentre outros.

para o dia, mas depois de muitas experiências dolorosas e denodada entrega por parte de várias gerações de profissionais” (Ring, 1998:157).

Chaves (1986), apresenta uma divisão em etapas para o processo histórico da Odontologia, desde seus primórdios até o momento de avanço em que ela chegou nos países mais desenvolvidos, descrevendo, para tanto, as características de cada uma destas etapas. Mesmo havendo dificuldades em se criar divisões fixas para os acontecimentos que resultam de processos, a forma como Chaves (1986) trabalha com o desenvolvimento da Odontologia permite refletir e visualizar o seu grau de desenvolvimento em cada país. A divisão apontada por Chaves (1986) acontece em cinco etapas diferenciadas, a saber: (1) etapa de ocupação indiferenciada; (2) etapa de diferenciação ocupacional; (3) etapa inicial de profissionalização; (4) etapa intermediária de profissionalização; e (5) etapa avançada de profissionalização⁵.

Carvalho (2003) destaca algumas razões pelas quais a Odontologia se tornou uma profissão independente: (1) a expansão e transformação do mercado de consumo de serviços odontológicos, estimulada pela disseminação das doenças bucais, especialmente da cárie dentária, na primeira metade do século XIX; (2) a existência de condições técnicas e econômicas em torno da prática odontológica do século XIX; (3) a proliferação de diferentes grupos de praticantes de Odontologia, qualificados e desqualificados na “arte dental”, e as disputas pelo controle do mercado de serviços odontológicos; (4) o desenvolvimento de uma noção utilitária de Odontologia e a luta para a obtenção de reconhecimento público; bem como (5) as descobertas relacionadas ao campo da Odontologia e o desenvolvimento de teorias científicas sobre os problemas dos dentes e da boca (Carvalho, 2003:34).

Tem sido relatado que as doenças bucais acompanham o homem desde tempos muito remotos (Bezerra & De Toledo, 1999:48), sendo observados, em crânios do homem pré-histórico, vestígios das doenças cárie e periodontal, as duas enfermidades que ainda hoje acometem a maior parte da população. Diferentes tratamentos para estas doenças foram propostos ao longo dos tempos, como o uso de poções mágicas, de feitiçarias, de

⁵ Para maiores informações, consultar Chaves (1986) pp. 150-155. O termo “profissionalização” pode ser entendido como o processo pelo qual as ocupações se organizam para conquistar atributos profissionais e obter controle sobre determinado campo de trabalho (Carvalho, 2003:18).

ervas etc., até o desenvolvimento de técnicas e tecnologias mais avançadas, principalmente, a partir do século XIX e início do século XX.

Freitas (2001:108) afirma que uma mudança no perfil da cárie dentária, de uma doença indolor para uma afecção violenta e muito dolorosa, principalmente a partir de mudanças drásticas nos padrões dietéticos, com o advento do consumo do açúcar (a partir do século XVI) foi uma das molas propulsoras para a organização de um corpo de práticas e de conhecimentos que viriam a originar futuramente a profissão de cirurgião-dentista.

Neste mesmo sentido, Carvalho (2003), ao analisar a profissionalização da Odontologia no ocidente, afirma que a emergência e a consolidação do mercado de serviços odontológicos (séculos XVIII e XIX, respectivamente) estão relacionadas com o crescente consumo de açúcar na sociedade ocidental. Esta visão é encontrada também em Iyda (1998), a qual afirma que as experiências humanas com a dor e com as dificuldades de mastigação estão no princípio do surgimento da Odontologia como atividade específica (Iyda, 1998:132). Hoje, a dieta é considerada como um dos fatores determinantes envolvidos no surgimento/progressão da doença cárie (Maltz, 2000).

No início do século XVII o acesso ao açúcar esteve circunscrito aos nobres e ricos, pois este produto era considerado um artigo de luxo. Somente a partir do século XIX o açúcar passou a ser consumido em massa, ou seja, pelos estratos populacionais menos favorecidos⁶. Observa-se que houve uma distribuição semelhante entre o acesso/ consumo do açúcar e a disseminação da cárie dental: inicialmente a doença esteve circunscrita aos ricos e nobres e, posteriormente, a partir do século XIX, atingindo a população de maneira indistinta. Além disso, concomitantemente, a doença cárie tornou-se mais severa, apresentando sintomatologia dolorosa típica, com episódios de dores agudas e rápida destruição das estruturas mineralizadas dos dentes (Carvalho, 2003).

A disseminação da doença cárie dental na população, independentemente da condição econômica, e a conseqüente necessidade por tratamento passou a constituir uma demanda crescente por alguma resposta em termos de serviços odontológicos, requerendo profissionais que pudessem resolver os problemas dos “dentes” e da “boca”.

⁶ Chama-se a atenção para a influência da Revolução Industrial e do processo de urbanização na expansão do consumo de açúcar pelas massas, uma vez que este passa a ser um dos principais ingredientes de ingestão calórica da classe trabalhadora (Mintz, 1986 *apud* Carvalho, 2003:43).

Para um maior entendimento acerca do desenvolvimento da Odontologia moderna, enquanto profissão independente, há que se fazer uma rápida revisão de alguns fatos ocorridos na França, entre o final do século XVII e início do século XVIII e, nos Estados Unidos, principalmente a partir da metade do século XIX.

Afirma-se que, na Idade Média Européia, os responsáveis pelo tratamento dos dentes eram os cirurgiões-barbeiros (Ring, 1998:8).

Durante o século XVII, os prestadores de serviços odontológicos eram procurados com a finalidade de aliviar a dor de dente e o sofrimento dela decorrente. Estes episódios eram tratados principalmente por meio das extrações dos elementos dentais comprometidos pela doença cárie. Nesta época, a substituição dos dentes extraídos não era considerada essencial (Carvalho, 2003).

Ring (1998) relata que, desde o final do século XVII, já havia, na França, uma preocupação das autoridades acerca da qualificação daqueles que se ocupavam do exercício da Odontologia. Desta forma, este autor relata que, já no ano de 1699, o Parlamento Francês aprovou uma lei estipulando que os dentistas (*experts pour les dents*), juntamente com os outros especialistas, deveriam ser examinados por um comitê de cirurgiões⁷ antes que se lhes permitisse exercer em Paris e em sua volta. Este exame foi criado pois “havia muitos charlatões na Europa, os quais sem nenhuma qualificação, não tinham dificuldade nenhuma de atrair clientes” (Ring, 1998:157). Percebe-se uma certa inquietação por parte das autoridades com os trabalhos prestados por pessoas consideradas despreparadas, demonstrando a necessidade de se impor algum tipo de regulamentação no exercício profissional. Conseqüentemente, pode-se pensar que existia, também, uma preocupação com a formação dos que praticavam a Odontologia, uma vez que a regulamentação visava “afastar” os “despreparados” da execução da atividade.

Além disso, Ring (1998) chama a atenção para o fato de que o desenvolvimento da Odontologia moderna também está relacionado com acontecimentos da França do século XVIII e com a figura do cirurgião Pierre Fauchard⁸. Segundo Carvalho (2003), a partir

⁷ Nesta época, a cirurgia era um dos campos que refletia a superioridade da França, enquanto nação mais culta e civilizada da Europa. A medicina era considerada apática e atrasada em relação à cirurgia (Ring, 1998).

⁸ Pierre Fauchard nasceu no ano de 1678. Formou-se como cirurgião-militar e se instalou em Paris por volta de 1719. Teve o mérito de unificar e ordenar tudo o que se sabia sobre Odontologia no ocidente, beneficiando, desta maneira, todos os profissionais desta especialidade. Morreu no ano de 1761 (Ring, 1998).

desta época, houve uma maior preocupação das pessoas com a estética e com a elegância. Esta mudança no comportamento social foi acompanhada do surgimento de uma variedade de produtos e de técnicas para os que praticavam a arte dental⁹. Desta maneira, não bastava mais resolver somente o problema da dor de dente por meio das extrações, como acontecia no século XVII. Tornava-se importante, agora, “repor os dentes” que faltavam, mas quem ditava esta necessidade era a vaidade e não a idéia de função vital dos elementos dentais (Woodforde, 1968 *apud* Carvalho, 2003:40). Ademais, a reposição dos dentes estava restrita às pessoas que podiam pagar pela “mercadoria” (no caso, os dentes), ou seja, esteve circunscrita aos segmentos mais nobres e aos ricos. Para as pessoas desprovidas de riquezas, as extrações continuavam sendo a opção de escolha para os “problemas de dente” (Carvalho, 2003).

No ano de 1728, na França, foi publicado o livro “Tratado dos Dentes” (*Le chirurgien dentiste ou Traité des Dents*)¹⁰, de Pierre Fauchard. Esta obra é tida como um marco dentro da Odontologia moderna, sendo seu autor considerado o responsável pela criação da profissão de “cirurgião-dentista”. Isto aconteceu pois foi Fauchard quem teria separado a Odontologia do campo mais amplo da cirurgia e, sobretudo, do ofício dos sacamolas, feito que o tornou conhecido como o “Pai da Odontologia” (Ring, 1998).

Assim, a Odontologia, na França, passa a ser equiparada a uma profissão independente, “com seu próprio campo devidamente circunscrito de deveres e serviços e seu próprio nome” (Ring, 1998:166). Fauchard acreditava que a separação da Odontologia provocaria uma melhora do nível profissional, pois muitos dos barbeiros e cirurgiões da época eram considerados despreparados (Ring, 1998; Freitas, 2001:104). Assinalou, ademais, que “a maior parte dos ‘especialistas em Odontologia’ não possuíam sequer um conhecimento médio” (Ring, 1998:160). A profissão havia se organizado, inicialmente, em torno dos cirurgiões-barbeiros.

⁹ Utiliza-se o termo “arte dental”, pois o trabalho realizado pelos que se dedicavam aos serviços odontológicos, nesta época, estava mais relacionado com as habilidades manuais, típicas de um artesão, e que se baseavam no conhecimento empírico (a Odontologia ainda não havia agregado “cientificidade”). Desta forma, é possível diferenciar a “arte dental” (baseada no trabalho manual e nas habilidades de um artesão) da “ciência dental” (baseada em conhecimentos científicos, como as ciências médicas) (Carvalho, 2003).

¹⁰ Esta obra magna de Pierre Fauchard tinha 863 páginas em dois volumes, sendo “o livro mais importante sobre Odontologia surgido até aquela data e iria permanecer como uma autoridade até o século seguinte” (Ring, 1998:160). Fauchard cobriu todo o campo da Odontologia, escrevendo sobre anatomia e morfologia dental, anomalias dos dentes, causas e prevenção da cárie dental, patologia oral, odontologia conservadora e protética.

Segundo Ring (1998) foi o próprio “Pierre Fauchard quem cunhou a expressão cirurgião-dentista” (Ring, 1998:166), que é como os franceses chamam seus dentistas ainda hoje. Depreende-se, desta forma, a importância que os acontecimentos da França e Pierre Fauchard, particularmente, tiveram no surgimento da profissão e na unificação e no ordenamento de conhecimentos que beneficiaram todos os profissionais da especialidade odontológica.

Pode-se dizer que desde o início do desenvolvimento da atividade odontológica predominaram as tarefas manuais, relacionadas com a extração e a reposição de dentes, ou seja, a “arte dental”, a qual representava uma função muito mais artesanal e manual do que científica, o que, por sua vez, estava ligada a uma baixa estima social (Carvalho, 2003:32). Assim, de acordo com esta autora, sugere-se que não foi um único grupo de praticantes o responsável pelo surgimento da profissão odontológica, sendo possível observar, principalmente a partir da metade do século XVIII, vários grupos de praticantes da “arte dental”, tais como: barbeiros, ferreiros, ourives, relojoeiros, boticários, cirurgiões, médicos, etc. Muitos destes exerciam a Odontologia como atividade complementar à sua de origem; já outros se tornaram dentistas em tempo integral (Carvalho, 2003:46-47).

Embora a França tenha sido o berço da Odontologia moderna, durante o século XIX a liderança neste campo passou para os Estados Unidos¹¹. Ao analisar a atividade dos dentistas americanos da primeira metade do século XIX, Carvalho (2003) destaca que havia dois tipos de dentistas: (1) aqueles com formação empírica ou mecânica, os quais representavam o grupo maior, e que eram vistos como “tiradentes” e como “comerciantes de dentes artificiais”, cuja formação caracterizava-se pelo empirismo, limitada especialização e trabalho essencialmente mecânico; e (2) aqueles com formação profissional ou científica, em um grupo bem menor, composto basicamente por médicos, os “científicos” (Carvalho, 2003:51).

Esta autora destaca que a Odontologia, no século XIX, esteve dividida entre os que defendiam a “arte dental” e os defensores da “ciência dental” (Carvalho, 2003:52). Conformou-se, assim, uma verdadeira disputa interna na Odontologia, quando “algumas

¹¹ Dentre as razões para esta mudança destacam-se (Ring, 1998): a suspensão temporária do avanço das ciências na França pelo caos trazido pela revolução; o espírito de investigação se arraigou na jovem nação americana; os dentistas profissionais do velho mundo vão aos Estados Unidos pela possibilidade de carreira e de obter ganhos; e a literatura odontológica cresceu muito em volume e importância nos Estados Unidos: entre 1800 e 1840 foram publicados 44 tratados neste país.

lideranças odontológicas radicalizavam em torno da abordagem científica enquanto que outras acreditavam que a habilidade e a destreza manuais eram categorias que, de fato, sustentavam a credibilidade do trabalho odontológico” (Carvalho, 2003:55).

Como os dentistas estavam em busca do reconhecimento profissional (principalmente em relação à profissão médica) e social (em relação à sua credibilidade pública) foram travadas frentes de batalha pela igualdade com a profissão médica e pela supremacia aos charlatões (Carvalho, 2003:54).

A elevação da qualificação dos dentistas se daria por meio da formação destes profissionais nos mesmos moldes dos médicos, ou seja, através das ciências médicas, como anatomia, fisiologia, patologia, cirurgia e terapêutica. Os dentistas esforçaram-se, então, em construir a idéia de que uma sólida formação, baseada na ciência, seria indispensável para a prática da Odontologia (Carvalho, 2003:56).

Em 1840 foi criada a primeira escola de Odontologia do mundo, o “Baltimore College of Dental Surgery” na cidade de Baltimore, nos Estados Unidos. Há consenso de esta tenha sido a primeira escola, porque na Europa os conhecimentos sobre Odontologia eram ministrados em faculdades de Medicina, em seguida à formação médica (Perri de Carvalho, 1995:4).

A criação de instituições formadoras teve como finalidade ultrapassar as metáforas de “arte mecânica” vinculadas à Odontologia, tornando-a científica e, portanto, equiparando-a à Medicina e, assim, conseguindo respeito e credibilidade por parte dos profissionais médicos e da opinião pública. Além disso, visava atingir os irregulares que atuavam na Odontologia (charlatões e empíricos), tentando afastá-los e dificultando seu ingresso na profissão (Carvalho, 2003). Pode-se dizer, então, que a Odontologia somente “aparece como uma profissão moderna e independente, em meados do século dezenove, época em que foram estabelecidas as primeiras organizações profissionais - escolas, associações e jornais” (Carvalho, 2003:33). A partir daí estavam alicerçadas as bases para o desenvolvimento da profissão.

Segundo Pinto (2000), o século XX vivenciou o desenvolvimento de uma Odontologia capaz de oferecer, com qualidade, alternativas técnicas de crescente sofisticação e praticidade para solucionar os problemas de saúde bucal (incluídos aí os mais complexos) dos seus clientes.

1.1- Aspectos da História da Odontologia no Brasil

A primeira vez que o termo “dentista” foi mencionado nos documentos oficiais brasileiros foi no “Plano de Exames” da Junta do Protomedicato¹² (Perri de Carvalho, 1995; Carvalho, 2003), o qual foi editado no ano de 1800, prevendo que, a partir daquela data, seriam aplicados exames para “cirurgiões herniários, dentistas e sangradores” (Carvalho, 2003: 99 *apud* Cunha, 1952: 72).

Com a vinda da família real portuguesa, em 1808, foram criadas as primeiras escolas de cirurgia no Brasil¹³, a Escola de Cirurgião no Hospital São José, na Bahia e a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica no Hospital Militar e da Marinha, no Rio de Janeiro. De acordo com Perri de Carvalho (1995) a primeira carta de dentista¹⁴ foi expedida no ano de 1811. Destaca-se que nesta época a “arte de tirar dentes” era executada principalmente por sangradores e barbeiros, ou seja, pessoas que não tinham uma educação formal. Aos poucos começaram a se estabelecer no Brasil (principalmente na cidade do Rio de Janeiro) dentistas formados em escolas européias, com destaque aos franceses (em meados do século XIX). Somente por volta da década de 1840 é que se estabeleceu, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro dentista formado nos Estados Unidos, Clinton Van Tuyl.

Mais tarde, em 1849, este dentista teve o mérito de publicar o primeiro livro sobre Odontologia no Brasil, intitulado de “Guia dos Dentes Sãos”, o qual abordava algumas moléstias da boca e seus tratamentos, desde a infância até a velhice (Perri de Carvalho, 1995).

¹² A Junta do Protomedicato foi criada em 1782, em substituição aos cargos de físico-mor e de cirurgião-mor, os quais eram responsáveis pelo licenciamento das atividades. Esta Junta estava composta de médicos e de cirurgiões aprovados, os quais tinham a função de fiscalizar o exercício das atividades ligadas à “arte de curar”. No entanto, esta junta teve pouca duração, pois com a vinda de Dom João VI as funções passaram novamente para um cirurgião-mor, um físico-mor e seus delegados. Na época, os candidatos às atividades obtinham o licenciamento por meio de exames (Perri de Carvalho, 1995:1; Carvalho, 2003: 98). Para maiores informações, consultar Carvalho (2003).

¹³ De acordo com Carvalho (2003:99) estas escolas de cirurgia foram transformadas em escolas de Medicina em 1832 (até então, não existiam essas escolas no Brasil).

¹⁴ Corresponhia a primeira carta de licença expedida no Brasil: expressava o direito de “tirar dentes” não mencionando em outros serviços bucais (Carvalho, 2003:103)

A partir de 1951 o Estatuto das faculdades de Medicina previa um exame para os dentistas. Este exame, no entanto, foi visto como sendo incipiente, uma vez que não era exigida uma preparação maior por parte dos candidatos e o aprendizado continuava sendo aquele fora dos ambientes escolares, ou seja, junto aos dentistas que já exerciam. No ano de 1954, por meio de outra reformulação do Estatuto da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro é que foram incluídos os exames para os pretendentes à profissão de dentista (Perri de Carvalho, 1995:2).

A regulamentação do exercício profissional da Odontologia no Brasil aconteceu por meio do Decreto N° 1.764, de 14 de maio de 1856. Até então, eram realizados “exames” para os dentistas e para os sangradores que quisessem se habilitar a fim de exercer a profissão, conforme descrito acima (Perri de Carvalho, 1995). O engajamento dos profissionais era feito pela concessão do título àqueles que recebiam um aprendizado informal, dentro de uma prática artesanal (Fernandes Neto, 2003).

No ano de 1869 surgiu a “Arte Dentária”, primeira revista de Odontologia do país, a qual foi fundada pelo dentista João Borges Diniz, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

O Decreto N° 7247, de 19 de abril de 1879, definiu que ficavam anexos, às faculdades de Medicina, uma escola de Farmácia, um curso de Obstetrícia e outro de “Cirurgia Dentária”. Surgiu, desta forma, um curso específico destinado para aqueles que se dedicavam à “arte dentária”. A 4 de julho de 1879, a Decisão do Império N°10 estabelecia que aos aprovados no curso de “Cirurgia Dentária”, seria atribuído o título de “cirurgião-dentista” (Perri de Carvalho, 1995:3).

Somente no ano de 1882, é que começou a ser formalizado o ensino da Odontologia no Brasil, por meio da legislação que criou os Laboratórios de Cirurgia e Prótese Dentárias nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (Lei Orçamentária N.º 3141, de 30 de outubro de 1882). A 25 de outubro de 1884, ou seja, quase meio século após a criação da Escola de Odontologia de Baltimore, foi oficialmente instituído o ensino da Odontologia no Brasil, através do Decreto N.º 9311 do Governo Imperial. Isso foi possível em função da chamada “Reforma Sabóia”, desenvolvida pelo diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Visconde Sabóia. O ensino foi vinculado inicialmente às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. No entanto, mesmo que os cursos

estivessem localizados nas faculdades de Medicina, a exemplo do que acontecia na Europa, no Brasil não existiam disciplinas comuns entre eles (Perri de Carvalho, 1995:4).

No ano de 1933, passados 14 anos do Decreto de Delfim Moreira (de 1919), o qual estabelecia a criação de cursos superiores de Odontologia com 4 anos de duração, os cursos de Odontologia tornaram-se autônomos, ou seja, desligaram-se da tutela das escolas médicas, o que facultou a algumas escolas a criação de disciplinas além das obrigatórias (Fernandes Neto, 2003).

De acordo com Freitas (2001:34), no ano de 1959, existiam trinta e três cursos de Odontologia no Brasil, sendo que destes apenas oito possuíam algum tipo de biblioteca e mais da metade deles (65%) não ofereciam disciplinas de Higiene e Odontologia Social (tendo como fonte o Relatório CAPES), caracterizando um ensino defasado e carente de reformas. Desta forma, a Odontologia brasileira “se estabelece como uma profissão técnica, se firma enquanto prática e não como ciência, e só muito posteriormente se preocupará em tornar-se científica” (Freitas, 2001:38).

Assim, a profissão odontológica no Brasil se desenvolveu, desde o início, de forma independente da Medicina (Carvalho, 2003:31). Ela possui regulamentação própria através da Lei 4.324, de 14 de abril de 1964, a qual instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, e através da Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regulamenta o exercício da Odontologia no país. O Decreto 68.704/71 regulamentou, posteriormente, a Lei 4.324/64 (Carvalho, 2003). O título fornecido ao aluno concluinte de curso ou faculdade oficial ou reconhecida de Odontologia no Brasil é o de “cirurgião-dentista”. O diploma deve ser registrado junto ao Ministério da Educação (MEC) e depois o profissional deve se inscrever no Conselho Regional de Odontologia de seu Estado (CRO).

2- Caracterizando o Modelo Hegemônico de Prática Odontológica

A Odontologia, ao longo de seu processo histórico, deu origem à conformação de um modelo de prática odontológica. Este modelo pode ser entendido como resultado de vários fatores, dentre os quais o contexto histórico, o desenvolvimento social e econômico, as necessidades da população, a influência do saber biomédico (das ciências médicas), dos

decretos, dos pareceres e das legislações específicas, das diferentes formas assumidas pelos currículos nos cursos, bem como dos avanços em ciência e em tecnologia, estando incluídos aí os interesses das indústrias de materiais, medicamentos e equipamentos.

Percebe-se, cada vez mais, na Odontologia atual, grande quantidade de cirurgiões-dentistas dotados de capacidade técnica e disponibilidade tecnológica, voltados para os pacientes que podem pagar, mas estes são em número cada vez menor (Freitas, 2001:78). Configura-se, assim, o modelo de profissional liberal na Odontologia, significando que o profissional é preparado no sentido de oferecer certos tipos de trabalhos em troca de um pagamento determinado. É evidente a contradição entre os desejos de lucro de uma classe profissional fundamentalmente liberal e o poder aquisitivo das largas camadas da população (Valença, 1998). Em contraposição, no dizer de Freitas (2001), “o status do dentista que se dedica à atenção primária e ao serviço público é menor perante seus próprios colegas” (Freitas, 2001:78).

Neste mesmo sentido, Pinto (2000), coloca a idéia de que a prática odontológica se encontra fundamentada em um modelo perverso de organização, o qual com freqüência, acaba por “concentrar a oferta de serviços junto aos grupos de média e alta renda, daí resultando o estreitamento do alcance dos avanços tecnológicos que terminam por beneficiar apenas os setores economicamente mais favorecidos da população” (Pinto, 2000:2).

Ao construir uma visão crítica da Odontologia, Botazzo (2000) a caracteriza como “uma disciplina que tem a pretensão de nomear a boca como o seu objeto e que exerce junto dele o seu domínio” (Botazzo, 2000:21). Acrescenta que a prática desta disciplina é muitas vezes alienada do seu compromisso público com a saúde e com a cidadania. Vários seriam os elementos a serem criticados na profissão, dentre eles o mercantilismo, o elitismo e o pronunciado gosto pela superfície do seu objeto (Botazzo, 2000).

A Odontologia, enquanto profissão liberal por origem, vem alimentando o sonho de ascensão no inconsciente de muitos aspirantes ao título de cirurgião-dentista (podendo-se adotar as palavras de Botazzo (2000), ao descrevê-la como “sonho de ascensão da classe burguesa”). Historicamente, os profissionais de Odontologia vieram se organizando em torno do atendimento a pequenos grupos populacionais, ou seja, em torno da clientela adscrita que procurava por atendimento odontológico. Ainda, conforme assinalado por

Botazzo (2000), muitos candidatos ao título de cirurgiões-dentistas, buscam obter prestígio e fazer “fortuna” com a profissão.

De acordo com o Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) o modelo atual de prática odontológica “cobre as necessidades de somente 5% da população” (I CNSB, 1986:4). Além disso, este relatório destaca a concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, inclusive nos Serviços Públicos neles localizados, a pouca utilização de pessoal auxiliar de nível elementar e médio, a quase inexpressiva utilização, de forma sistematizada, de métodos preventivos de caráter coletivo, a falta de democratização de conhecimentos e de informações sobre saúde bucal à população, a tendência de se valorizar a especialidade em detrimento da clínica geral, a proliferação de faculdades de Odontologia, com queda do nível de ensino e, por fim, a inadequação do profissional formado às necessidades da comunidade e à realidade social em que vive (I CNSB, 1986:5).

O documento final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993) reafirma os apontamentos feitos na I CNSB, interpretando que o modelo de saúde bucal vigente no Brasil se caracteriza pela

“limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação” (II CNSB, 1993:4).

Pinto (1993) coloca que a Odontologia, “habituada ao atendimento direto com o paciente e aos programas de saúde pública para pequenas comunidades, em geral de escolares, descobriu que esse tipo de prática não conseguiu melhorar ou sequer manter estáveis os níveis de saúde bucal dos brasileiros” (Pinto, 1993:2), vendo-se envolvida numa crise geral, onde seu modelo de ação (liberal por natureza) passa a ser contestado.

Este modelo é tido como ineficaz na medida em que não responde à resolução, ou redução em níveis significativos, dos problemas de saúde bucal da população e é ineficiente uma vez que é de alto custo e baixo rendimento. Percebe-se, ainda, a inadequação em relação ao preparo dos recursos humanos em nível superior, uma vez que estes são

formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país, precocemente direcionados para as especialidades e bastante dissociados das características dos serviços onde deverão (ou poderão) atuar (CNSB, 1986; Valença, 1998).

O modelo de prática odontológica no Brasil, na visão de Botazzo (2000), se encontra à beira da exaustão, em que a profissão literalmente se encontra “metida num beco” (Botazzo, 2000:23). Assim, este esgotamento se confirma pelas crescentes afirmações de incompetência social e epidemiológica (Botazzo, 2000).

Após esta ampla caracterização e críticas afirma-se a necessidade de transformação do atual modelo hegemônico de prática odontológica. No âmbito do Sistema Único de Saúde, o modelo de atenção à saúde bucal deve ser desenvolvido sob a égide da Reforma Sanitária, incorporando seus compromissos e sendo orientado pelas propostas de universalidade do acesso, da integralidade e resolutividade das ações, com a inclusão de especialidades segundo o perfil epidemiológico da população. Busca-se, então, a construção de um modelo de atenção integral em saúde bucal¹⁵ que leve à viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania (II CNSB, 1993).

Weyne (1999) destaca que “a Odontologia deve ampliar seus compromissos éticos com a sociedade e com o social” (Weyne, 1999:24), de modo que as pessoas possam viver com saúde. Portanto, há que se pensar na mudança da forma tradicional de tratamento centrado na doença e até então hegemônica para um outro tipo de profissional, cuja ideologia é a prevenção das doenças e a promoção da saúde (Weyne, 1999:5).

3- As Condições de Saúde Bucal da População Brasileira

A doença cárie dentária é descrita como um sério problema médico-social, porque ataca quase 100% da população. Do mesmo modo que outras doenças humanas, o padrão de cárie dentária tem se alterado com o tempo, percebendo-se diferentes comportamentos entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento (Krasse, 1988).

¹⁵ Para maiores informações consultar Relatório Final da II CNSB (1993).

Dentre os fatores envolvidos no comportamento do processo saúde-doença bucal existem alguns limites no “poder” da Odontologia, dentre eles o desenvolvimento econômico do país, a ideologia do Estado, a forma de organização do governo, o nível educacional da população, os padrões de cultura e tradição popular, além das limitações inerentes ao estágio do desenvolvimento científico da Odontologia (Pinto, 2000).

Tem sido descrito que a prevalência de cárie¹⁶ em crianças e adolescentes vem declinando de maneira marcante nos países industrializados, desde o início dos anos 70. Em vários países houve um declínio na média geral dos dentes atacados pela doença e também um aumento impressionante na quantidade de pessoas que nunca apresentaram “cavidades” de cárie (Nadanovsky, 2000:340). Acredita-se que as possíveis razões para o declínio de cárie estejam relacionadas a: uso de dentifrícios fluoretados; maiores cuidados com a higiene; fluoretação das águas de abastecimento; e melhorias nas condições socioeconômicas, dentre outros. Entretanto, na maioria dos países em desenvolvimento ainda se observa um aumento do quadro de cárie dentária nos adolescentes, atribuído principalmente aos seus comportamentos dietéticos (Krasse, 1988). De acordo com Pinto (2000), os padrões culturais regulam a formação de hábitos alimentares e as condutas de higiene pessoal e coletiva, as quais fazem parte íntima do processo saúde-doença bucal.

Segundo o Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) a “situação de saúde bucal da população brasileira, é caótica” (CNSB, 1986:4). Para Weyne (1999), as doenças cárie e periodontal se constituem em “imensos problemas de Saúde Pública no mundo, sendo que a primeira ainda é, seguramente, uma das doenças infecciosas de que mais padecem as pessoas” (Weyne, 1999:6). Ainda, de acordo com o CDC (Centro de Controle de Doenças, Atlanta, EUA), a cárie é provavelmente a doença bacteriana infecciosa mais prevalente que acomete o homem (Harari & Weyne, 2002).

Ao passo que vários países se preocuparam na construção de bases de dados sobre cárie dentária desde o início do século passado, no Brasil não se verifica o mesmo interesse,

¹⁶ A prevalência ou frequência de cárie fornece o número total de dentes ou superfícies dentárias cariadas em uma determinada população, independente de terem recebido tratamento ou não (Krasse, 1988). O modo mais comum de se registrar isto são os índices CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) e/ ou CPO-S (superfícies cariadas, perdidas e obturadas). Já a atividade ou incidência de cárie é tida como a velocidade com que a denteção é destruída pela doença. Em termos matemáticos, ela representa a soma de novas lesões cariosas por unidade de tempo (Krasse, 1988). Desta forma, quando um grande número de novas lesões desenvolve-se em um período curto de tempo, diz-se que a atividade cariiosa é alta.

pois não houve uma utilização expressiva da epidemiologia em saúde bucal (Roncalli, 1999). Assim, o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional só foi realizado no ano de 1986, pelo Ministério da Saúde. Em 1993, foi realizado um estudo pelo SESI (Serviço Social da Indústria) e, em 1996, foi realizado outro levantamento pelo Ministério da Saúde, em associação com algumas entidades de classe.

O Levantamento Epidemiológico de 1986¹⁷ foi a primeira experiência de tal envergadura realizada pelo poder público, tendo como objetivo geral conhecer os níveis de prevalência dos principais problemas odontológicos na zona urbana e fornecer subsídios para a implantação de um programa nacional de saúde bucal. A situação diagnosticada neste levantamento demonstrou padrões extremamente elevados de ataque pela cárie dental em todas as faixas etárias: uma criança de 7 anos tinha cerca de dois dentes permanentes afetados e, a partir daí, o índice CPO-D aumentava com velocidade acelerada e severidade crescente. Aos 9 anos, o CPO-D médio era de 3,4; aos 12 anos de 6,5; aos 18 anos, a média aumentava para 11,5; aos 30 anos a média era de 17,7 e chegava-se aos 70 anos com 31 dentes extraídos ou com problemas (Pinto, 1999:29).

Desta forma, os resultados encontrados não foram animadores. O indicador de saúde dental internacionalmente utilizado (o índice CPO-D aos 12 anos), apresentou valor de 6,65, indicando uma prevalência muito alta de cárie de acordo com a escala da Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma comparação com os dados internacionais da época revelou que este valor “se constituía no terceiro pior índice do mundo, ficando atrás do Brunei e República Dominicana e empatando com a Jamaica” (Roncalli, 1999: 3).

Além disso, quando são comparados os problemas tratados e os não tratados, as diferenças em relação à faixa de renda ficam marcantes, evidenciando que as pessoas com melhores condições de vida e acesso aos serviços apresentam uma maior quantidade de dentes tratados em relação aos não tratados. Como no caso do grupo dos 6 a 12 anos, exemplifica Roncalli (1999), tomando por base os dados do Levantamento de 1986, as pessoas de renda mais baixa têm 20% de seus dentes obturados e 67% cariados, enquanto

¹⁷ Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana. Este foi o primeiro de abrangência nacional na área da saúde bucal, realizado pelo Ministério da Saúde como apoio do IPEA. Foram examinadas 21.960 pessoas entre 6 e 59 anos em 16 capitais de estado. O levantamento abrangeu as duas principais doenças da cavidade oral (cárie dental e doença periodontal), além da existência e necessidade de prótese total (dentadura) e da procura por serviços odontológicos, em dez grupos etários: 6,7,8,9,10,11,12,15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59 anos, sendo que os problemas periodontais e protéticos só foram estudados nos grupos de adolescentes e adultos, ou seja, a partir dos 15 anos.

que as de renda mais alta têm respectivamente 55% e 40%, ocorrendo uma quase inversão do quadro epidemiológico.

Observa-se que, com o aumento da idade, o componente extraído (seria o “P” do índice) do CPO-D é cada vez maior, chegando a uma proporção de 86% no grupo etário de 50 a 59 anos (Roncalli, 1999). Os resultados sobre o uso e necessidade de prótese total (dentadura) demonstram como o tratamento oferecido à população é mutilador, pois, com o aumento da idade aumentam as extrações em massa elevando a necessidade do uso de prótese total. Assim, na faixa de 35 a 44 anos, 13% necessitam, 32% possuem e 16,3% são totalmente edêntulas. Entre 50 e 59 anos, 27% necessitam, 56% possuem e 40% são edêntulas (Roncalli, 1999).

Com relação às doenças periodontais e ao número de pessoas sadias, o Levantamento Epidemiológico de 1986 demonstrou que, entre os 15 e 39 anos de idade ocorre um aumento das doenças periodontais e, a partir desta idade, um decréscimo, mas devido ao crescimento contínuo dos edêntulos. Além disso, se constatou que, além dos edêntulos, 70% dos indivíduos entre 15 e 19 anos, 88% dos que têm 35 a 44 e 93% dos que estão na faixa de 50 a 59 anos necessitam cuidados de higiene oral, ou seja, possuem algum tipo de problema periodontal (Pinto, 1999:35).

Segundo Roncalli (1999), os problemas periodontais verificados neste levantamento (1986) apresentam uma elevada prevalência, porém semelhante ao encontrado na maioria das nações do mundo desenvolvido. Entretanto, segundo este autor, no grupo etário de 15 a 19 anos, mais de 90% das necessidades estão circunscritas a sangramento e cálculo dentário (tártaro), ou seja, um nível de doença de fácil resolução, por meio de medidas simples e passíveis de serem executadas por pessoal auxiliar.

Ao analisar os dados do Levantamento de 1986, Pinto (1999) afirma que “além das claras diferenças de acesso a serviços odontológicos, pessoas com diferenças pronunciadas de renda financeira também estão em desvantagem quanto à ocorrência de problemas na área odontológica” (Pinto, 1999:37).

A título de comparação, é possível traçar um paralelo dos dados obtidos com o Levantamento Epidemiológico de 1986 e as metas da OMS/ FDI para o ano 2000 em relação à cárie dentária e à doença periodontal. Assim, no que diz respeito à cárie dentária, a meta da OMS/ FDI para o ano 2000 era: aos 5-6 anos de idade, 50% das crianças sem

cárie (no Brasil, 47% das crianças com 6 anos estavam sem cárie), aos 12 anos, um CPO-D menor do que 3 (o CPO-D foi de 6,65, sendo mais do que o dobro do preconizado). Aos 18 anos o componente “P” do CPO-D deveria ser igual a zero para 85% das pessoas (foi de 32%), dos 35-44 anos, 75% dos indivíduos com 20 ou mais dentes (foi de 46,8%) e, dos 65-74 anos, 50% com 20 ou mais dentes (foi de 18,2%, por meio de estimativa a partir do grupo de 50 a 59 anos).

O Relatório Final da II CNSB (1993) destaca que “demonstram a falência do sistema, os vergonhosos indicadores de saúde e de morbidade bucal existentes, traduzidos pelos elevados índices de mutilações, cáries dentárias, doenças periodontais, câncer bucal, má oclusão e anomalias congênitas” (II CNSB, 1993:4), os quais são responsáveis por colocar o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal no mundo. Pinto (2000) afirma que a instalação do costume das extrações dentárias em série transformou o edentulismo em uma “verdadeira epidemia”, a mesma acontecendo em vários países, inclusive no Brasil.

Um outro Estudo Epidemiológico¹⁸, restringiu-se à cárie dental e foi realizado no ano de 1993 pelo SESI (Serviço Social da Indústria), com recursos fornecidos pelo Ministério da Saúde. Este estudo se transformou em um importante ponto de referência e de comparação com o estudo de 1986, por ter usado os mesmos critérios de exame e por sua amplitude (Pinto, 1999:31). O CPO-D médio no Brasil, em crianças com 7 anos de idade, foi de 1,27. Observou-se um aumento deste índice com o passar da idade, quando, aos 14 anos, a média nacional ficou em 6,24. Mesmo assim, foi constatada uma diminuição consistente na prevalência de cárie em todas as idades, significando um ganho conjunto ao país para o grupo etário estudado (7-14 anos) na ordem de 30,5% (Pinto, 1999:31).

A média geral do CPO-D aos 12 anos foi de 4,84 e este foi o dado nacional oficial do Brasil em 1993 no Banco de Dados Mundial de Cárie Dentária da OMS. Com relação ao CPO-D obtido no Levantamento de 1986, observou-se uma queda na ordem de 27,2%. Este estudo (de 1993) também demonstrou que a proporção de indivíduos com CPO-D com valores mais baixos aumentou enquanto a proporção de indivíduos com CPO-D mais alto

¹⁸ Estudo Epidemiológico sobre Prevenção da Cárie Dental em Crianças de 3 a 14 anos (SESI). Foram examinadas 110.640 crianças, sendo 78.293 entre 7 e 14 anos (dentes permanentes) e 32.347 entre 3 e 6 anos (dentes decíduos), em várias cidades, capitais e interior, de 23 estados. Do total, 58.450 crianças das escolas do SESI e 52.190 de escolas públicas. Trata-se de um dos maiores estudos já desenvolvidos internacionalmente na faixa de 3-14 anos.

diminuiu, fruto de uma melhor distribuição da doença. Ressalta-se, no entanto, que diferenças significativas foram encontradas na análise dos componentes do CPO-D, onde se verificou que a proporção de dentes obturados (componente “O”) é muito maior nas escolas do SESI em todas as idades, quando comparada com as escolas públicas, nas quais se verificou uma maior proporção de dentes cariados (componente “C”) (Roncalli, 1999).

No ano de 1996 foi realizado o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - 1ª etapa - Cárie Dental¹⁹, pela Coordenação de Saúde Bucal (COSAB) do Ministério da Saúde. Os resultados demonstraram uma redução acentuada do CPO-D em comparação ao ano de 1986. A média do CPO-D aos 12 anos foi de 3,06, estando bastante próxima àquela preconizada pela FDI/ OMS para o ano 2000. Comparando o CPO-D médio entre 1986 e 1996 (nas idades passíveis de comparação, ou seja, entre 6 e 12 anos) observou-se uma redução neste índice para todas as idades. Aos 12 anos, especificamente, houve uma queda na ordem de 54% (Roncalli, 1999).

Desta forma, observou-se que, de acordo com os critérios da OMS, que onze capitais mais o Distrito Federal foram classificadas como de baixa prevalência, onze como detentoras de prevalência moderada e quatro com alta prevalência. Nenhuma foi enquadrada na faixa de prevalência muito alta (embora Roraima esteve muito próximo a isto) (Roncalli, 1999).

Ao traçar o perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil entre os anos de 1986 e 1996, Roncalli (1999) conclui que é possível afirmar que está acontecendo um declínio de cárie no país, sendo isto comprovado através dos dados nacionais (apesar das limitações), bem como por meio de estudos que vem sendo realizados isoladamente em vários Estados. Entretanto, levanta-se como dúvidas se a redução é da magnitude demonstrada e quais as reais causas do declínio²⁰.

¹⁹ O projeto deste levantamento recebeu várias críticas e reclamações, mas, mesmo assim foi conduzido com a participação de entidades, como os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Secretarias Estaduais de Saúde. Foram realizados exames em escolares de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais brasileiras. Em cada capital foram examinadas 1.120 crianças de quatro escolas sorteadas (duas privadas e duas públicas), sendo 40 crianças para cada idade. Mesmo depois de concluído, este levantamento recebeu críticas em relação à fidedignidade dos seus dados (problemas com plano amostral, critérios, etc., dificultando dispersão adequada, representatividade). Entretanto, segundo Roncalli (1999), “em seu todo, os resultados de 96, podem ser considerados válidos (...)” (Roncalli, 1999:16).

²⁰ Há indícios de que a mudança nos critérios para o diagnóstico da cárie (como o uso de sonda exploradora como critério de decisão) pode ser um dos fatores envolvidos na magnitude da redução de cárie dentária demonstrada no país. Salienta-se que “a ‘coincidência’ de mudanças de critérios e declínio de cárie tem sido observada em diversos países (...) é sem, dúvida, curioso que o Brasil apresente um declínio de cárie de 7,3%

Pinto (1999) coloca que “no Brasil, o crescimento contínuo e impetuoso do índice de cárie ao longo da vida tem como razão largamente dominante a realização de extrações múltiplas e em larga escala, sendo esta a característica principal do quadro epidemiológico vigente” (Pinto, 1999:30). Observa-se um padrão de extração em massa de dentes que se instala em geral dos 30 anos de idade em diante e, assim, verifica-se um impressionante crescimento do edentulismo (ausência total de dentes): 40% dos brasileiros são edêntulos aos 53 anos; 50% aos 58 anos; 60% aos 63 anos; 70% aos 68 anos e 80% aos 74 anos (Pinto, 1999).

Weyne (1999), referindo-se ao quadro das doenças bucais no Brasil, afirma que a situação ainda é preocupante, pois crianças e adolescentes continuam exibindo elevados índices de cárie e doença periodontal e muitos adultos e idosos, em consequência dos resultados avançados dessas patologias e dos desfavoráveis condicionantes econômicos, sociais e culturais “não conseguem manter mais do que alguns dentes na boca” (Weyne, 1999:7), o que os leva a necessidade de uso de extensas próteses e dentaduras. Este mesmo autor, acrescenta que “continuamos vivendo um velho e irresolvido paradoxo metafísico em relação à saúde bucal: temos muito menos doença, mas ainda continuamos com muitos doentes” (Weyne, 1999: 21).

Pinto (1999) coloca que o “quadro epidemiológico das doenças bucais no Brasil reflete com nitidez algumas das características da sociedade” (Pinto, 1999:29), dentre elas, a situação econômica do país, as agudas desigualdades salariais e sociais, o sistema educacional com ênfase na formação de nível superior e o grande número de pessoas com baixa renda e em estado de pobreza relativa ou absoluta (Pinto, 1999:29). Para este autor, estas características da sociedade brasileira influenciam a área odontológica nos seguintes aspectos: acesso inviável às clínicas particulares pela maior parte da população, expansão forçada da oferta de cirurgiões-dentistas sem correspondente melhora no status econômico geral, a elevada produção e consumo de açúcar no Brasil e a organização profissional essencialmente voltada para a prática privada e curativa (Pinto, 1999).

ao ano, uma performance superior à Noruega, Suécia e Estados Unidos” (Roncalli, 1999:18). Quanto às reais causas desta queda salientam-se o aumento na oferta de dentifícios fluoretados, a maior ênfase nas atividades de prevenção e promoção da saúde, a reorganização da prática odontológica pública com o SUS e a introdução dos Procedimentos Coletivos, etc.

Recentemente foram divulgados os resultados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB-Brasil)²¹, sendo este o mais abrangente estudo sobre a saúde bucal da população brasileira realizado até então. Alguns dados demonstram que “mais de 2,5 milhões de adolescentes, ou seja, 13% desta população, nunca pisaram em um consultório odontológico” (JABO, (88): 12) e “quase 3% da população adulta e 6% dos idosos examinados jamais visitaram um consultório dentário” (JABO, (88): 12).

Entretanto, em compensação, observou-se que o CPO-D (índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) continua em queda: 2,78 contra 3,06 registrados em 1996. Ainda assim, as médias regionais são díspares: Norte (3,13), Nordeste (3,19), Centro-Oeste (3,16), Sul (2,31) e Sudeste (2,30). Segundo este levantamento, na passagem da adolescência (CPO-D 6,17) para a idade adulta (CPO-D 20,13), cerca de 14 dentes são vitimados pela cárie. A perda dentária ainda é o problema que mais acomete a saúde bucal dos idosos, com um CPO-D de 27,79 (JABO, (88): 12).

O SB-Brasil demonstrou que as periodontites disputam o posto de maiores vilãs com a cárie dentária. Assim, menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam saúde gengival. Os resultados sobre perda dental também chamam atenção pela severidade: mais de 28% dos adultos não possuem dente funcional em pelo menos uma arcada dentária. Além disso, cerca de 75% dos idosos não possuem sequer um dente funcional e 36% deles precisam de prótese (dentadura). Neste sentido, ressalta-se, ainda, de acordo com o Relatório da III CNSB (2004), que “existe uma grande dívida social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no País” (III CNSB, 2004:1).

Finalizando, em maio de 2004, foram divulgados os primeiros resultados, relativos ao Brasil, da Pesquisa Mundial de Saúde²². Esta pesquisa revelou que 14,4% dos brasileiros já perderam todos os seus dentes naturais. Entre as mulheres de baixa renda, com mais de 50 anos, esse índice chega a 55,9%. Além disso, do total de entrevistados, em torno de

²¹ O SB-Brasil foi planejado desde 1999 e teve coleta concluída em 2003. Neste censo epidemiológico foram examinadas 108.921 pessoas de 18 meses a 74 anos em 250 municípios brasileiros. Envolveu o treinamento e colaboração de 2 mil profissionais.

²² A Pesquisa Mundial de Saúde, desenvolvida pela OMS e coordenada no país pela Fiocruz (Centro de Informação Científica e Tecnológica - Cict/ Fiocruz), traça um diagnóstico dos sistemas de saúde em 71 países membros. Cinco mil indivíduos adultos (18 anos e mais) de todas as regiões e de todas as classes sociais responderam ao questionário no ano de 2003. Foram pesquisados os seguintes módulos: condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde; fatores de risco; alguns problemas de saúde; cobertura de programas de saúde; avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário; gastos relativos das famílias com saúde (Cict/ Fiocruz).

15,4% dos que referiram ter tido problemas de saúde bucal não os trataram (Cict/ Fiocruz, 2004). Esses resultados evidenciam que a situação de saúde bucal da população brasileira ainda é por demais crítica

Em concordância com o Relatório da III CNSB (2004), explicita-se que

“no dia a dia de nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes. As condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social” (III CNSB, 2004:2).

Afirma-se, então, que a Odontologia brasileira, enquanto corpo de conhecimentos e âmbito de práticas, apesar dos avanços científicos e tecnológicos agregados nas últimas décadas (com a conseqüente melhoria em termos do atendimento) não está, efetivamente, correspondendo às necessidades acumuladas de saúde bucal do povo brasileiro. Faz-se necessário avançar para que a Odontologia consiga superar essa enorme dívida de saúde com a população, de modo que as realidades, muitas vezes cruéis, sejam realmente transformadas.

4- Cirurgiões-Dentistas no Brasil

Tem sido relatado que a quantidade de cirurgiões-dentistas vem aumentando de maneira acelerada no Brasil a partir da metade da década de 1960 e início dos anos 1970, quando começaram a proliferar faculdades particulares de Odontologia no país. Até então, de acordo com Pinto (1993), a escola de Odontologia era tida como de maior risco econômico em relação à implantação dos demais cursos, devido aos altos custos envolvidos para a sua criação, bem como para o seu devido funcionamento e, também, em virtude de uma limitada procura por parte de candidatos (Pinto, 1993).

Esta situação começou a mudar a partir do momento em que a Odontologia passou a ganhar mercado, tornando-se mais competitiva e ganhando a preferência de um crescente número de candidatos ao ingresso de carreiras universitárias, além do fato de ela ser considerada como “uma das últimas profissões liberais” (Pinto, 1993: 38). Salienta-se que a maioria dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil é de caráter privado e que se concentram nas regiões mais desenvolvidas do país.

Observa-se, assim, que esta tendência ao aumento no número de vagas nas faculdades de Odontologia acaba, invariavelmente, por refletir na oferta de profissionais. De acordo com Pinto (1993), este fato não pode ser constatado para os tradicionais e grandes centros formadores de recursos humanos nesta área, quando os Estados Unidos e os países europeus vêm adotando uma política de restrição de novas vagas e até mesmo do número de cirurgiões-dentistas (Pinto, 1993:38).

A necessidade de abertura de novos cursos de Odontologia no Brasil tem sido alvo de grandes discussões, parecendo haver consenso de que deveria haver um maior controle neste sentido, o que pode ser observado nas recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986; 1993) e da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO).

Botazzo (2000) destaca que a expansão desordenada dos cursos, pode colocar em risco a credibilidade e a dignidade dos profissionais, concomitantemente ao rebaixamento da qualidade dos cursos de graduação. Há uma preocupação explícita, também, com a questão ética que deveria regular a profissão, a qual pode estar sendo colocada em xeque dada a natureza empresarial que o ensino vem assumindo (Botazzo, 2000). Além disso, destaca-se que a proporção crescente de egressos das faculdades, tende a provocar queda no prestígio, na remuneração e do mérito atribuído ao diploma (Jeunon & Santiago, 1999).

Desta forma, segundo Pinto (1993), já no ano de 1980, o Brasil contava com 61.628 cirurgiões-dentistas inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia. Em 1989 este número subiu para 101.880 profissionais. Ou seja, num período de dez anos (1980-1989) “o estoque de profissionais cresceu extraordinariamente na ordem de 65,3% ao passo que a população brasileira aumentava em 20%” (Pinto, 1993:37-38).

Em 1992, cerca de 11% dos dentistas de todo o mundo estavam no Brasil (Pinto, 1993; Narvai, 2002). Freitas (2001) cita que, neste mesmo ano de 1992, existiam cerca de

123 mil cirurgiões-dentistas e 84 Cursos de Odontologia, “o maior número de cursos existentes em qualquer país” (Freitas, 2001:41).

De acordo com a Tabela 1a, no ano de 2003 existiam mais de 183 mil cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Federal de Odontologia.²³ Para este mesmo ano, a população estimada era em quase 177 milhões de pessoas.

Tabela 1a

Número de cirurgiões-dentistas (CD), população e relação habitantes/ CD por região Brasil 2003			
Região	CD	População	Relação hab./ CD
Norte	5.387	13.784.895	2558
Nordeste	22.985	49.357.119	2147
Centro-Oeste	14.107	12.317.233	873
Sudeste	113.265	75.392.023	665
Sul	27.334	26.024.981	952
Brasil	183.078	176.876.251	966

CD= cirurgião-dentista; hab/CD= relação entre número de habitantes para cada CD na região
Fonte: Ministério da Saúde; CFO (abril 2003); IBGE (população estimada, 2003).

A concentração populacional estimada, então, poderia ser assim ordenada (ordem decrescente): (1) Região Sudeste; (2) Região Nordeste; (3) Região Sul; (4) Região Norte; e (5) Região Centro-Oeste (IBGE, 2003). No entanto, ao ser observada a concentração de cirurgiões-dentistas em cada região a ordem decrescente é a que se segue: (1) Região

²³ Para maiores informações consultar a Tabela 1b no anexo 9, onde está disponível a tabela completa.

Sudeste; (2) Região Sul; (3) Região Nordeste; (4) Região Centro-Oeste; e (5) Região Norte (CFO, 2003).

O estado de São Paulo detém a maior parte da população do país e, também, a maior população de cirurgiões-dentistas, com 64.603 profissionais. Na seqüência, aparecem os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro com 23.491 e 22.033 profissionais, respectivamente. Três estados da região Norte apresentam o menor número de dentistas, o Acre (com 260), Roraima (com 178) e Amapá (com 177). Desta maneira, evidenciam-se grandes diferenças na localização desses profissionais, quando há uma concentração nas regiões Sudeste e Sul.

A relação entre o número de habitantes para cada cirurgião-dentista²⁴ também apresenta diferenças gigantes: na região Norte existe, em média, 2.558 habitantes para cada cirurgião-dentista, enquanto na região Sudeste esta relação cai para 665 habitantes por profissional. Desta maneira, existe, no Brasil, uma média de 966 habitantes por cirurgião-dentista²⁵. A este respeito, Pinto (1993), afirma que a disponibilidade de cirurgiões-dentistas vem crescendo a taxas cada vez mais elevadas nas últimas décadas. Assim, em 1960, a relação cirurgião-dentista por 10.000 habitantes era igual a 3,28. Em 1970, ela passou para 3,65 e, em 1980, ela foi de 5,13. Segundo este autor, a estimativa para o ano de 1990 era que essa relação fosse de 7,07. Em 2003, a partir dos dados acima descritos, pode-se dizer que existe em torno de 10,35 cirurgiões-dentistas para cada 10.000 brasileiros.

Neste sentido, é possível fazer algumas comparações com relação ao número de concluintes das faculdades de Odontologia. A Tabela 2 aponta a evolução destes de acordo com três momentos: a década de sessenta, a de oitenta e os dados referentes ao ano de 2003.

Em 1990 já existiam 84 cursos de Odontologia no país (Pinto, 1993:38). Freitas (2001) cita que, no ano de 1992, o Brasil já detinha “o maior número de cursos existentes em qualquer país” (Freitas, 2001:41). Em 2003, esta soma chegou a 161, ou seja, foi praticamente dobrado o número de escolas odontológicas em menos de quinze anos. De

²⁴ A concentração de cirurgiões-dentistas/habitantes preconizada pela OMS é de 1 CD: 1.500 habitantes. Segundo o CFO, a proporção de 1 CD para 2.000 habitantes parece ser adequada para os países de modo geral (*apud* Jenon & Santiago, 1999:81-82).

²⁵ A construção dessa relação teve apenas o objetivo de demonstrar as diferenças acentuadas com relação ao número de profissionais da Odontologia nas cinco regiões do país.

acordo com o Censo da Educação Superior de 2003 (MEC), estavam matriculados, neste ano, 46.915 alunos em faculdades de Odontologia (MEC, 2003).

Tabela 2

Número de Concluintes em Faculdades de Odontologia Brasil 1963-1983-2003	
Ano	Concluintes
1963	1.315
1983	5.095
2003	9.848

Fonte: Pinto (1993); MEC (2003);

Na Tabela 3a buscou-se fazer uma aproximação acerca da localização das faculdades de Odontologia no Brasil, a partir dos dados do ano de 2003, de acordo com a sua dependência administrativa (faculdade federal, estadual, municipal ou particular) e região do país ²⁶.

²⁶ No anexo 10 estão disponibilizadas informações adicionais, com a discriminação da localização das faculdades em cada Estado, através da Tabela 3b.

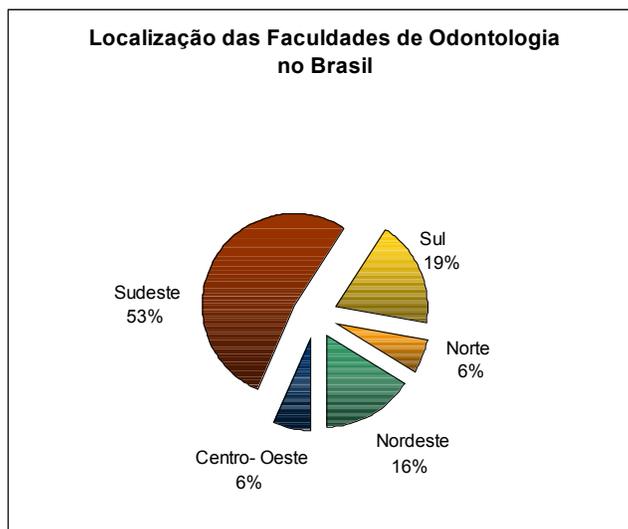
Tabela 3a

Distribuição das Faculdades de Odontologia existentes no Brasil - 2003					
Região	Dependência Administrativa				Número de Faculdades
	F	E	M	P	
Norte	2	1	0	7	10
Nordeste	9	4	0	13	26
Centro-Oeste	3	0	0	7	10
Sudeste	8	9	5	63	85
Sul	5	4	5	16	30
Brasil	27	18	10	106	161

F= Federal; E= Estadual; M= Municipal; P= Particular.
 Fonte: CFO (2003).

Observa-se, deste modo, que o maior número de faculdades de Odontologia está na Região Sudeste, com 85 instituições. Chama-se a atenção para o fato de que existem 106 faculdades particulares no país, ou seja, elas correspondem a mais de 65% do total. O Gráfico 1 ilustra, de acordo com a região do país, a percentagem referente à localização das faculdades de Odontologia.

Gráfico 1



Fonte: CFO (2003)

Assim, muitos candidatos à profissão de cirurgião-dentista que não conseguem aprovação nos concursos vestibulares nas universidades públicas, acabam por fazer a sua formação em faculdades particulares de Odontologia e, não raras vezes, precisam desembolsar grandes quantias, pois as mensalidades cobradas são, na maioria das vezes, muito elevadas. Ainda, os alunos têm despesas com livros, transporte, alimentação, moradia (para os inúmeros estudantes que se deslocam para os centros que oferecem formação, ou

seja, que residem em outras cidades para cursar a faculdade), além dos materiais e instrumentais (na sua grande maioria extremamente caros) imprescindíveis para as aulas práticas em laboratório e para o atendimento aos pacientes.

Depreende-se, de tudo isso, que vem ocorrendo uma seleção para a clientela nas faculdades particulares. Para poder freqüentar uma faculdade deste tipo o aluno (ou sua família) deve dispor de boas (ou ótimas) condições financeiras para manter as despesas mensais com a sua formação superior. É cada vez mais raro ver pessoas sem condições financeiras nos bancos destas faculdades, dando margem ao tão famoso processo de “elitização” que se reflete na profissão. Ainda, observa-se que existe um “gigante” contingente de profissionais e de cursos no Brasil. Entretanto, mesmo que exista uma localização errônea dos profissionais pelo território nacional, ressalta-se que isto, mesmo assim e por si só, não explicaria as precárias condições de saúde bucal da maioria da população.

5- Aspectos do Acesso aos Serviços Odontológicos

Embora não seja questionada a importância da saúde bucal como condição indispensável para o bem viver cotidiano, observa-se que uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso aos serviços odontológicos (PNAD, 1998; Projeto SB 2003).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD/98)²⁷, é possível se afirmar que, de uma população residente de aproximadamente 160 milhões de brasileiros (158.232.252) para o ano de 1998, mais de 29 milhões deles nunca tinham consultado um cirurgião-dentista (29.626.264) (IBGE, 2000).

Dos que já haviam consultado (128.526.924), a época da última consulta realizada poderia ser assim caracterizada: (1) há menos de um ano (mais de 52 milhões); (2) de um a

²⁷ A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), de 1998, foi conduzida pelo IBGE. Foram entrevistadas 344.975 pessoas residentes em 112.434 domicílios e 793 municípios. As informações sobre atendimento odontológico são as seguintes: tempo desde a última consulta ao dentista; busca de atendimento odontológico nas duas últimas semanas; acesso ao serviço e caracterização do atendimento em relação à remuneração; utilização de plano de saúde; tipo de estabelecimento onde ocorreu e avaliação do serviço prestado (Barros e Bertoldi, 2002).

dois anos (mais de 29 milhões), e (3) há três anos ou mais (mais de 46 milhões) (IBGE, 2000).

Barros e Bertoldi (2002), ao analisarem os microdados disponíveis pela PNAD/ 98, afirmaram que, do total de entrevistados, 19% declararam nunca ter consultado um cirurgião-dentista (sinalizando, desta maneira, para os mais de 29 milhões de brasileiros desassistidos). Neste sentido, observou-se que 77% das crianças de 0-6 anos de idade nunca haviam consultado um profissional da Odontologia. Para os adultos (20-49 anos) essa percentagem foi de 4%. Entre estes adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos “observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros” (Barros e Bertoldi, 2002: 709), ou seja, naqueles 20% mais pobres. Já, no grupo de 0-6 anos, as crianças mais ricas consultaram o dentista, no ano anterior à entrevista, cinco vezes mais do que as pobres.

Foi observado, com relação ao modo de financiamento dos atendimentos odontológicos, que 24,2% deles foram realizados pelo Sistema Único de Saúde. A situação também é bem diversa quando são feitas comparações a partir dos dois extremos de renda: entre os (20%) mais pobres, 68% dos atendimentos foram realizados pelo SUS. Entre os (20%) mais ricos, apenas 4%. Assim, de acordo com os autores, “a proporção de atendimentos odontológicos pelo SUS foi 16 vezes maior entre os mais pobres, os quais utilizaram três vezes menos os serviços do que os mais ricos” (Barros e Bertoldi, 2002: 715). Ficaram evidenciadas, também, nas outras análises apresentadas, que existe uma grande desigualdade no acesso e na utilização dos serviços odontológicos entre os mais pobres e os mais ricos.

Depreende-se, com relação ao Sistema Único de Saúde, de acordo com os resultados da análise de Barros e Bertoli (2002) que “do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno” (Barros e Bertoli, 2002:710). Os dados disponibilizados pela PNAD/ 98 permitiram identificar que a busca por atendimento odontológico ocorreu majoritariamente em consultórios dentários (77%). Além disso, na maioria das vezes (69%) os atendimentos ocorreram em serviços particulares. O SUS respondeu por 24% dos atendimentos, enquanto 17% aconteceram por meio de outros planos de saúde (Barros e Bertoli, 2002:711).

O Projeto SB 2003, divulgado em 2004, também contempla informações sobre o acesso aos serviços odontológicos²⁸. De acordo com os resultados, cerca de 14% dos adolescentes brasileiros (grupo etário de 15 a 19 anos) nunca foram ao cirurgião-dentista. Observam-se desigualdades bastante grandes de acordo com a região, quando no Nordeste, quase 22% dos adolescentes referiram nunca ter ido ao dentista. Noutro extremo, essa percentagem corresponde a menos de 6% para os adolescentes da região Sul. Para os outros grupos etários (35 a 44 anos e 65 a 74 anos) observa-se que mais de 98% e mais de 94% , respectivamente, referiram ter tido, pelo menos uma vez, consulta com o cirurgião-dentista. A Tabela 4 ilustra esses percentuais (SB 2003, 2004).

Em acréscimo, o tempo de menos de um ano desde a última consulta foi assim referido, em percentagem²⁹: 48,55% do grupo etário de 15-19 anos; 37,84% para o grupo etário de 35 a 44 anos; e 16,83% para o grupo etário de 65 a 74 anos. Isso mostra que parte considerável da população não tem acesso aos serviços regularmente (pelo menos uma vez ao ano). Nos resultados do SB 2003 observou-se, de fato, que um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária, a qual foi referida por mais de 30% dos adolescentes. Quanto aos adultos e aos idosos, a percentagem de pessoas que foram ao dentista devido à dor foi de cerca de 46% e 48%, respectivamente (SB 2003).

Tabela 4

²⁸ Estão disponibilizadas as seguintes variáveis, para os grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 e 74 anos: consulta pelo menos uma vez; tempo desde a última consulta; local do atendimento; motivo do atendimento; e avaliação do atendimento. Para maiores informações consultar Projeto SB 2003-Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003, pp.56-59.

²⁹ No anexo 11 está disponibilizada a Tabela que serviu de embasamento para este apontamento.

**Acesso a serviços odontológicos de acordo com a macrorregião
Brasil 2003**

Consulta pelo menos uma vez	Norte %	Nordeste %	Sudeste %	Sul %	Centro-Oeste %	Brasil %
grupo etário 15 a 19 anos						
sim	83,55	78,35	89,87	94,66	87,99	86,57
não	16,45	21,65	10,13	5,34	12,01	13,43
grupo etário 35 a 44 anos						
sim	96,82	95,02	97,61	98,52	98,53	97,18
não	3,18	4,98	2,39	1,48	1,47	2,82
grupo etário 65 a 74 anos						
sim	92,76	89	96,58	97,74	95,74	94,19
não	7,24	11	3,42	2,26	4,26	5,81

Fonte: SB 2003 (2004)

Em que pese a gama de fatores envolvidos no acesso aos serviços odontológicos, buscou-se, neste tópico, fazer uma rápida ilustração sobre alguns aspectos identificados a partir de duas pesquisas, a PNAD/98 e o Projeto SB 2003. Evidencia-se, portanto, que a Odontologia, continua não chegando a muita gente, gente essa que, na sua quase totalidade, pode estar necessitando de cuidados em saúde bucal. Pode-se afirmar que grande parte da Odontologia continua restrita aos consultórios particulares e por isso “fechada” para uma parcela razoável do povo brasileiro. Portanto, a superação dessa exclusão exige não apenas ações de profissionais competentes, mas sim,

“requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, o compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo” (III CNSB, 2004: 2).

CAPÍTULO II

CONSIDERAÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

1- Aproximação e Objetivos da Formação Profissional em Odontologia

A formação profissional é um fator fundamental para a melhoria do sistema de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida das pessoas, uma vez que são os recursos humanos, através da condição de sujeitos do processo de trabalho, que conferem diferentes características a cada serviço de saúde produzido (Narvai, 1999).

Ao discutir acerca da educação profissional, Luzuriaga (1960:308) afirma que a formação profissional³⁰ esteve baseada, por muito tempo, na prática dos mais jovens numa atividade junto a um trabalhador adulto, mais experiente. Entretanto, a partir da Revolução Industrial na Inglaterra (século XVIII e início do século XIX), viu-se a necessidade de uma preparação para uma nova vida econômica, o que levou ao surgimento das primeiras escolas industriais. O subseqüente desenvolvimento da técnica tornou imprescindível a preparação do profissional, dando espaço para o surgimento da vasta organização da educação profissional nos dias de hoje.

Nesse sentido, Pinto (2000) afirma que, à medida que se dá o desenvolvimento econômico das sociedades e que certas doenças a elas se impõem como obstáculos, em virtude de sua prevalência alta, tem lugar um melhor processamento dos conhecimentos até então disponíveis na comunidade, a fim de lhes agregar cientificidade e, desta forma, curar mais rapidamente os doentes e impedir o aparecimento de novos casos. Essa é a justificativa principal para a criação das faculdades de Odontologia. Assim, nas populações, comunidades e sociedades em que os problemas de saúde bucal apresentam pequena importância no quadro de morbidade não são necessariamente exigidos profissionais específicos (graduados em universidades) para tratá-los. O processo de industrialização, de urbanização e a ocorrência da doença cárie dental, através de suas conseqüências para a sociedade estão na origem da formação de profissionais de Odontologia de nível superior (Pinto, 2000:251).

³⁰ O termo formação deriva do latim “formatio”, de “formare”, que significa “dar forma a”. A formação profissional pode ser entendida como um conjunto de métodos e de técnicas que visam, por parte do [futuro] trabalhador, à obtenção de maiores conhecimentos específicos, teóricos e práticos, habilitações e qualificações necessárias para o desempenho produtivo e eficiente de tarefas num setor de atividade (Ávila, 1982:275).

A educação odontológica³¹, em seu sentido mais amplo, pode ser vista como um processo destinado a produzir profissionais capazes de manter ou restaurar o estado de saúde da cavidade bucal das pessoas. Seu objetivo seria, então, “produzir eficientemente um número suficiente de cirurgiões-dentistas, com qualidade adequada, capazes de produzir, entregar e distribuir serviços odontológicos da maneira mais econômica possível” (Chaves, 1986:368). A educação oferecida hoje nos cursos de Odontologia, nas instituições de ensino superior brasileiras, tem uma duração média de 4 a 5 anos.

Vale lembrar que a educação é “uma forma de intervenção no mundo” (Freire, 1996), a qual sendo “especificamente humana, (...) é gnosiológica, é diretiva, por isso política, é artística e moral” (Freire, 1996:98) e demanda a “existência de sujeitos, um que ensinando aprende, outro que, aprendendo ensina” (Freire, 1996:70). A prática educativa demanda, também, a existência de objetos, de conteúdos a serem ensinados, envolve o uso de metodologias, de materiais, e “implica, em função de seu caráter diretivo, objetivo, sonhos, utopias, ideais. Daí sua politicidade, qualidade que tem a prática educativa de ser política, não poder ser neutra” (Freire, 1996:70).

De acordo com Chaves (1986), a educação odontológica faz parte de um processo mais amplo de educação integral do ser humano. Ela lida tanto com variáveis controláveis e observáveis (na maior parte), como, também, com as variáveis incontroláveis. Acrescenta, o autor, que a educação odontológica “é de certa forma ‘diretiva’, pois tenta levar o estudante à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes concentradas em torno de uma entidade denominada odontologia” (Chaves, 1986:363). Assim sendo, a forma como a educação está organizada pode interferir nos seus resultados.

O processo educativo é usado em Odontologia visando o desenvolvimento de conhecimentos³², competências e habilidades³³ (capacidades) por parte dos futuros

³¹ As expressões “educação odontológica” e “ensino odontológico” são tidas, neste tópico, como complementares. Entende-se a educação odontológica como um tipo de educação intencional, parte da educação integral do ser humano. No mesmo sentido, o ensino odontológico é visto como uma forma tradicional de educação, a qual é operacionalizada no interior das escolas de Odontologia. Ambas dizem respeito à formação profissional do cirurgião-dentista.

³² Conhecimento refere-se ao “ato ou efeito de conhecer; informação ou noção adquiridas pela experiência; consciência de si mesmo” (Ferreira, 2000). A palavra deriva do latim “cognitio” que significa ‘com o mesmo sentido’ e pode ser visto como o “conjunto de operações mentais pelo qual nossa inteligência chega a se inteirar sobre a realidade de um objeto ou de um evento” (Ávila, 1982:129).

³³ Os termos competência e habilidade são freqüentemente usados como se relacionando com alguma qualidade, capacidade e/ou aptidão. Isto pode ser evidenciado nas seguintes definições encontradas: (1) Competência é tida como “qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto; idoneidade;

cirurgiões-dentistas. As capacidades compreendem dimensões cognitivas (de raciocínio/memória), afetivas (valores/attitudes) e psico-motoras (condicionamentos/habilidades), consideradas nas suas inter-relações (ABENO, 2003). No entanto, para que essas capacidades sejam atingidas também é preciso criar e mudar percepções, utilizando forças motivadoras no processo educativo. O aluno deve ser constantemente motivado a refletir sobre suas ações, de forma a estar capacitado a tomar decisões adequadas ao exercer sua atividade profissional.

Beltrán & Beltrán (2003), ao proporem uma *“taxonomía de competencias odontológicas”* afirmam que *“las actividades que el profesional de la odontología realiza y los conocimientos que requiere para atender a una persona o a una colectividad se integran en las llamadas competencias odontológicas”* (Beltrán & Beltrán, 2003:28). Nesse sentido, as atividades, entendidas no sentido mais amplo (práxis) são numerosas e apresentam graus distintos de complexidade. O conjunto total de competências odontológicas e os atributos pessoais requeridos na resolução dos problemas do exercício profissional conformam, de acordo com os autores, o perfil profissional³⁴. Para a definição das competências odontológicas, os autores utilizaram como parâmetro classificador a relação entre as ‘necessidades’ de saúde bucal e as ‘atenções às necessidades’ de saúde bucal. As categorias utilizadas podem ser de grande valia para se pensar acerca da formação do cirurgião-dentista³⁵.

aptidão” (Ferreira, 1963). Refere-se também à capacidade (Ferreira,2000). Esta palavra, derivada do latim, corresponde ao substantivo abstrato do verbo “competere”, que quer dizer “convergir para o mesmo ponto; corresponder a; ajustar-se”. Em sentido profissional, competência “denota a habilitação adquirida para o correto exercício de determinada atividade” (Ávila, 1982:115); (2) Habilidade diz respeito a “que tem aptidão para ou capacidade para algo; esperto; sagaz; de acordo com as imposições legais, com as exigências preestabelecidas” (Ferreira, 2000). Deriva do latim “habilitas” que significa aptidão, que vem de “habilis” que é apto a se ter nas mãos, ou de “habere”, significando “ter, haver” (Ávila, 1982:301). Neste sentido, tendo em vista as diferentes concepções na literatura, optou-se, aqui, por englobar e usar estes termos enquanto “capacidades” e/ou “qualificações” .

³⁴ De modo geral, pode-se dizer que o perfil refere-se às características do profissional a ser formado. Está relacionado com a filosofia que norteia o curso e com as competências gerais que o aluno deve ter ao concluir o seu curso e o seu campo de atuação (ABENO, 2003:5).

³⁵ Deste modo, foram identificadas as seguintes “necessidades”: (1) lesões dos tecidos dentários; (2) doenças periodontais; (3) problemas de oclusão; (4) necessidades médicas; (5) cirúrgicas e (6) sociais, estas se referindo tanto à presença de necessidades de saúde bucal nas coletividades quanto às condições que as afetam. Já, as “atenções às necessidades” de saúde bucal identificadas foram: (1) de diagnóstico; (2) de promoção; (3) de prevenção; (4) de recuperação; (5) de reabilitação e (6) de administração (Beltrán & Beltrán, 2003).

Desta maneira, é possível se pensar o papel da educação odontológica a partir de alguns questionamentos norteadores, os quais são atribuídos às universidades: ‘para quem’ e ‘para que’ se produz o saber (Unfer, 2000). O projeto pedagógico do curso fornece subsídios nesse sentido, ao se constituir em “uma proposta de trabalho integrado que descreve um conjunto de capacidades a serem desenvolvidas em uma dada clientela, os referenciais a elas associados e a metodologia a ser adotada” (ABENO, 2003).

De modo geral, afirma-se que o perfil do cirurgião-dentista a ser formado, deve envolver dimensões cognitivas, afetivas e psicomotoras nas seguintes áreas: (1) formação geral, referindo-se a conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científica e cultural do aluno; (2) formação profissional, ou seja, as capacidades relativas às ocupações correspondentes; (3) cidadania, entendida enquanto valores e atitudes que dizem respeito à ética profissional e ao compromisso com a sociedade (Parecer CNE/CES 1300/01; ABENO, 2003).

Por fim, segundo Luzuriaga (1960:308), a educação profissional deve ter uma relação muito íntima, tanto com o progresso científico e técnico da época quanto com a vida econômica do país ou da região, não podendo, assim estar desvinculada do contexto maior. Nesse sentido, a adaptação do currículo acadêmico à realidade epidemiológica, social e econômica de país torna-se um aspecto por demais importante sobre a formação dos cirurgiões-dentistas (Pinto, 2000).

2-Aspectos Curriculares da Educação Odontológica

2.1- Breve Histórico das Legislações do Ensino e dos Currículos Odontológicos no Brasil

Conforme descrito no Capítulo I, o ensino formal de Odontologia no Brasil só teve início com o Decreto N° 7.247 de 19 de abril de 1879, que estabeleceu o curso de "Cirurgia-Dentária", anexo a faculdades de Medicina. Deve-se ressaltar, de acordo com Perri de Carvalho (1995), que o desenvolvimento inicial do ensino odontológico no Brasil “embora localizado nas Faculdades de Medicina, como em vários países europeus, na realidade era diferente de alguns destes países, pois era um curso com currículo próprio, sem que houvesse disciplinas em comum com o curso médico” (Perri de Carvalho, 1995:4).

No entanto, o ensino da Odontologia somente começou a ser formalizado no ano de 1882, por meio da legislação que criou os Laboratórios de Cirurgia e Prótese Dentárias nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (Lei Orçamentária N.º 3141, de 30 de outubro de 1882). Em 1884, foi oficialmente instituído o ensino da Odontologia no Brasil, através do Decreto N.º 9311 do Governo Imperial, vinculado inicialmente às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (Perri de Carvalho, 1995:4).

De acordo com Fernandes Neto (2003) as matérias do primeiro curso se dividiam em básicas (Anatomia da Cabeça, Histologia Dentária, Fisiologia Dentária, Patologia Dentária, Física Elementar e Química Mineral Elementar) e profissionais (Terapêutica Dentária, Medicina Operatória e Cirurgia Dentária). Em 1884, foi retirada a matéria "Medicina Operatória", sendo acrescentadas disciplinas de "Prótese Dentária" e "Higiene da Boca" (Fernandes Neto, 2003). Assim, a criação do primeiro curso no Brasil, nas palavras de Freitas (2001) “manifestava o caráter eminentemente prático da profissão emergente” (Freitas, 2001:33). O curso tinha uma duração de dois anos e manteve-se praticamente inalterado pelas reformas ocorridas na legislação até 1931.

Nova alteração viria ter lugar com o Decreto N° 3830, de 29 de outubro de 1919³⁶, passando os cursos para quatro anos de duração, dando ênfase a conhecimentos básicos em biologia e técnica dentária (Fernandes Neto, 2003). Porém, esta reforma não foi executada (Perri de Carvalho, 1995:4).

O Decreto N° 19.851, de 1931, que estabeleceu a reforma do ensino superior no Brasil, fixou oficialmente o curso em três anos de duração, e exigia o curso ginásial na escola superior. O currículo passou a ter a seguinte estrutura: primeiro ano: Anatomia, Fisiologia, Histologia e Microbiologia, Metalurgia, Química Aplicada; segundo ano:

³⁶ Decreto Delfim Moreira (1919), o qual estabeleceu a criação de Cursos de Odontologia em nível superior, com quatro anos de duração.

Clínica Odontológica (1ª cadeira), Higiene e Odontologia Geral, Prótese Dentária, Técnica Odontológica; terceiro ano: Clínica Odontológica (2ª cadeira), Patologia e Terapêutica Aplicadas, Prótese Buco-Facial, Ortodontia e Odontopediatria. O Decreto n.º 20.179, de julho de 1931, destacou este currículo como o padrão mínimo para o Brasil (Fernandes Neto, 2003).

Em 1933, os cursos de Odontologia tornaram-se autônomos, ou seja, desligaram-se da tutela das escolas médicas, o que facultou a algumas escolas a criação de disciplinas, além das obrigatórias. Freitas (2001) ressalta que foi somente neste ano (de 1933) que houve a abertura do primeiro curso de Odontologia de nível superior no país, quatorze anos depois do Decreto Delfim Moreira, de 1919.

Em 1961, com a Lei Nº 4.024, o Conselho Federal de Educação (CFE) passou a ter competência para fixar o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores. Pelo Parecer 299/62, o Conselho Federal de Educação (CFE) traçou o perfil do cirurgião-dentista, como o de um dentista geral, policlínico, destinado à coletividade e estabeleceu o novo currículo em dois ciclos, o básico e o profissional.

No ciclo básico, com duração de dois anos, eram ministradas as disciplinas de Anatomia, Histologia-Embriologia, Microbiologia, Patologia Geral e Buco-Dental, Farmacologia e Terapêutica, Materiais Dentários e Dentística Operatória.

No ciclo profissionalizante, também com dois anos de duração, as seguintes disciplinas de Clínica Odontológica, Cirurgia Odontológica, Prótese Dentária, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Ortodontia, Odontopediatria, Higiene e Odontologia Preventiva e Odontologia Legal (Fernandes Neto, 2003).

Em janeiro de 1971, poucas alterações, reorientaram o ciclo básico com a Biologia, as Ciências Morfológicas, as Ciências Fisiológicas e a Patologia Geral, ficando o ciclo profissional com a Patologia e Clínica Odontológica, Odontologia Social e Preventiva, a Odontopediatria e a Odontologia Restauradora (Fernandes Neto, 2003). Salienta-se, nesse sentido a presença da Disciplina de Odontologia Preventiva, na década de 1960 e a de Odontologia Social e Preventiva, a partir dos anos 1970³⁷.

A Resolução Nº 04/ 82, do Conselho Federal de Educação (CFE), tendo em vista o Parecer N.º 370/ 82, estabeleceu um novo currículo mínimo para os cursos de Odontologia,

³⁷ Para maiores informações sobre a abordagem destas especialidades, ver Narvai (2002) pp. 29-77.

com duração mínima de 3.600 horas, integralizadas de oito e, no máximo, de dezoito semestres letivos, compreendendo matérias básicas e profissionalizantes.

Nas matérias básicas eram ministrados conhecimentos de: (1) Ciências Morfológicas (Genética, Evolução, Histologia, Embriologia e Anatomia); (2) Ciências Fisiológicas (Bioquímica, Fisiologia e Farmacologia); (3) Ciências Patológicas (Patologia Geral, Microbiologia, Parasitologia e Imunologia); e (4) Ciências Sociais (Fundamentos de Sociologia, Antropologia e Psicologia).

As matérias profissionalizantes englobavam: (1) Propedêutica Clínica (Patologia Bucal, Semiologia e Radiologia); (2) Clínica Odontológica (Materiais Dentários, Dentística, Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Traumatologia e Prótese), objetivando o tratamento e a restauração dos dentes e das estruturas circunvizinhas; (3) Clínica Odontopediátrica, onde se previa o estudo dos aspectos particulares do atendimento odontológico infantil, através dos aspectos patológicos, de clínica e de medidas preventivas ortodônticas; (4) Odontologia Social, para o estudo dos aspectos sociais, deontológicos, legais e de orientação profissional (Fernandes Neto, 2003).

Esta Resolução trouxe avanços, ao incorporar o ensino das Ciências Sociais e de Odontologia Social. Ainda ficou estabelecido que, no ciclo profissionalizante, de acordo com o Artigo 11º., deveriam ser ministrados conhecimentos de planejamento e administração de serviços de saúde comunitária, trabalho em equipe de saúde, bem como técnicas e equipamentos odontológicos simplificados e que a prevenção deveria se constituir em orientação do ensino, sendo enfocada nas diferentes disciplinas ou atividades (Fernandes Neto, 2003).

Ainda, ficava previsto o ensino e o treinamento dos alunos para as necessidades globais do paciente por meio das disciplinas de Clínica Integrada, com duração mínima de um semestre (Art. 12º.) (Fernandes Neto, 2003).

A prevenção deveria se constituir como orientação do ensino, devendo ser enfocada nas diferentes atividades e disciplinas. previa-se, ainda, a atuação do aluno junto aos pacientes o mais breve possível, com uma inclusão gradativa nos programas de extensão (Artigos 13º. e 14º.). Ainda, as atividades extramurais deveriam ser desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado preferencialmente em sistemas públicos de saúde (Artigo

15º). Por fim, as disciplinas de Estudo de Problemas Brasileiros e Educação Física também deveriam integrar, obrigatoriamente, os currículos (Artigo 17º.) (Fernandes Neto, 2003).

Desde a criação do primeiro curso no Brasil, em 1882, fica evidente a distinção entre as disciplinas básicas e as profissionais nos currículos. Faz-se necessário refletir um pouco mais acerca deste importante “corte” na estrutura curricular.

Portanto, a organização da formação do profissional de Odontologia pelas escolas brasileiras ocorreu mediante vários pareceres, resoluções e legislações específicas. O currículo mínimo previsto pela Resolução N.º 04/82, do Conselho Federal de Educação (CFE), vigorou até a promulgação da Lei N.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Mais recentemente, no ano de 2001, o Parecer CNE/ CES 1300/01, definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, as quais serão objeto de tópico específico.

2.2- Visão Geral das Atuais Diretrizes Curriculares para os Cursos de Odontologia

O Parecer CNE/ CES 1300/01 definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, as quais se conformam em orientações para a elaboração dos currículos, a serem necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior do país. Dentre os documentos que foram levados em consideração para a elaboração dessas diretrizes estavam: a Constituição de 1988, a Lei 8.080/90; a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (1996); a Declaração Mundial sobre Educação Superior no século XXI da UNESCO (1998); Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA, o Relatório Final da 11ª. CNS (2000); as legislações que regulamentam o exercício profissional; Pareceres do CNE/CES (776/97; 583/2001), entre outros. Elas englobam os seguintes aspectos: (1) perfil do formando egresso/profissional; (2) competências e habilidades; (3) conteúdos curriculares; (4) estágios e atividades complementares; (5) organização do curso; (6) acompanhamento e avaliação (Parecer CNE/ CES 1300/2001). A Resolução CNE/ CES N.º 3, do dia 19 de fevereiro de 2002, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (Diário Oficial da União de 4 de março de 2002).

As Diretrizes procuram alcançar avanços na organização dos currículos dos cursos superiores na área da saúde, superando “as concepções antigas das grades curriculares, muitas vezes utilizadas enquanto meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações”. Elas reforçam 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” e, 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” (Parecer CNE/ CES 1300/01).

Por meio da estrutura curricular, os cursos e as faculdades determinam o perfil dos futuros profissionais. Preconiza-se, para o ensino superior na área da saúde, que os futuros profissionais sejam capazes de atuar com “qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS)” (Parecer CNE/ CES 1300/01).

O objetivo das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em saúde é o de “levar os alunos a aprender a aprender”. Nas palavras do próprio Conselho Nacional de Educação, aprender a aprender desdobra-se em “aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer” (Parecer CNE/ CES 1300/01).

Assim, depreende-se que aprender deve ser um processo contínuo que não se esgota em aprender a executar um ato técnico ou operatório e que não termina com o recebimento de um diploma, mas sim, implica em saber ser, ser um hábil e competente profissional e também saber ser “ser humano”, aprender a atuar e trabalhar em equipe, em nível individual e coletivo, pois o processo saúde-doença é extremamente complexo, envolve várias dimensões além daquela física ou objetiva.

O ato do “cuidado em saúde” exige saber que se está diante de outro ser (humano), que está passando por sofrimento, mas que também possui desejos, necessidades e uma subjetividade que lhe é própria. Cabe, portanto, ao profissional aprender a aprender e aprender a viver com todas essas dimensões que envolvem a saúde, o adoecer e a doença.

O profissional de saúde realiza atendimentos a indivíduos que não podem ser desvinculados de sua sociedade e esta, por sua vez, não pode ser desvinculada de seu contexto histórico, econômico, cultural e social e, desta forma, ele deve saber qual é o seu papel nesta sociedade. É preciso, então, garantir “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” (Parecer CNE/ CES 1300/01).

A elaboração de normatizações e diretrizes pode ser de grande utilidade na orientação da organização do currículo dos cursos, fornecendo subsídios para a melhoria do ensino e, conseqüentemente, dos serviços prestados pelos futuros profissionais à população.

O perfil esperado para o cirurgião-dentista é o de um profissional com “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde”, e que deve estar “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” (Parecer CNE/ CES 1300/01).

Como competências gerais a todos os profissionais de saúde, destacam-se: (1) atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, em suas implicações técnicas, éticas, de qualidade, e de forma integrada e contínua com as instâncias do sistema de saúde (2) tomada de decisões: o trabalho deve estar fundamentado na capacidade para tomada de decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas, requerendo para isso embasamento científico; (3) comunicação: quando os profissionais devem ser acessíveis e manter confidencialidade das informações, envolve a comunicação verbal, não verbal, habilidades de escrita e leitura, domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; (4) liderança: nos trabalhos em equipe multiprofissional, os profissionais deverão estar aptos a assumir posições de liderança, a qual envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento; (5) 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; e (6) educação permanente: de serem capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

Dentre as competências específicas e habilidades relacionadas com a saúde coletiva³⁸, requeridas no exercício profissional da Odontologia, salientam-se a capacidade

³⁸ Não serão abordadas competências puramente técnicas e clínicas. Para isso, consultar o Parecer CNE/ CES 1300/2001.

de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde; de atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente na promoção da saúde; de reconhecer a saúde como direito e atuar para garantir a integralidade da assistência; de exercer a profissão de forma articulada ao contexto social, como uma forma de participação e de contribuição social; de desenvolver assistência odontológica individual e coletiva; de identificar as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle na comunidade; buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e das necessidades globais da comunidade; bem como de planejar e administrar serviços de saúde comunitária.

Já, com relação aos conteúdos curriculares para o curso de graduação em Odontologia, foi apontado que eles devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, contemplando: (1) Ciências Biológicas e da Saúde: incluindo conteúdos teóricos e práticos de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados ao desenvolvimento da assistência odontológica; (2) Ciências Humanas e Sociais: contemplando aqueles referentes às 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; e Ciências Odontológicas: incluindo conteúdos teóricos e práticos referentes a: (a) Propedêutica Clínica, ou seja, aqueles conhecimentos relacionados a 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 medidas ortodônticas preventivas.

Foram abordados, também, aspectos de estágios e atividades complementares. Nesse sentido, ficou estabelecido que os estágios curriculares, sob supervisão docente, devem estar garantidos na formação do cirurgião-dentista, devendo acontecer de forma articulada e com complexidade crescente ao longo da formação. Estes estágios devem ter

uma carga horária mínima de 20% da carga horária total do curso de Odontologia. Além dos estágios, atividades complementares devem ser incrementadas na formação do cirurgião-dentista, podendo ser reconhecidos monitorias e estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Quanto à organização do curso, este deverá ter um projeto pedagógico construído coletivamente e centrado no aluno como sujeito da aprendizagem, apoiado por professores facilitadores e mediadores do processo de ensino-aprendizagem. Deverá também, o projeto pedagógico, buscar a formação integral a adequada por meio da articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência. Para a conclusão do curso, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Finalizando, foram estabelecidos mecanismos de acompanhamento e avaliação permanente tanto das concepções curriculares decorrentes das diretrizes, quanto das avaliações dos alunos em relação ao processo de ensino-aprendizagem.

Chama-se a atenção para o fato de que estas diretrizes levaram em consideração tanto o conceito de saúde quanto os princípios do Sistema Único de Saúde e que o apontam como um dos aspectos essenciais para a formação em Odontologia, prevendo que “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”. Desta maneira, a inserção dos alunos nos serviços públicos assume um papel fundamental no processo. A instituição destas diretrizes está desencadeando processos de reforma curricular em todos os cursos de Odontologia do país. Nesse sentido, há expectativas com relação à operacionalização das mudanças pretendidas e, também, aos resultados dessas diretrizes no perfil dos futuros cirurgiões-dentistas, no que diz respeito às suas competências/qualificações para atuar adequadamente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Elas sinalizam, ao menos, para o fato de que houve uma aproximação entre os Ministérios da Saúde e o da Educação, a qual é indispensável para a formação de recursos humanos em saúde na atual conjuntura brasileira.

3- Algumas Reflexões acerca do Ensino Odontológico

Alguns autores têm feito críticas à forma como o ensino odontológico vem sendo desenvolvido na grande maioria das faculdades e cursos do país (Valença, 1998; Weyne, 1999; Botazzo, 2000; Freitas, 2001; Zanetti, 2001). De acordo com Unfer (2000), nos estudos que tratam da formação do cirurgião-dentista, há uma idéia comum de que a educação odontológica é expressão da organização da prática odontológica e que esta resulta do contexto social, econômico e político do país. Afirma-se, nesse sentido, a vinculação (e a inseparabilidade) entre a formação dos profissionais e o modelo de prática.

Assim, neste processo, destaca-se o papel do Relatório Flexner³⁹, elaborado nos Estados Unidos, em meados do século XX (em 1910), uma vez que ele exerceu grande influência na Odontologia norte-americana, a qual incorporou seus pressupostos e adquiriu um caráter técnico-científico muito antes ao da Odontologia de outras nações (Freitas, 2001: 37).

Segundo Valença (1998), a prática odontológica no Brasil⁴⁰ foi “influenciada” (derivada da) pela escola norte-americana. De acordo com Freitas (2001:40), a absorção de elementos flexnerianos pela Odontologia, nos diversos países, aconteceu em momentos diferentes. No caso brasileiro, especificamente, a adesão da Odontologia ao modelo flexneriano pode ser caracterizada durante a década de 1960, uma vez que foi nessa época, que ela (a profissão) teria superado sua fase “excessivamente” artesanal.

Então, para se pensar acerca da formação do cirurgião-dentista, faz-se necessário identificar os elementos estruturais que fundamentam o modelo da Medicina flexneriana ou científica e que são comuns à Odontologia científica, os quais podem ser assim

³⁹ Abraham Flexner, educador formado pela Universidade de John Hopkins, preparou, a pedido da Carnegie Foundation, dos Estados Unidos, um relatório sobre a situação das diversas escolas médicas do país. O Relatório Flexner, como ficou conhecido, influiu na reforma do ensino das faculdades de Medicina dos Estados Unidos e Canadá, na década de 1920 (Marsiglia,1998:176). De acordo com Freitas (2001), este Relatório teve as seguintes recomendações como propostas principais: (1) definições de padrão de acesso e prazo mínimo de 4 anos de duração dos cursos; (2) introdução ao ensino laboratorial; (3) estímulo à docência em tempo integral; (4) expansão do ensino clínico, principalmente o desenvolvido em hospitais; (5) vinculação das escolas médicas às universidades; (6) ênfase na pesquisa biológica como um meio de superar o empirismo dominante no ensino médico; (7) vinculação de pesquisa e ensino; (8) estímulo à especialização; e (9) controle do exercício profissional através da organização institucional da profissão. Assim, este relatório foi de vital importância para a definição do modelo de prática médica nos EUA e influenciou toda a Medicina moderna ocidental (Freitas, 2001:36).

⁴⁰ As características do modelo hegemônico de prática odontológica foram melhor explicitadas no capítulo I.

explicitados: (1) mecanicismo, pela analogia do corpo humano com a máquina, desta forma, como a máquina é formada por partes e peças, o homem é visto e estudado a partir de sistemas e de órgãos; (2) biologicismo, o qual pressupõe o reconhecimento crescente da natureza, das causas e das conseqüências biológicas das doenças; (3) individualismo, expressado tanto pela eleição do indivíduo como objeto, bem como pela “exclusão” dos fatores sociais da vida do indivíduo; (4) especialização crescente, em função do “boom” de conhecimentos, técnicas e materiais, o que, por sua vez, faz com que exista uma busca pelo domínio profundo de conhecimentos em uma determinada área específica; (5) exclusão de práticas alternativas, pois são consideradas mais “válidas” aquelas que demandam alta tecnologia, equipamentos sofisticados, materiais onerosos, etc., em detrimento daquelas alternativas, vistas, a princípio, como “ineficazes”; (6) tecnificação do ato odontológico, quando o grau de densidade tecnológica passou a ser o parâmetro de qualidade, com incorporação de tecnologia para a prestação da assistência; (7) ênfase na odontologia curativa, quando há uma valorização do processo patológico em si, ou seja, uma atuação a partir dos sinais de doença, ao invés dos seus determinantes; e (8) gestão tecnocrática, na medida em a aplicação desta odontologia flexneriana aos serviços coletivos leva a uma situação de monopolização de conhecimentos onde poucos profissionais estabelecem programas, objetivos e metas a serem seguidos, sem a participação de todos os envolvidos (Valença, 1998:25-29).

Segundo Botazzo (2003), na educação odontológica, a abordagem social dos problemas de saúde não causa grande entusiasmo, nem tem prestígio entre os estudantes, podendo-se verificar o mesmo entre os professores. O que se observa, é o desenvolvimento de conteúdos mais ligados fortemente aos ambulatórios da escola, ou seja, aqueles conteúdos ligados às clínicas odontológicas. E, nas palavras de Botazzo (2003), “o ambulatório é o lugar onde certo tecnicismo é produzido e reproduzido” (Botazzo, 2003:17). No entanto, afirma, este autor, que “há muito se ouvem os reclamos dos que pensam faltar ao cirurgião-dentista um pouco de sensibilidade social” (Botazzo, 2003:17). Referida sensibilidade poderia retirar a “frieza dos procedimentos restauradores a que aparentemente o exercício da profissão o obrigaria [ao cirurgião-dentista]” (Botazzo, 2003:17).

Weyne (1999) acrescenta, ainda, que o ensino nas faculdades pode ser caracterizado como segmentado, havendo uma tendência a se produzir “especialistas”, uma vez que os alunos são preparados para lidar com questões estritamente “buciais” e “cirúrgico-restauradoras”, quando se necessitaria do uso de novos conhecimentos científicos em condições multidisciplinares e transprofissionais. Percebe-se, então, que “a concepção ‘dentocêntrica’ ainda continua fortemente arraigada no ensino e na prática da odontologia” (Weyne, 1999:22). De acordo com este autor, a maior parte das faculdades se mostra hesitante e resistente em promover mudanças curriculares para incorporar novos conhecimentos e referenciais, e isso “significa que ainda teremos que esperar um pouco mais, até que os futuros dentistas estejam em condições de oferecer um atendimento clínico sob a égide do paradigma de promoção de saúde” (Weyne, 1999:22).

Neste sentido, segundo Valença (1998), a análise das ementas curriculares dos cursos de graduação em Odontologia revela que ocorre “uma acentuada fragmentação dos conteúdos programáticos que praticamente inviabilizam que o aluno tenha uma visão totalizante do indivíduo com o qual ele mantém a relação de paciente-profissional e no meio qual ambos vivem enquanto sujeitos” (Valença, 1998:14). Além disso, acrescenta a autora, as ementas “privilegiam o biologicismo, a sofisticação de técnicas e de instrumentos [e] a quase exclusão dos determinantes sociais e econômicos do processo saúde-doença” (Valença, 1998:14).

Percebe-se, assim, que a formação dos profissionais está acontecendo mais dentro de um modelo de educação tradicional⁴¹, o que pode dificultar aos alunos a aquisição de subsídios que permitam a eles compreenderem os atos de saúde como estratégias de transformação da realidade. Valença (1998), menciona que não é difícil perceber a inadequação dos recursos humanos, sendo esta revelada no despreparo dos estudantes e do cirurgião-dentista recém-formado em ver o seu paciente como um ser integral, e compreender o seu papel enquanto profissional de saúde, não apenas como técnico mas, também, como cidadão.

⁴¹ Em conformidade com Pinto (2000) costuma-se utilizar a denominação de “tradicionais” para os currículos mais voltados para o ensino de práticas curativas e para a clínica particular. Em oposição, os currículos ditos “inovados” privilegiam a promoção da saúde e têm um enfoque mais coletivo. Entretanto, afirma-se que a grande maioria evolui de um tipo a outro de acordo com as mudanças na profissão e na sociedade (Pinto, 2000: 254).

É comum ouvir, nos corredores das faculdades e nas conversas informais entre alunos (e até mesmo entre professores), expressões do tipo: “hoje apareceu uma ‘endo’ complicada ⁴²”, “aquele ‘dente’ estava destruído [cariado]”, ou seja, fala-se como se não existisse um ser, um “sujeito-dono” destes dentes ou destas estruturas simplesmente “anatômicas” numa primeira e superficial vista. Esta dicotomia parece conferir maior importância às disciplinas profissionais, pois é delas que o cirurgião-dentista precisa ter domínio e conhecimento para ser visto, tanto pela sociedade, quanto pela maioria da própria classe odontológica, como um “bom profissional”.

Zanetti (2001:1), classifica o processo de formação dos cirurgiões-dentistas como unidimensionalizante, no sentido de que a qualificação está bastante reduzida à aquisição de habilidades tecnológicas, e que desta forma, “o processo de formação profissionalizante e especializante se tornou, em última instância, um processo social e histórico de alienação do trabalho odontológico”. Em concordância com este autor, observa-se que a inexpressiva inclusão de conteúdos e disciplinas que englobem aspectos ligados às Ciências Humanas e Sociais condiciona os cirurgiões-dentistas a “desenvolver” uma visão limitada do paciente em sua dinâmica relação com a vida, na qual também tem espaço o trabalho odontológico.

Mesmo levando em consideração toda essa gama de aspectos, há que se pensar que muitos dos elementos da Odontologia flexneriana podem, também, estar trazendo melhorias aos processos de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Assim sendo, a incorporação dos avanços em ciência e em tecnologia, no processo de formação acadêmica destes profissionais, tem permitido aos egressos dos cursos brasileiros oferecer atendimentos com qualidade técnica muito boa, condizente com os que são oferecidos nos países ditos de “primeiro mundo”. Além disso, tendo em vista as transformações da sociedade contemporânea, em que conhecimentos são produzidos e disseminados cada vez mais rapidamente, o trabalho dos especialistas, por exemplo, se torna indispensável para o tratamento adequado de muitos pacientes (casos) que apresentam necessidades específicas e que, por isso, requerem profissionais dotados de conhecimentos e de habilidades técnicas mais apuradas. Um outro tanto de equipamentos e materiais, inclusive, permitem uma melhor performance clínica, propiciando que diagnósticos e tratamentos sejam cada vez

⁴² Abreviatura da palavra endodontia, utilizada para designar a abordagem do canal dentário, em casos de grande destruição das estruturas mineralizadas, com contaminação/ infecção ou, até mesmo, necrose do tecido pulpar (polpa dentária).

mais precisos. Estes aspectos, indiscutivelmente, agregaram valor à assistência odontológica; entretanto, há que se fazer uma reflexão, de que esta odontologia está acessível a apenas uma parte da população brasileira e que outras abordagens (que não estritamente essas atreladas às técnicas, aos materiais e aos equipamentos sofisticados) podem ser de grande valia para o enfrentamento dos principais problemas de saúde (bucal) da população.

É importante salientar, ademais, que o processo educacional, bem como as práticas profissionais, se estruturam a partir de determinado marco conceitual, fazendo-se necessário localizar sistemas de idéias, de valores e de prescrições não explicitadas formalmente, mas que perpassam educadores e educandos. Alguns elementos importantes, que permeiam a formação profissional do cirurgião-dentista, além do modelo de prática odontológica, são: a estrutura social e econômica do país, as relações internas do processo de formação de profissionais de saúde, a ideologia dominante a nível profissional e a estrutura do poder internacional. A formação do cirurgião-dentista é influenciada, então, por interesses nacionais e internacionais, como os das indústrias de equipamentos odontológicos, de materiais e de medicamentos, bem como da ideologia profissional, a qual se encontra centrada na prática privada e por especialidades (Valença, 1998).

Zanetti (2001) toma como pressuposto que, historicamente, o ensino odontológico tem qualificado os cirurgiões-dentistas mediante uma formação voltada ao desenvolvimento de habilidades para o exercício profissional em esferas de trabalho distintas: a privada e a pública. Entretanto, “em se tratando de esferas distintas, cada esfera demanda qualificações inerentes às suas práticas específicas”, mas, em ambas, “há um conjunto de qualificações comuns identificadas na prática clínica terapêutica e operatória” (Zanetti, 2001:1). Isto quer dizer que o cirurgião-dentista precisa ter conhecimento e habilidades para prestar atendimentos que são oferecidos tanto na esfera privada (clínica particular) quanto na esfera pública, como, por exemplo, aqueles ligados às atividades preventivas, às de adequação, às restauradoras e às cirúrgicas (Zanetti, 2001). Neste sentido, tanto mercado como Estado, necessitam de profissionais qualificados⁴³.

⁴³ Zanetti (2001), apresenta a noção de “qualificação” como equivalente a “habilidade”.

3.1- Qualificações do Cirurgião-Dentista para atuar em Consultório Privado

Para atuar em consultório particular, o cirurgião-dentista deve ter uma sólida qualificação nas práticas clínicas, tanto propedêuticas quanto operatórias. Para isso, os conhecimentos nas áreas de Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia e Traumatologia, Prótese e Odontopediatria são fundamentais, pois, normalmente, o clínico geral executa as ações básicas de cada uma destas áreas do conhecimento. Normalmente, os casos de maior complexidade, como aqueles que necessitam de habilidades profissionais, equipamentos e materiais mais sofisticados, bem como aqueles que apresentaram complicações no tratamento realizado pelo clínico geral, são encaminhados para os cirurgiões-dentistas especialistas.

Os processos de trabalho do cirurgião-dentista, no consultório privado, têm uma abordagem fundamentalmente individual e seguem uma certa seqüência comum de etapas clínicas: exame inicial do paciente e diagnóstico das necessidades (anamnese, exame clínico e radiográfico), estabelecimento do plano de tratamento; apresentação do orçamento ao paciente; execução dos tratamentos propostos; ‘alta’ do paciente e re-chamadas para acompanhamento/avaliação (fase de manutenção). Alguns profissionais executam, além disso, ações de prevenção e de educação em saúde bucal, mas no entanto, parece que estas são bem mais pontuais. Até um tempo atrás, a boa execução dessas ações clínicas era suficiente para a manutenção da clientela. No entanto, com a crescente oferta de cirurgiões-dentistas, e o peso desta no mercado de trabalho, a situação tem mudado.

Neste sentido, os cirurgiões-dentistas vêm buscando exercer algumas posturas qualificadas de diferenciação profissional, bem como de fidelização da clientela (marketing); científicas; éticas; comunicativas; psicológicas; de satisfação total do cliente; de abertura e incorporação de tecnologia pedagógica; de cuidado integral do paciente através de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; de administração profissional do consultório (gestão); uso de medidas de biossegurança; de cuidados com o ambiente do consultório ou seja, com a apresentação do consultório; de flexibilização de horários; de negociação acerca de valores do tratamento, etc (Zanetti, 1999:24).

De acordo com Zanetti (2001) pode-se dizer que para atuar hoje na clínica privada, o profissional deve ter mais habilidades profissionais, tanto em quantidade quanto em

diversidade, em relação ao que era necessário ter nos anos de “ouro” da Odontologia (até o início dos anos 1980). Explica-se a maior diversidade porque “as habilidades tecnológicas clínicas isoladamente tornaram-se insuficientes para assegurar ao profissional uma inserção vantajosa no mercado de serviços” (Zanetti, 2001:1).

3.2- A Formação do Cirurgião-Dentista em Tempos de SUS

O sistema de saúde brasileiro passou por grandes transformações desde a década de 1980, as quais culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988. Mais recentemente, a partir de 1994, há uma aposta de reorganização da atenção básica, através do Programa Saúde da Família (PSF), no âmbito do SUS. Percebe-se, assim, a importância que a formação de recursos humanos em saúde assume no atual contexto brasileiro.

3.2.1- Revisitando o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde, enquanto conceito, passa a ser entendida como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal de 1988, art.196). De acordo com o texto constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) integra uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em torno de três diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Constituição Federal de 1988, art.198). Dentre as atribuições do Sistema Único de Saúde, no artigo 200 da Constituição está definido que a ele compete, entre outros, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Constituição Federal de 1988, art.200, inciso III).

No ano de 1990, foram aprovadas as leis que regulamentam e aprofundam o modelo concreto de desenvolvimento do SUS (Leis 8.080/90 e 8.142/90). Estas leis, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS), discriminam o texto constitucional, estabelecendo, principalmente, normas em relação aos objetivos, campos de atuação e princípios do SUS, competências de cada esfera de governo, participação complementar da iniciativa privada e financiamento setorial.

O Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal e regulado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), estabelece um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são expressos através da integralidade, universalidade e equidade. Os organizativos dizem respeito à descentralização com comando único, à regionalização, à hierarquização e à participação popular. Além disso, foram incluídos, no âmbito das ações odontológicas, os chamados ‘procedimentos coletivos’, os quais possibilitam a realização de ações de prevenção e educação em saúde bucal.

A universalidade remete à concepção de saúde enquanto um direito de cidadania. Com a universalidade “o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público” (MS, ABC do SUS, 1990). Agora, todas as pessoas passam a ter o direito à saúde, rompendo com o modelo excludente anterior em que somente os contribuintes da Previdência Social tinham direito à assistência à saúde. Este princípio incorpora o direito à assistência como parte da cidadania (Roncalli, 2003).

A equidade, segundo Roncalli (2003), é um desdobramento da idéia de universalidade, assegurando que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Desta maneira, ela consiste em “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira” e afirma que “todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades” (MS, ABC do SUS, 1990).

De acordo com o princípio da integralidade, fica reconhecido que “cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade” e que “as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas” (MS, ABC do SUS, 1990). Ficou estabelecido, assim, que as

unidades prestadoras de serviço, em seus graus diversos de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral. Além disso, o indivíduo é concebido como “um ser integral, biopsicossocial e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (MS, ABC do SUS, 1990).

A partir da década de noventa, outras mudanças, no âmbito do SUS, começaram a ser implementadas. Assim, o Programa Saúde da Família (PSF), criado no ano de 1994, é apontado como a principal estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica e teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991. Uma das grandes contribuições introduzidas pela estratégia de Saúde da Família foi uma visão ativa da intervenção em saúde, a de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente. Além disso, trouxe as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde (Viana & Dal Poz, 1998).

O PSF tem como principal objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. A atenção passa a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (MS, 2001). O atendimento é prestado tanto nas Unidades de Saúde da Família (USF) como em domicílio, pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. Espera-se, assim, que esses profissionais e a população acompanhada estabeleçam vínculos de co-responsabilidade, o que, por sua vez, viria a facilitar a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

A Unidade de Saúde da Família (USF) atua com base em alguns princípios (MS, 2001): caráter substitutivo, ao propor a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização, quando a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência e deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral; territorialização e adscrição da clientela, com território de abrangência definido, sendo responsável pela população adscrita; equipe multiprofissional,

cada equipe do PSF sendo composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (MS, 2001).

Desde 2001 a saúde bucal foi incluída no PSF, tendo como objetivos “melhorar as condições de saúde bucal da população”, “orientar as práticas de atenção à saúde bucal”, bem como “ampliar o acesso das famílias brasileiras às ações de saúde bucal” (MS, Portaria N.º 267/GM, 2001). Espera-se que os profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF participem do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família, identifiquem necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal, estimulem e executem medidas e ações intersetoriais para a promoção de saúde bucal e atividades educativas e preventivas em saúde bucal, que sensibilizem as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde e que organizem os processos de trabalho de acordo com diretrizes do PSF e do plano municipal de saúde, dentre outros (MS, Portaria N.º 267/GM, 2001).

Para o cirurgião-dentista, especificamente, destacam-se as seguintes competências, além daquelas puramente técnicas, inerentes à profissão odontológica: executar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos; coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal; e, também, capacitar as Equipes de Saúde da Família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal (MS, Portaria N.º 267/GM, 2001).

Desta forma, a criação do Sistema Único de Saúde e a inclusão das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família demandam qualificações adicionais por parte dos cirurgiões-dentistas.

3.2.2- Formação do Cirurgião-Dentista e o SUS

De acordo com Zanetti (2001), nos serviços públicos, os processos de trabalho são mais “complexos” quando comparados àqueles do consultório privado. Desta maneira,

além da maioria das habilidades exigidas para o cirurgião-dentista que atua no mercado de serviços (clínica particular), são requeridas também outras, de modo que aconteça um exercício profissional público qualificado.

Assim sendo, o cirurgião-dentista que atua no SUS deve ter as mesmas habilidades necessárias para a realização do atendimento clínico dos pacientes, o qual, de certa maneira, não é muito diferenciado daquele que é prestado em consultório privado, pois se baseia bastante na assistência odontológica individual (nesse sentido, as maiores diferenças podem acontecer no acesso a materiais e a tecnologias, demandando capacidade de adaptação do profissional, para poder prestar um atendimento de qualidade com algumas condições consideradas adversas disponibilizadas no SUS⁴⁴).

No entanto, em acréscimo, de acordo com Zanetti (2001), no âmbito do SUS, existem as ações extraclínicas, que “exigem” do cirurgião-dentista habilidades para lidar com as escolhas e com as ações em âmbito coletivo. Estas ações, por sua vez, são mediadas por processos governamentais (coletivos) de tomada de decisão (que envolvem escolhas) e de realização. Estes processos, então, apresentam grande nível de incerteza, envolvem disputas políticas, variedade de opções nas tomadas de decisões, conflitos, valores individuais, etc. (Zanetti, 2001: 2).

Assim, perante esse contexto de múltiplos desafios, os cirurgiões-dentistas têm demonstrado uma incapacidade enorme em ultrapassar o limite da ação particular (individual) para alcançar a ação coletiva. Desta forma, fica evidente que a formação profissionalizante não tem capacitado os cirurgiões-dentistas para o exercício de suas atividades profissionais nos serviços públicos (Zanetti, 2001).

O SUS e, mais recentemente o PSF, enquanto estratégia do SUS para a reorganização da atenção básica, demanda por processos de trabalho diferenciados, a sociedade começa a exigir e a lutar por serviços de saúde e por melhores atendimentos e isso implica na formação de profissionais capazes de prestar um atendimento integral e mais humanizado, de trabalhar em equipe e de compreender melhor a realidade em que vive a população (Noronha, 2002). A inserção de Equipes de Saúde Bucal no PSF tem ampliado as perspectivas de mercado de trabalho para os profissionais de saúde bucal,

⁴⁴ O que acontece é que o aluno, na sua formação acadêmica, freqüentemente aprende e pratica uma odontologia ‘de ponta’, com equipamentos e materiais sofisticados e estes, muitas vezes, podem não estar disponíveis no SUS.

“despontando o serviço público como alternativa promissora” (Silveira Filho, 2002:37). Tendo em vista que esta estratégia se encontra em expansão, ressalta-se a necessidade de repensar a forma como convencionalmente veio acontecendo a assistência odontológica.

Assim, a possibilidade de realizar a prática odontológica para além dos limites do consultório, através das ações coletivas em saúde bucal, implica em mudanças no sujeito do trabalho odontológico, quando a ação isolada do cirurgião-dentista vem cedendo lugar à da equipe de saúde bucal (Narvai, 1999). Em concordância, Roncalli (2000) (*apud* Manfredini (2003)) destaca que “a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da Odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório” (Manfredini, 2003:60). Além disso, faz-se necessária uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais.

Conforme apontado anteriormente, entre as atribuições do SUS, na Constituição Federal de 1988, está aquela de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Constituição Federal de 1988, art. 200, inciso III). No entanto, de acordo com Morita & Kriger (2004), embora exista este preceito, ele não tem acontecido enquanto uma prática institucional. Os autores colocam que os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem do aluno de Odontologia na rede de serviços, até então, tiveram pouca sustentabilidade, uma vez que aconteciam mais por adesão ideológica de docentes e estudantes (Morita & Kriger, 2004:17).

As atuais Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia valorizam a inserção dos alunos no Sistema Único de Saúde. Neste sentido, Morita & Kriger (2004:18), baseando-se nas diretrizes, afirmam que “para trabalhar no SUS com qualidade e atender as necessidades da população, é necessário ser um profissional generalista tecnicamente competente e com sensibilidade social” (Morita & Kriger, 2004:18).

Assim, para formar profissionais que atendam a essas necessidades, os cursos precisam: (1) adequar sua abordagem pedagógica, sintonizando os conteúdos à realidade, bem como o professor deixando de ser a figura central, com o aluno numa posição ativa no processo de ensino-aprendizagem, o qual passa a ser desenvolvido em múltiplos cenários; (2) favorecer a articulação dos conhecimentos, buscando um currículo integrado, sem a

fragmentação característica atual; (3) trabalhar em equipes multiprofissionais, tanto na equipe de saúde bucal quanto em relação com outros profissionais de nível universitário envolvidos; (4) promover atividades práticas ao longo do curso em todos os tipos de unidades de saúde, e nesse sentido, os movimentos atuais de reorganização da prática clínica odontológica indicam a antecipação das clínicas integradas, em complexidade crescente e o desenvolvimento de práticas em unidades básicas de saúde, na comunidade e nos domicílios, buscando, dessa maneira, agregar ao processo de ensino, equipamentos educacionais e comunitários, além dos equipamentos de saúde (Morita & Kriger, 2004:19-20).

Em meio à construção de um sistema de saúde pautado pelos princípios de integralidade, equidade e universalidade, torna-se questão fundamental a formação de profissionais com espírito crítico, que sejam capazes de refletir e de atuar na sociedade em que estão inseridos. Neste sentido, é preciso “inteirar-se de que a realidade social não é uma massa de fatos fragmentados e desligados entre si, mas é complexa, contraditória, compreendendo relações, processos e estruturas nem sempre visíveis” (Iyda, 1998:138). Assim, os fatos devem ser desvendados para que a realidade seja captada em sua totalidade, ou seja, em movimento e, mais do que isso, deve-se buscar a solução das suas contradições, criando uma nova realidade (Iyda, 1998).

Os profissionais de saúde devem ser portadores de competências técnicas, comunicativas, sociais, organizacionais, de responsabilização pela atenção e pelo cuidado ao paciente, de reflexão e de avaliação constantes sobre o universo de trabalho, de novos compromissos ético-profissionais e de novas posturas como cidadãos, ou seja, espera-se que os profissionais de saúde atuem de forma mais adequada na sociedade de hoje, com vistas também ao mundo de amanhã (Noronha, 2002).

O cirurgião-dentista, para atuar no SUS e no PSF, precisa estar sintonizado com as propriedades de re-direcionamento dos modelos de atenção à saúde, bem como estar atento para os princípios de atenção integral, vínculo, responsabilização, acolhimento, trabalho em equipe multiprofissional e concepção ampliada de saúde, apto para desenvolver ações no âmbito coletivo. Há que se pensar na formação de profissionais em que a saúde receba mais ênfase que a doença.

Portanto, percebe-se que há carências na qualificação dos cirurgiões-dentistas para que estes profissionais possam atuar adequadamente (com competências e habilidades) nos serviços públicos e, assim, lidar com os determinantes sociais do processo saúde-doença e com as implicações políticas das ações coletivas. As abordagens que conformam o movimento intitulado como Saúde Coletiva, ao disponibilizar saberes e práticas, podem auxiliar nesse processo.

3.3- Contribuições da Saúde Coletiva para a Formação em Odontologia

A Saúde Coletiva busca a ruptura com o convencional reducionismo da problemática da saúde ao estritamente biológico, afirmando que o processo saúde-doença é mais amplo e complexo que aquele realizado pelo saber biomédico (Birman, 1991), incorporando, para tanto, conhecimentos advindos das Ciências Sociais e Humanas. Além disso, ela fundamenta ações transdisciplinares, multiprofissionais⁴⁵, interinstitucionais e transeitoriais em diferentes organizações e instituições, por diversos agentes, dentro e fora do “setor saúde” (Paim & Filho, 1998). Na Saúde Coletiva são produzidos saberes e conhecimentos sobre o objeto “saúde”, através de várias disciplinas, tais como a Epidemiologia, o Planejamento/ Gestão em Saúde, as Ciências Sociais em Saúde, a Estatística, a Demografia, a Geografia, a Clínica, a Genética, as Ciências Biomédicas, entre outras (Paim & Filho, 1998). Dessa maneira, enquanto campo de conhecimentos e âmbito de práticas, a saúde coletiva disponibiliza instrumentais para uma formação profissional mais ampla.

Neste sentido, o ensino de Saúde Bucal Coletiva⁴⁶ contribui para que inúmeras abordagens teóricas e práticas possam ser assimiladas pelos futuros cirurgiões-dentistas, fornecendo os subsídios para uma atenção em saúde bucal integral, resolutiva e

⁴⁵ Uma maior aproximação da definição/entendimento dessas práticas pode ser obtido em Vasconcellos (2002:111-114).

⁴⁶ De acordo com Narvai (2002), o termo “coletiva” foi acrescentado à expressão “saúde bucal” nos anos 1980. Segundo este autor, passou-se a falar em “saúde bucal coletiva” e não em “odontologia coletiva” e isto não se deu ao acaso, pois “falar em odontologia coletiva significava continuar preso à noção de odontologia e era isso mesmo que se procurava evitar” (Narvai, 2002:70). Assim sendo, mesmo reconhecendo a importância da assistência odontológica, buscava-se construir uma referência teórica para as ações a serem desenvolvidas que, mantendo o vínculo com a “saúde bucal” extrapolasse os estritos limites do meramente assistencial, ou seja, daquilo que é tido como “odontológico” (Narvai, 2002).

humanizada, pois, em concordância com Pinto (2000), quando o cirurgião-dentista limita a sua atuação exclusivamente ao campo biológico ou dentro do trabalho técnico em Odontologia, separando-o dos demais campos do conhecimento, ele reduz de maneira drástica as possibilidades de proporcionar saúde bucal, tanto para seus pacientes quanto para a sociedade em que está inserido (Pinto, 2000:4).

De acordo com Botazzo (1992), a Saúde Bucal Coletiva é inseparável das ações que organiza [junto] ao coletivo e com o coletivo, mais do que aquelas que organiza sobre o coletivo. Assim, para este autor, as ações de natureza coletiva em saúde são entendidas como expressões de relações políticas que se estabelecem entre os vários atores sociais, ou seja, se manifestam através das trocas entre os cidadãos, as quais são paritariamente conduzidas pelo poder público e sociedade civil. Desta maneira, as ações coletivas se apóiam na atividade grupal, conformam o campo da desmonopolização do saber, onde uma certa cidadania encontra espaço para ser exercida nas relações entre os trabalhadores de saúde. São ações realizadas em espaços diversos, tais como escolas, creches, associações, sindicatos dentre outras organizações e instituições (Botazzo, 1992).

Em consonância, Narvai (1999) coloca que a prática odontológica, por meio das ações coletivas em saúde bucal, “pode se realizar para além dos limites do consultório odontológico” o que, por sua vez, “tem implicado mudanças no sujeito do trabalho odontológico: o cirurgião-dentista trabalhando isoladamente vem cedendo lugar à equipe de saúde bucal” (Narvai, 1999:449). Salienta-se a importância e a necessidade de uma atuação interdisciplinar e de um cirurgião-dentista com perfil generalista (Weyne,1999).

Silveira Filho (2002), afirma que a Saúde Bucal Coletiva se “constitui num novo paradigma para os profissionais da saúde bucal, sendo imprescindível que no bojo de sua discussão se almeje a consolidação da cidadania brasileira” (Silveira Filho, 2002:37).

O objetivo maior da Saúde Bucal Coletiva, de acordo com Pinto (2000), é o de “identificar as verdadeiras causas que impedem a obtenção de bons níveis de saúde por parte da população e agir para a sua superação” (Pinto, 2000:3). Neste sentido, a ampliação dos horizontes de interesse e de atuação dos que trabalham na área odontológica é essencial, de forma que estes profissionais se transformem em agentes estimuladores de mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhora dos níveis de saúde geral e de saúde bucal das comunidades que estão sob seus cuidados (Pinto, 2000).

Magalhães (2001), salienta a necessidade de uma nova prática educativa, em que se extrapole o espaço convencional da sala de aula, ocupando de modo mais freqüente os espaços sociais disponíveis na comunidade, através da realização de atividades colaborativas, em que as experiências sejam vivenciadas tanto individualmente quanto em grupo, onde os alunos atuem ativamente na sua aprendizagem e possam responsabilizar-se pelo mundo que está em sua volta (Magalhães, 2001:2).

O ensino de Saúde Bucal Coletiva na formação dos cirurgiões-dentistas, portanto, vem ao encontro daquilo que Magalhães (2001) chama de “pedagogia do estar no mundo”, a qual ocorre através da socialização do aprendizado individual e das experiências em grupo, do diálogo, do confronto entre a teoria e a prática, possível através vivência nos diferentes espaços sociais, da evidenciação dos problemas da comunidade e da busca por soluções. Assim, é importante que “o aluno se veja participante de uma comunidade, em que ele perceba sua futura profissão como instrumento de presença no mundo” (Magalhães, 2001:2).

Portanto, espera-se que a formação profissional em Odontologia seja capaz de produzir, por meio de um processo de educação crítica, cirurgiões-dentistas cidadãos, dotados de múltiplas capacidades para perceber, sentir e refletir sobre os fatores que atuam no processo saúde-doença, além daqueles puramente biológicos, bem como acerca das necessidades de saúde da população com a qual eles mantêm relação, independente se em consultório particular (ou seja, na esfera privada) ou se nos sistemas públicos de saúde. Além disso, espera-se que os cirurgiões-dentistas sejam capazes de atuar no sentido da transformação da realidade adversa percebida, entendendo o paciente (indivíduo ou comunidade) em sua integralidade, oferecendo meios para a prevenção das doenças, para a promoção da saúde e para a recuperação das seqüelas deixadas pelas doenças bucais, por meio de tratamentos adequados e com qualidade (exercendo, da melhor maneira possível, as competências profissionais do cirurgião-dentista), adotando, para tanto, uma postura humanizadora, de vivência coletiva, pautada na preocupação com o cuidado e o bem-estar do outro.

CAPÍTULO III

APROXIMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENSINO- APRENDIZAGEM E O PAPEL DO PROFESSOR

1- Refletindo Educação

Por se tratar de um fenômeno complexo e por envolver várias dimensões, a educação é difícil de ser conceituada/entendida a partir de poucas palavras. Entretanto, de acordo com Luzuriaga (1960), ela pode ser visualizada como “*un hacer, una actividad que tiene por fin formar, dirigir o desarrollar la vida humana para que ésta llegue a su plenitud*” (Luzuriaga, 1960:126). Além disso, a educação pode ser compreendida como “*una calidad inherente a la vida de los individuos, pues sin ella no podría existir hombre ni la sociedad*” (Luzuriaga, 1960:126).

O termo educação pode ser definido como o “ato ou efeito de educar” e, também, como o “processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano” (Ferreira, 2000). Freire (1996), entende a educação enquanto um processo permanente, em que mulheres e homens se tornaram educáveis, na medida em que se reconheceram como inacabados. A este respeito, afirma que o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital do humano e que “não foi a educação que fez mulheres e homens educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou sua educabilidade” (Freire, 1996:58).

Assim, em linhas gerais, a educação também pode ser entendida como o “conjunto de todos os processos através dos quais a pessoa desenvolve capacidades, atitudes, e outras formas de comportamento positivo na sociedade onde vive” (Good, 1959 apud Chaves, 1986:360). Ainda, em concordância com Luzuriaga (1960), em suma, a educação pode ser vista como “*un fenómeno histórico, como lo es el hombre mismo*” (Luzuriaga, 1960:127).

De acordo com Freire (1996), sendo “especificamente humana, a educação é gnosiológica, é diretiva, por isso política, é artística e moral, serve-se de meios, técnicas, envolve frustrações, medos, desejos” (Freire, 1996:70). A educação pode ser vista como “uma forma de intervenção no mundo”, podendo esta intervenção “provocar mudanças radicais na sociedade” (Freire, 1996:109).

Valença (1998) compartilha das idéias de Mendonça (1987), esclarecendo que a educação deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas consciência tal a respeito das causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança (Valença, 1998:19). Desta forma, pode-se afirmar que, ao serem estimulados os questionamentos acerca das situações que permeiam a existência humana e reflexões deles decorrentes, a educação possibilita às pessoas o re-direcionamento de sua vida por meio de ações transformadoras.

O ato de educar pode ser entendido como uma atividade sistemática de interação entre seres sociais, tanto em nível intrapessoal como em nível ambiental. Assim sendo, o papel de educar não é exclusivo do professor, mas sim, de todos os cidadãos, pois as pessoas estão educando e sendo educadas a todo o momento, através dos contatos com os outros seres humanos e das relações com o meio ambiente (Chaves, 1986). Neste mesmo

sentido, Freire (1996), afirma que toda prática educativa “demanda a existência de sujeitos, um que ensinando aprende, outro que, aprendendo ensina” (Freire, 1996:70).

Segundo a definição presente na Lei 9.394/96, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a educação é vista contemplando os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (art.1º). Além disso, foi explicitado que a educação tem por finalidade o desenvolvimento pleno do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (art.2º) (Lei 9.394/96).

Silva (2001:11), coloca que as relações pedagógicas são estabelecidas no cotidiano, num movimento permanente de construção e de desconstrução cultural. Esta visão permite identificar os profissionais de saúde enquanto trabalhadores sociais, cuja prática é pedagógica, ou seja, de educação em saúde. A autora coloca que educação e saúde são fenômenos ao mesmo tempo individuais e coletivos, por contemplarem dimensões sociais, culturais, biológicas e psicológicas.

A educação, em sentido mais restrito ou formal, ou seja, aquela que se dá em ambientes sociais específicos, com a finalidade de “educar” ou “formar” o homem, pode ser entendida como o “processo social através do qual as pessoas são submetidas à influência de um ambiente selecionado e controlado (especialmente o da escola), de tal forma que possam atingir competência social e o melhor desenvolvimento individual possível” (Good, 1959 *apud* Chaves, 1986:360).

Desta forma, mesmo que a educação possa ser vista enquanto um grande sistema (Chaves, 1986), composto por outros sistemas, os centros de formação de recursos humanos apresentam objetivos definidos e variáveis de certa forma sujeitos a controle, com uma orientação pragmática clara (Chaves, 1986:361).

Para Luzuriaga (1960:127-128), esta educação se realiza de acordo com uma concepção de mundo e de vida inerentes a cada época, sendo que essa concepção confere a finalidade à educação, ou seja, o tipo de homem que se deseja desenvolver ou formar. Desta forma, diversos fatores interferem na educação, dentre eles: (1) a finalidade ou o ideal buscado com o processo educativo; (2) a personalidade psicoativa do educando; (3) os

métodos empregados na educação; (4) as circunstâncias ou os meios em que se realiza a educação; e, também, (5) a pessoa ou o agente que dirige a educação.

Assim, o processo educacional é atravessado, dentre outros, pela percepção e pela motivação dos sujeitos envolvidos. A percepção pode ser entendida enquanto processo organizacional, seletivo e interpretativo, sendo decorrente das potencialidades, derivada da personalidade e em parte da cultura de cada pessoa. Assim, a percepção é peculiar a cada um. A motivação, genericamente, designa as necessidades, os motivos ou os desejos que provocam uma ação. Embora alguns motivos sejam inatos e outros adquiridos, a aprendizagem modifica e a cultura influencia a maneira pela qual o indivíduo responde aos motivos ou estímulos (Bastos et al., 2003:124).

De acordo com Freire (1987) existem a concepção bancária da educação, que é vista como uma forma de dominação, e a concepção problematizadora que, em oposição, é instrumento de libertação.

Na concepção bancária, o saber é uma “doação” dos que se julgam sábios (no caso, os professores/educadores) aos que julgam nada saber (os educandos/alunos). Assim, estes são vistos como “vasilhas” que vão sendo “cheias” pelos “depósitos” do educador. Isso é possível de ser observado nas situações em que o professor discorre sobre conteúdos e conduz os alunos à memorização mecânica do que foi narrado. Então, ao invés de “comunicar-se”, o professor faz “comunicados” e “depósitos” que os educandos recebem pacientemente, memorizam e repetem. De acordo com essa concepção, quanto mais docilmente os alunos se deixarem “encher”, tanto melhores eles serão.

Fica evidente, na educação bancária, a contradição entre educador e educandos. Assim nessa concepção: (1) o educador é o que educa e os educandos os que são educados; (2) o educador é o que sabe e os educandos os que não sabem; (3) o educador é o que pensa e os educandos os pensados; (4) o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que escutam docilmente; (5) o educador é o que disciplina; os educandos os disciplinados; (6) o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos, os que seguem a prescrição; (7) o educador é o que atua; os educandos os que têm a ilusão de que atuam, na atuação do educador; (8) o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos jamais ouvidos nessa escolha, se acomodam a ela; (9) o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem

adaptar-se às determinações daquele; e (10) o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos (Freire, 1987: 59).

A educação bancária atribui uma importância fundamental aos conteúdos da matéria, os quais deverão ser absorvidos e reproduzidos pelos alunos. Há uma preocupação em se produzir um “aumento de conhecimento no aluno” sem se preocupar com ele como pessoa integral e como membro de uma comunidade (Bordenave e Pereira, 2004).

Por outro lado, a educação problematizadora, coloca a exigência da superação da contradição entre educador e educandos, como primordial para o estabelecimento de processos dialógicos. Assim sendo, por meio do diálogo, surge um novo termo: passa a não mais existir “o educador do educando”, ou “o educando do educador”, mas o “educador-educando” com “educando-educador”. Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa (Freire, 1987:68).

Ela considera imprescindível desenvolver nos educandos a capacidade de refletir acerca da realidade, o que implica no desvelamento da mesma. Assim, quanto mais se problematizam os alunos, como seres do mundo e com o mundo, estes se sentirão cada vez mais desafiados, buscando a solução dos problemas vivenciados de forma criativa. Esta, ao contrário da concepção bancária, é uma educação como prática da liberdade, uma vez que ela desenvolve o poder criador dos educandos, estimulando sua criticidade, ou seja, não é uma “coisa” que é “depositada” nos homens, mas sim, é práxis, que implica ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Ela nega os comunicados e existência a comunicação (Freire, 1987).

Em sentido complementar, uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, e, ao fazer isso, ela também se transforma no processo. A aprendizagem é concebida como uma resposta do aluno ao desafio de uma situação-problema. A partir de uma visão geral, da observação da realidade (problema), essa é analisada, identificando-se os seus pontos-chave e chegando a uma teorização sobre essa realidade (uma espécie de síntese provisória, que equivale à compreensão). Dessa apreensão ampla e profunda surgem hipóteses de solução, as quais implicam na seleção de soluções mais viáveis. A síntese tem continuidade na práxis, ou seja, na atividade transformadora da realidade (Bordenave e Pereira, 2004:10).

Em acréscimo, encontra-se que uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é a de propiciar as condições para que os educandos, em suas relações uns com os outros e todos com o professor, ensaiem a experiência de assumir-se enquanto ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador e, também, realizador de sonhos (Freire, 1996:41).

Percebe-se, então, que a educação se relaciona aos mais variados processos sociais que têm lugar e vez no cotidiano, através das relações entre os seres humanos, as quais são responsáveis, também, pela transmissão da cultura. Assim sendo, a educação só é possível devido à condição do humano, enquanto ser histórico e inacabado, diferentemente dos outros animais que, apesar de inacabados, não são históricos, uma vez que não tem consciência de sua inconclusão (Freire, 1987:73). Além disso, a educação também está relacionada aos processos de “preparação” do educando para a vida em sociedade, associada àquelas situações que acontecem formalmente em ambientes escolares. Assim, deve-se estimular a instituição de mecanismos de discussão e de reflexão para que os processos educativos que continuam acontecendo em conformidade com a concepção bancária da educação, bem como com suas formas relacionadas, possam ser “problematizados” e “transformados” de modo a se avançar na construção da educação libertadora.

2- O Processo de Ensino-Aprendizagem

Ferreira (2000), define o termo ensino como “transmissão de conhecimentos, instrução, métodos empregados no ensino (Ferreira, 2000:270). Desta forma, ensinar assume a significação de “ministrar o ensino de, lecionar, transmitir conhecimentos e de instruir” (Ferreira, 2000:270).

Segundo Ávila (1982:230), a palavra ensino deriva do baixo latim “in” acrescido de “signare”, onde o prefixo “in” significa “na direção ou na intenção de”, e o termo “signare” significa “assinalar, marcar”, advindo de “signum”, ou seja, “sinal”. Assim, o ensino pode ser entendido “como a ação sistemática, ordenada e intencional de transmissão de conhecimentos e experiências” (Ávila, 1982:230). O ensino, ainda, pode ser visto como

parte de um processo mais amplo de educação, e que seu campo, por excelência, é a escola, apresentando modalidades adaptadas às finalidades curriculares e aos tipos de alunos (Ávila, 1982).

Para Luzuriaga (1960), o ensino equivale, literalmente, a mostrar ou expor algo, podendo ser visto, de certa forma, como sinônimo de instrução. Entretanto, segundo este autor, o ensino diferencia-se da instrução (a qual supõe um propósito definido e intencional), por possuir um sentido mais vasto, ocorrendo, também, indiretamente, pela vida e pela experiência pessoal. Neste sentido, é possível se falar em “instrução” escolar e em um “ensino” vital, ambiental. Assim, o ensino é uma atividade que pode acontecer em diversos locais e de diversas formas.

Este mesmo autor, entende o ensino escolar como *“la forma tradicional de la educación”* (Luzuriaga, 1960:132) e, desta maneira, *“el correlativo o finalidad de la enseñanza es el aprender, mientras que el de la educación es la formación”* (Luzuriaga, 1960:132). Desta maneira, na visão deste autor, ensino e educação são complementares: o ensino pode ser visto como se referindo à “formação profissional” e a educação ser vista como se referindo à “formação cultural”.

Além disso, acrescenta Luzuriaga (1960), que o ensino supõe (1) algo que se ensina (geralmente são as matérias de ensino, as quais integram um programa escolar), (2) alguém que é ensinado (que deveria participar do ensino com ações e reações, não sendo passivo), (3) alguém que ensina (educador, professor, pai, mãe, amigo, livro, cinema, rádio, etc.), (4) o modo como se ensina (varia grandemente e, na escola, constitui as “formas de ensino”: verbais, intuitivas, ativas, expositivas, dialogadas, globais) e (5) um lugar onde se ensina (escola, universidade, igreja, etc) (Luzuriaga, 1960:132).

Bordenave e Pereira (2004) chamam a atenção para o fato que alguns fatores relativos ao aluno, ao assunto a ser ensinado e ao professor afetam o processo de ensino e, desta maneira, eles devem ser melhor observados. Por parte do aluno, destacam-se dois fatores básicos: o seu desejo de aprender o assunto (motivação) e os conhecimentos prévios que ele já dispõe. Ainda outros fatores que dizem respeito à sua relação com o professor e à sua atitude frente à matéria ou à disciplina também interferem. Por parte do assunto a ser ensinado, intervêm a estrutura do conteúdo (ou seja, seus componentes e relações), os tipos de aprendizagem requeridos para eles serem entendidos e, também, a ordem em que os

componentes do assunto são apresentados ao aluno. Por fim, por parte do professor, destacam-se os seguintes elementos que ele pode controlar: a situação estimuladora ambiental, a comunicação verbal das instruções, as informações que o professor pode dar ao aluno sobre sua aprendizagem (realimentação). Ainda, a relação com o aluno e as suas atitudes frente a matéria ensinada (Bordenave & Pereira, 2004:40-41).

Nesse sentido, Chaves (1986), citando Gagné (1974), também aponta para os fatores que permeiam a situação de ensino, em que o ato de ensinar requer a organização das condições exteriores próprias da aprendizagem e que isto implica “freqüente comunicação verbal com o estudante, com o propósito de informá-lo do que vai realizar, recordar o que ele já sabe, dirigir-lhe a atenção e as ações e guiar o seu pensamento para determinadas áreas” (Chaves, 1986:362). Desta forma, dependendo de como são organizadas e tratadas as condições que implicam no ensino, este pode se dar de uma maneira mais aberta, mais dialógica, ou de uma maneira mais autoritária e fechada (Chaves, 1986). Salienta-se que no ensino tradicional, o professor é tido como o primordial responsável pela aprendizagem dos alunos, exercendo muito mais o aspecto informativo da educação.

Freire (1996) advoga que, desde o princípio da experiência formadora, o formando deve se assumir como sujeito da produção do saber e que é preciso se “convencer definitivamente que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (Freire, 1996:22). Em acréscimo, a palavra “ensinar”, quando vista sob o aspecto gramatical é um verbo transitivo relativo, o qual pede um objeto direto (alguma coisa) e um objeto indireto (a alguém) (Freire, 1996: 23).

Já, a definição de aprendizagem, segundo Ferreira (2000), é a mesma de aprendizado, tido como “ato ou efeito de aprender”, ou seja, “tomar conhecimento de, tornar-se capaz de algo graças ao estudo, observação e/ou experiência” (Ferreira, 2000:54). De maneira ampla, a aprendizagem é definida como o “processo pelo qual se modifica em resultado da experiência”.

Segundo Ávila (1982:35), a palavra aprendizagem deriva de “aprender”, que vem do latim “apprehendere”, que significa “apoderar-se”. Assim, etimologicamente, a aprendizagem é tida como a “aquisição de conhecimento ou habilidade”, podendo ser definida como “um processo de integração e adaptação do ser ao ambiente em que vive,

implicando, pois, em mudança de comportamento” sendo “um processo que dura a vida inteira” (Ávila, 1982:35).

Luzuriaga (1960), coloca da dificuldade de se apresentar uma definição satisfatória para o termo “aprender”, mas que, “*en general se reconoce que el aprender es uno de los actos fundamentales de la educación, hasta el punto de que algunos han confundido el uno con la otra*” (Luzuriaga, 1960:35). O aprender, tradicionalmente visto como a aquisição de conhecimentos, por meio da educação tradicional, numa atitude fundamentalmente intelectual, hoje se estende por toda a vida, movimentos, destrezas, sensibilidades e condutas (Luzuriaga, 1960). Entende-se, então, que diz respeito a uma atividade complexa em que intervêm fatores emocionais, sensoriais e sociais. Assim, “*puede decirse que el aprender consiste en una serie de actos encaminados a adquirir conocimientos o destrezas para resolver dificultades ante situaciones nuevas*” (Luzuriaga, 1960:35).

Chaves (1986:362), baseado no Dictionary of Education (1959), afirma que o aprendizado seria “uma mudança em resposta ou em comportamento, sendo causada parcial ou totalmente por experiência”. A mudança pode ser entendida no sentido de inovar, eliminar ou até mesmo modificar respostas, envolvendo algum grau de permanência. A concepção de experiência nesta definição seria, na maioria das vezes, um processo consciente, mas incluindo componentes inconscientes em algumas vezes (como é o caso da aprendizagem motora), ou até mesmo a reação a estímulos não reconhecidos ou subliminares.

O processo de aprendizagem pode ser facilitado quando são reunidas algumas condições (Luzuriaga, 1960): (1) quando há uma adaptação entre aprendizado e as condições psicológicas do sujeito (desenvolvimento mental, atitudes, personalidade); (2) quando o aprendizado se relaciona, o máximo possível, com a experiência pessoal de quem está envolvido no processo de aprendizagem; e (3) quando o aprendizado se realiza nas condições parecidas às condições de vida em torno (Luzuriaga, 1960).

Ainda, segundo este autor, a aprendizagem está relacionada com as experiências de vida, com aquelas condições e situações que afetam a personalidade do indivíduo, com a aquisição de conhecimentos gerais, com o ensino sistemático, que ocorre via escola, bem como com os conhecimentos direcionados para atividades particulares, como é o caso das artes, das técnicas e das profissões. Além disso, podem ser diferenciados modos de

aprender: o aprender passivo, receptivo, de memória, que segundo o autor é “*de muy poca eficacia educativa*” (Luzuriaga, 1960:36) do aprender ativo, criador, o qual produz novas reações e aquisições (Luzuriaga, 1960:36). Depreende-se, então, que o aprender é muito mais uma condição do que uma capacidade. Assim sendo, o aprender é um processo que acontece no aluno e em que este é um agente essencial, pois “é bem sabido que muitas coisas se aprendem sem necessidade de serem ensinadas” (Bordenave e Pereira, 2004: 38).

De modo superficial, aprendizagem pode ser classificada, de acordo com Ávila (1982:35), em: (1) aprendizagem motora: a qual diz respeito a hábitos que incluem desde simples habilidades motoras até expressões fisionômicas, habilidades verbais e gráficas, posturas, gestos, capacidade profissional; (2) aprendizagem ideativa: que abrange informações e conhecimentos desde os simples fatos, significados, preceitos, conceitos até o sistema de valores, no qual se enquadram o caráter e a personalidade, que, em última instância, representam a maneira de ser do indivíduo; e (3) aprendizagem afetiva: que é concernente a sentimentos e emoções, abrangendo gostos e aversões, preferências, estilos de vida, preconceitos.

Além disso, é possível visualizar formas de aprendizagem (Ávila, 1982:35). Deste modo, algumas seriam: (1) na aprendizagem por associação, o indivíduo reage de forma determinada à apresentação de um estímulo secundário que acompanhou o estímulo natural na formação de um hábito, como por exemplo, os prêmios e castigos, para levar o aluno à uma maior aplicação nos estudos e o barulho da sineta que indica a hora da aula; (2) na aprendizagem por ensaio e erro, são usadas experiências para enfrentar uma situação ou resolver um problema, sem prévia análise do mesmo, numa série de experiências repetidas quando bem sucedidas, como, por exemplo, o caminhar; (3) na aprendizagem por imitação, observa-se o comportamento de outros indivíduos, tendo como exemplos, o falar e o aplaudir; (4) na aprendizagem por discernimento, há uma compreensão e uma rápida possibilidade de ação em nova forma, graças à mobilização de aprendizagem anterior, como por exemplo: fazer embrulhos em objetos irregulares, dispondo-os da maneira mais segura e adequada; e (5) na aprendizagem por raciocínio, que se situa no nível mais alto e absoluto, estabelece-se uma conexão válida entre o meio e o fim, a qual se baseia na aprendizagem anterior, mas que implica, sobretudo, na análise de uma situação ou problema, na seleção dos elementos necessários à solução, no planejamento do uso desses

elementos, na execução segura de um plano, o que, por sua vez, exige experiência, esforço intelectual e maturidade, como por exemplo, construir uma casa (podendo-se pensar em “restabelecer a saúde bucal de um indivíduo”) (Ávila, 1982:35).

Segundo Freire (1996) mulheres e homens são os únicos seres que, social e historicamente, se tornaram capazes de apreender. Desta forma, o termo aprender pode ser visto como “uma aventura criadora, algo por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir uma lição dada. Aprender [para o ser humano] é construir, reconstruir, constatar para mudar” (Freire, 1996:69). Assim, percebe-se que a capacidade de aprender, e não apenas se adaptar, mas para transformar e intervir na realidade, descreve a educabilidade do ser humano.

Salienta-se, no entanto, que existe uma diferença entre aprendizado e memorização. A “memorização mecânica do perfil do objeto não é aprendizado verdadeiro do objeto ou do conteúdo” e, nessa perspectiva, o aprendiz acaba funcionando muito mais como paciente da transferência do objeto ou do conteúdo do que como sujeito crítico, que constrói o conhecimento ou participa de sua construção (Freire, 1996:69). Pode-se afirmar que a importância do ensino e a sua validade estão na dependência de resultar em aprendizado, no qual o educando seja capaz de recriar ou de refazer o que foi ensinado.

Finalizando, conforme foi apresentado anteriormente, de acordo com Freire (1996), a palavra “ensinar” poder ser vista, sob o aspecto gramatical, como um verbo transitivo relativo, no sentido de que “quem ensina, ensina alguma coisa a alguém” (Freire, 1996:23). No entanto, ela também pode ser entendida a partir do ponto de vista democrático, o qual é defendido pelo autor, em que “ensinar é mais do que um verbo transitivo relativo, pois ensinar inexistente sem aprender e vice-versa” (Freire, 1996: 23). Em concordância, Ávila (1982) coloca que “ensino e aprendizagem são os dois pólos de um mesmo processo” (Ávila, 1982:230). A este respeito, Chaves (1986:362), afirma que as palavras ensino e aprendizagem estão estreitamente inter-relacionadas, sendo impossível desunir mecanicamente estes termos. Para Petry & Pretto (1997:366), as características da forma de ensinar definirão o tipo de aprendizagem e seus efeitos na educação.

Assim, a situação de ensino-aprendizagem requer conteúdos, explicitação clara de objetivos e estratégias para a ação. O conteúdo se constitui na matéria-prima que tornará atingíveis os objetivos propostos e viáveis as estratégias disponíveis. Esses aspectos são

fundamentais para se garantir a ocorrência de novas atitudes e comportamentos (Balzan, 1989). Destes, pode-se pensar em alguns desdobramentos, assim, com relação aos métodos utilizados pelos docentes pode-se pensar, dentre outros, em aulas expositivas, seminários, oficinas, visitas e trabalhos de campo. Já com relação aos materiais didáticos pode-se pensar na utilização de quadro negro e giz, transparências, slides, vídeos, e, mais recentemente, nos equipamentos multimídia. Todos esses aspectos interferem na prática educativa, e assim, devem ser escolhidos levando em consideração a sua adequação aos conteúdos, objetivos do ensino e aos demais fatores e condições que permeiam a educação.

Portanto, compartilha-se da visão de que as duas dimensões que constituem o processo educativo, ensino e aprendizagem, não podem ser consideradas separadamente, entendendo que existe uma total interdependência entre ambas, onde deve existir espaço e voz para o professor e para os alunos, os quais atuam e são modificados pelo processo e onde as variáveis da situação, bem como realidade, assumem um papel fundamental.

3- O Papel do Professor

Embora a educação se realize em múltiplas instituições, desde a família, o meio social, a cultura, a escola e a profissão, dentre outros, o professor representa um dos fatores decisivos no processo educativo que tem lugar nas instituições de ensino (Luzuriaga, 1960; Chaves, 1986; Balzan, 1989; Bello, 1993; Freire, 1996; Luque & Peçanha, 1998; Magalhães, 2001; Raldi *et al*, 2003).

Ao pensar sobre o ensino odontológico, vale a pena ressaltar que, historicamente, o critério para a seleção e a contratação de professores para os cursos de Odontologia foi a sua condição de especialistas em uma determinada área do conhecimento. Desta forma, eram selecionados no mercado os bons profissionais (ou seja, aqueles cirurgiões-dentistas consagrados na cidade ou região que se sobressaiam por meio de habilidades/capacidades técnicas) para ensinarem nas faculdades, sendo que muitos deles não tinham conhecimentos na área educacional ou pedagógica (Raldi *et al*, 2003:19). Isto, aliás, está nas origens da profissão odontológica⁴⁷, quando os mais experientes na “arte dental” transmitiam seus

⁴⁷ Conforme explicitado no tópico que trata do “Desenvolvimento da Odontologia”.

conhecimentos para os iniciantes na ocupação, no sistema mestre-aprendiz, significando que os aprendizes acompanhavam os “dentistas” em suas atividades e aprendiam, principalmente, por meio da observação e do acompanhamento dos casos. Apesar dos “efeitos” ou até mesmo da possível continuidade desse mecanismo de seleção do corpo docente em algumas faculdades de Odontologia (os profissionais consagrados), salienta-se que a “preparação pedagógica” dos professores é um dos aspectos que interferem no processo de ensino-aprendizagem.

De acordo com Chaves (1986), a educação odontológica faz parte de um processo mais amplo de educação integral do ser humano. Desta maneira, ela “é de certa forma ‘diretiva’, pois tenta levar o estudante à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes concentradas em torno de uma entidade denominada odontologia. Por outro lado, pode ou não ser diretiva quanto à metodologia empregada” (Chaves, 1986:363). Assim sendo, quando a educação for organizada tendo o professor como figura central, o qual procura explorar o ato de ensinar ao extremo, ela é considerada diretiva ou autoritária. Diferentemente, quando a educação tiver preocupação principal com a aprendizagem do estudante ela será democrática: o professor cria situações estimuladoras e o aluno responde frente a estas situações (Chaves, 1986).

Tomando por base as características do professor e as relações que se estabelecem no ensino, entre professor e aluno, é possível distinguir dois tipos (extremos) de professores: o professor autoritário e o professor democrático.

Freire (1987) ao abordar a educação bancária afirma que nesta prática é possível perceber a ação do educador em dois momentos: no primeiro, o professor, na sua biblioteca ou no seu laboratório, exerce um ato cognoscente frente ao objeto cognoscível, enquanto prepara as suas aulas. Já, no segundo momento, frente aos educandos, narra ou disserta sobre o objeto que anteriormente exerceu seu ato cognoscente. O papel dos educandos se resume, então, a “arquivar” a narração ou os “depósitos” que o educador lhes faz. Assim sendo, essas ações são tidas como em nome da “preservação do conhecimento e da cultura”, mas, em suma, não há nem um nem outro verdadeiros (Freire, 1987:69).

De acordo com Luque & Peçanha (1998:3), o professor autoritário é aquele que mantém uma relação de desigualdade perante os alunos. Nesta situação, o professor é visto como o detentor do saber, o informador, o controlador e o classificador do aluno, ou seja,

aquele que manda e deixa claro ao aluno que se ele não obedecer ele receberá algum tipo de sanção. Este tipo de situação, em que o aluno passa a ser reprimido através de determinadas atitudes dos professores representa uma barreira que impede o aluno de desenvolver seu potencial de criatividade e autonomia. Além disso este tipo de relação assimétrica de poder geralmente gera um clima emocional de conflito, hostilidade, ressentimento e inferioridade por parte dos alunos (Luque & Peçanha, 1998:3).

Assim, os bons professores, no sentido tradicional, são aqueles que estão presos a uma excessiva verbalização, incapazes de estimular a ação dos alunos em sala de aula e podem ser identificados pela erudição, a qual é a marca de uma cultura descomprometida com a realidade (Balzan, 1989:266).

Em oposição, de acordo com Freire (1987) na educação problematizadora, não se distinguem, na ação do educador, o sujeito cognoscente em um momento (ao preparar a aula) e o sujeito narrador do conteúdo conhecido em outro (diante dos educandos). O educador é sempre um sujeito cognoscente, tanto quando prepara quanto quando se encontra dialogicamente com os alunos. Assim, o educador “re-faz, constantemente, o seu ato cognoscente, na cognoscitividade dos educandos” (Freire, 1987:69). O educador democrático deve desafiar o aluno com quem se comunica e a quem se comunica, de modo a produzir a sua compreensão do que vem sendo comunicado, devendo não apenas “ensinar conteúdos”, mas sim “reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade e sua insubmissão” (Freire, 1996:26).

Ao analisar a responsabilidade do professor perante os alunos, Bello (1993), afirma que o professor, historicamente visto como detentor de poder, aprendeu a responsabilizar seus alunos pelo fracasso do processo de ensino-aprendizagem. Nesta condição, quando o aluno não aprende, a culpa é sempre do aluno, nunca do professor, que é sábio e autoridade na matéria lecionada (Bello, 1993:1-2).

Neste sentido, da mesma forma que o médico tem por tarefa resolver o problema de saúde de seu cliente, o trabalho do educador consiste em transmitir conhecimentos de maneira eficaz e, assim, a sua responsabilidade profissional é a de fazer com que os alunos aprendam (Bello, 1993:2). Mas, muitas vezes, o professor não se apercebe da responsabilidade pelo resultado de seu trabalho, passando esta responsabilidade para o aluno: quando o aluno aprende, isto se deve, de fato, à competência do professor; já nos

casos em que o aluno não aprende, o professor continua atestando sua competência, porque ele ensinou, mas os alunos não aprenderam. Desta forma, a responsabilidade pedagógica está intrínseca à dinâmica da profissão “professor” (Bello, 1993:2).

De acordo com Chaves (1986:363), o professor deve criar situações que estimulem respostas por parte dos alunos frente a estas, priorizando a aprendizagem do aluno, na denominada educação democrática. Os estímulos criados pelo professor devem desenvolver, nos alunos, a capacidade de poder encontrar, descobrir e criar, ou seja, devem desenvolver a capacidade heurística do estudante. Assim, “o papel do professor nada mais é do que o criador de situações favoráveis para que se verifique a mudança de comportamento desejada (...) cabe ao professor organizar uma metodologia de ensino que, orientando o estudante, torne-o responsável por si próprio” (Chaves, 1986:362).

Em complementaridade, Luque & Peçanha (1998) afirmam que cabe aos professores atuarem de uma maneira auxiliar junto aos seus alunos: sugerindo, estimulando, cooperando, mas não decidindo, inculcando nestes o espírito de equipe e a capacidade de troca com diferentes indivíduos (Luque & Peçanha, 1998:6).

Algumas qualificações estão relacionadas com a função de professor (Ávila, 1982: 476), tais como a competência no assunto (domínio da disciplina em que é docente; conhecimento em conjunto para poder expô-lo de forma segura); clareza de exposição (que o professor saiba se colocar na posição do aluno e prever aquilo que, na exposição do assunto, possa constituir equívoco e má compreensão); e capacidade de motivar alunos para aprender (despertando o interesse autêntico de participação nos trabalhos, sem o qual a aprendizagem, quando muito, se reduziria a um mero esforço de memorização).

Em complemento, segundo Luzuriaga (1960:129), o educador deve ter conhecimento e destrezas pedagógicas, cultura geral muito ampla e, ainda, ser portador de algumas condições pessoais, como: vocação pela educação, simpatia e afeto, caráter amável e atrativo e grande sentido social e humano. Evidentemente que esta se trata de uma tipologia ideal, a qual nem sempre é tão fácil de ser encontrada, mas, como salienta o autor, estas características podem ser adquiridas com o passar do tempo.

O papel do professor é o de “estar aberto à indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, a suas inibições, sendo crítico e inquiridor” (Freire, 1996:47), devendo “contribuir positivamente para que o educando vá sendo artífice de sua formação” (Freire,

1996:70). O seu papel é o “de quem testemunha o direito de comparar, de escolher, de romper, de decidir e estimular a assunção deste direito por parte dos educandos” (Freire, 1996:71), além disso, ele “deve motivar, desafiar quem escuta, no sentido de que, quem escuta diga, fale, responda” (Freire, 1996:117), também tem o papel de “falar com clareza sobre o objeto e incitar o aluno a fim de que ele (...) produza a compreensão do objeto em lugar de recebê-la na íntegra” (Freire, 1996:118).

Em Petry & Pretto (1997), encontra-se que as características do ensino definirão o tipo de aprendizagem e seus efeitos na educação (Petry & Pretto, 1997:366). Desta forma, as ações educativas devem ser inseridas em todas as atividades dos professores, devendo ocorrer em todo e qualquer contato, lembrando que “transmitimos nossos pensamentos, sentimentos e crenças através de nossas ações” (Petry & Pretto, 1997:366). Freire (1996), analisando a coerência entre o pensar e o fazer do professor, defende que o ensinar exige a corporeificação das palavras pelo exemplo, pois as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem (Freire, 1996:34).

O professor deve sempre perceber e respeitar as diferentes características de aprendizagem e as habilidades individuais de seus alunos, pois alguns demonstrarão mais interesse e aprenderão mais rápido, enquanto outros terão mais dificuldades. Não se deve abordar um grupo como se os indivíduos fossem iguais, mas sim, é preciso que se considere cada aluno individualmente. Cabe ao professor, portanto, o respeito à autonomia, à dignidade e à identidade do educando.

Valença (1998) afirma que o professor deve democratizar o conhecimento, estimulando os alunos a aprenderem a capacitar os pacientes para se relacionarem com a saúde, com as condições de vida e com o direito à saúde.

Em acréscimo, os professores de Odontologia devem estar atentos às mudanças que vem acontecendo na ciência, na tecnologia e na sociedade como um todo e, desta forma, estar reajustando e adaptando o processo do ensino no momento e de forma adequados. Ressalta-se, em concordância com Balzan (1989) que o professor deve ter conhecimentos gerais sobre os conteúdos de sua disciplina ou área de estudos, dominá-los em extensão e em profundidade e, também, é importante que o professor tenha uma grande bagagem cultural (para poder selecionar os conteúdos para uma determinada situação de ensino-aprendizagem). Assim, quanto maior for a visão do profissional da educação sobre o

contexto em que ele vive e quanto melhor ele entender os processos históricos, sociais e econômicos e, assim, mais integralmente visualizar o momento atual, vão sendo evidenciadas as relações entre os vários setores da cultura e, dentre eles, a educação.

Além disso, segundo Magalhães (2001), faz-se necessário repensar a prática docente na era da globalização, através do paradigma construtivista, interacionista, sociocultural e transcendente⁴⁸. Neste sentido, o professor, no mundo globalizado, deixa de ser o transmissor de conhecimento para ser o mediador, pois, “mais do que transmitir o saber, articular experiências em que o aluno reflita sobre suas relações com o mundo e o conhecimento, assumindo o papel ativo no processo ensino-aprendizagem que, por sua vez, deverá abordar o indivíduo como um todo e não apenas como um talento a ser desenvolvido” (Magalhães, 2001:2). O desafio está, portanto, não apenas no desenvolvimento intelectual, mas no desenvolvimento global do indivíduo, através do desenvolvimento de habilidades, sensibilidades, emoções e intuições (Magalhães, 2001).

⁴⁸ De acordo com a autora, este paradigma concebe o sujeito e o objeto enquanto organismos vivos e interativos, havendo a necessidade de diálogo consigo e com o outro, na busca da comunhão com o universo. O novo paradigma baseia-se na física quântica e na relatividade, e, por isso, os conceitos passam a ser relativos, a realidade será sempre um modo particular de percepção do mundo, e as verdades são tidas como relacionais, portanto, transitórias. Assim, “toda percepção, todo conceito, toda observação leva em conta o olhar do observador, de modo que a própria realidade se relativiza, no sentido de que será uma vivência única para cada indivíduo” (Magalhães, 2001:2)

CAPÍTULO IV

MÉTODO E MATERIAIS

1- Considerações Iniciais

Segundo a classificação proposta por Gil (2002), este estudo tratou-se de uma pesquisa exploratória, objetivando “proporcionar maior familiaridade com o problema exposto, com vistas a torná-lo mais explícito” (Gil, 2002:183). Compartilhando da visão de Vasconcellos (2002:183), a estratégia institucional de abordagem adotada por este tema em foco pode ser classificada como “mista”, por ter combinado procedimentos de estratégias convencionais (pesquisa teórica/ bibliográfica) e participante (participação do pesquisador na realidade social em foco).

Neste sentido, o levantamento e a discussão da produção bibliográfica tornam-se fundamentais para qualquer tipo de pesquisa, permitindo articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área do conhecimento. Em complementaridade, o trabalho

de campo fornece subsídios para a representação da realidade empírica a ser estudada, a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação, conformando-se num palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados. A pesquisa visa possibilitar uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, bem como criar novos conhecimentos (Cruz Neto, 1997).

Esta investigação foi organizada por meio de um estudo de caso. De acordo com Yin (2001:19), os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, ainda quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Em acréscimo, segundo Gil (2002), o estudo de caso consiste no “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (Gil, 2002:54).

Shi (1997) coloca que o estudo de caso é um dos três principais tipos de técnicas de coleta de dados em pesquisa qualitativa, ao lado da observação participante e da entrevista focal. Seu método é considerado flexível, podendo ser realizado por um único pesquisador em um projeto pequeno ou, até mesmo, envolver vários pesquisadores por um período de tempo razoavelmente grande. O estudo de caso busca prover um retrato ricamente detalhado para a unidade particular delimitada, podendo ser realizado, dentre outros, em organizações e instituições, tais como as de saúde, escolas, agências reguladoras, etc. (Shi, 1997:132).

Gil (2002) chama a atenção para a crescente utilização do estudo de caso nas Ciências Sociais. Em Yin (2001) encontra-se que ele “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2001:32). Tendo em vista o seu uso em Ciências Sociais, poderiam ser enumerados, dentre outros, os seguintes propósitos para o estudo de caso: explorar estas situações da vida real cujos limites não estão claramente percebidos, preservar o caráter unitário do objeto estudado, descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação, e, também, formular hipóteses ou teorias sobre o assunto pesquisado (Gil, 2002).

Em um estudo de caso, os pesquisadores usualmente utilizam diversas fontes para a coleta de dados, incluindo registros administrativos, documentos, entrevistas, questionários e observação participante, de modo a obter o mais completo relatório dos assuntos relevantes em estudo (Shi, 1997). Pode-se dizer que ele é um dos mais completos delineamentos, pois se vale tanto de “dados de gente” quanto de “dados de papel” (Gil, 2002:141).

Os procedimentos de abordagem que foram seguidos na realização desta pesquisa visaram produzir informações e conhecimentos sobre a formação e sobre as percepções dos docentes sobre a formação acadêmica do cirurgião-dentista em tempos de SUS e de Diretrizes Curriculares para os Cursos de Odontologia (MEC). O caminho metodológico incluiu:

2- Coleta de Dados

2.1- Pesquisa Bibliográfica/ Documental

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida com base em material já elaborado e teve como finalidade obter uma gama de informações muito mais ampla do que aquela que poderia ser pesquisada diretamente no trabalho de campo (Gil, 2002:44). Este tipo de procedimento tem a finalidade de colocar frente a frente os objetivos do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte, num esforço de discussão de idéias e de pressupostos (Cruz Neto, 1997). A análise bibliográfica pode ser realizada principalmente em livros, tanto nas obras de divulgação (as quais objetivam proporcionar conhecimentos científicos ou técnicos) quanto nas obras de referência informativa (dicionários, fundamentalmente) e publicações periódicas (artigos) em revistas e jornais sobre o assunto.

Para este estudo ela foi desenvolvida tendo por base livros e artigos científicos que tratam basicamente dos temas de formação odontológica, educação e Odontologia em Saúde Coletiva.

Sobre os temas Odontologia em Saúde Coletiva e formação odontológica, foram feitos levantamentos nos principais livros brasileiros que tratam do assunto na atualidade,

incluindo Odontologia Social, Promoção de Saúde Bucal, Saúde Bucal Coletiva, Odontologia em Saúde Coletiva e aqueles que tratam da intersecção entre as Ciências Sociais e saúde bucal. Além disso, foram bastante utilizados artigos e materiais disponibilizados na Internet pela ABENO (Associação Brasileira de Ensino Odontológico).

Sobre o tema educação foram utilizados basicamente dicionários especializados e dois dos livros considerados como referência na pedagogia brasileira (“Pedagogia do Oprimido” e “Pedagogia da Autonomia”). Buscou-se ainda, para todos os temas, fazer pesquisas em *sites* de busca da Internet com as seguintes palavras-chave: “educação/formação odontológica”, “ensino odontológico”, “saúde bucal coletiva”, “odontologia em saúde coletiva”, “pedagogia”, “didática”, entre outros. Assim, foi possível acessar materiais disponibilizados em vários *sites*. Em acréscimo, foram feitas buscas nas edições disponíveis *online* dos Cadernos de Saúde Pública e na Revista de Saúde Pública, selecionando artigos que se referissem ao objeto de estudo.

Os documentos se constituem em fontes ricas e estáveis de dados, subsistindo ao longo do tempo. A análise documental pode ser feita a partir de fontes diversificadas, incluindo documentos de “primeira mão”, que ainda não receberam nenhum tratamento analítico e aqueles que, de alguma maneira, já foram analisados (Gil, 2002:46).

Para esta pesquisa, foram feitas consultas na legislação específica de saúde e de educação superior. Foram pesquisados alguns dos documentos que se referem às mudanças na política de saúde no Brasil (Legislação do SUS e documentos oficiais do PSF, basicamente), as Diretrizes Nacionais de Educação Superior (MEC), Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Bucal e algumas tabelas estatísticas referentes a dados da população, de saúde bucal e de recursos humanos em saúde bucal. Foram de grande utilidade as informações disponibilizadas nos sites do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, IBGE, DATASUS e CFO.

Esses materiais foram pesquisados com vistas a contextualizar/problematizar aspectos da profissão odontológica, da formação do cirurgião-dentista e do processo de ensino-aprendizagem, destacando, neste último, o papel do professor. Ressalta-se que, no processo de seleção do material estudado, as referências bibliográficas de capítulos de livros e artigos estudados serviram, muitas vezes, de guia para a consulta em outros materiais, ou seja, a partir das referências foi possível acessar outras fontes.

2.2- Pesquisa Empírica

A pesquisa empírica⁴⁹ teve como propósito, através de entrevistas, conhecer as percepções dos professores de um Curso de Odontologia sobre o processo de formação acadêmica do cirurgião-dentista.

2.2.1- Universo do Estudo

O Estado do Rio Grande do Sul possuía, em 2003, dezesseis universidades, cinco centros universitários e mais de sessenta faculdades isoladas (INEP, 2003). Dentre as universidades, existem onze instituições privadas, uma pública estadual e quatro são públicas federais - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, Universidade Federal de Pelotas/UFPel e a Fundação Universidade do Rio Grande/FURG. Observa-se que este estado se encontra em uma situação diferenciada em relação aos outros estados da região Sul do país, onde existe, nos estados do Paraná e em Santa Catarina, uma única universidade pública federal em cada estado (UFPR e UFSC, respectivamente). Existem nove cursos de graduação em Odontologia no Rio Grande do Sul⁵⁰, sendo a maior parte em universidades particulares (anexo 3).

A pesquisa foi realizada no Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria/RS, o qual foi escolhido em função da possibilidade de acesso do pesquisador à instituição e, em complementaridade, devido ao caráter público federal, pela sua tradição

⁴⁹ De acordo com Chauí (2003), a palavra empírico é derivada da palavra grega *empeiria*, a qual “significa a experiência sensorial, direta e imediata das coisas exteriores (objetos dos sentidos) e interiores (vivências)” (Chauí, 2003: 132).

⁵⁰ Destes, três estão vinculados a Universidades Federais: UFRGS, UFSM e UFPel. Os demais são de instituições privadas: a ULBRA (Universidade Luterana do Brasil) possui três cursos, nas cidades de Canoas, Torres e Cachoeira do Sul. Os outros cursos estão na PUC-RS (Pontifícia Universidade Católica), na UPF (Universidade de Passo Fundo) e na UNISC (Universidade de Santa Cruz do Sul).

dentre os outros cursos das universidades do Sul do país, com mais de 40 anos de ensino odontológico e, também, pelo fato de receber e formar alunos oriundos de todo o Rio Grande do Sul, bem como de outros estados do país, devido à sua localização geográfica, na cidade centro do Estado, considerada como o “coração do Rio Grande do Sul”.

2.2.2- Seleção dos Docentes Entrevistados

Foram selecionados quinze professores, os quais foram assim divididos: docentes das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva⁵¹ (Odontologia Preventiva e Social), docentes das disciplinas básicas e docentes das disciplinas clínicas.

Desta maneira, foram selecionados todos os docentes das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva que estavam exercendo suas atividades no momento da realização das entrevistas, e, uma vez feito isso, buscou-se equiparar o mesmo número de entrevistados (no caso, cinco professores) das disciplinas do ciclo básico e mais cinco das disciplinas do ciclo clínico.

Dentre os docentes das disciplinas básicas, foram escolhidos um representante de cada um dos seguintes departamentos (vinculados ao Centro de Ciências da Saúde/CCS, ao qual está subordinado o Curso de Odontologia): um docente do departamento de Morfologia, um docente do departamento de Microbiologia e Parasitologia, um docente do departamento de Fisiologia e um docente do departamento de Patologia. Foi utilizado, como primeiro critério de inclusão, os docentes destes referidos departamentos que tivessem como formação de origem a Odontologia, estando excluídos os que possuíam outra formação. Feito isso, os selecionados foram definidos de forma aleatória, por meio de sorteio. Além destes, foi escolhido um professor do departamento de Sociologia e Política (este departamento não está ligado ao Centro de Ciências da Saúde, apenas oferece a disciplina de Fundamentos de Ciências Sociais para o Curso de Odontologia). Desta forma, o critério de inclusão de ter como formação de origem a Odontologia para a seleção

⁵¹ A partir de abril de 1992, ao final da I ANEO - Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas, convocada pelo CFO, a especialidade “Odontologia Social” recebeu nova denominação, a de “Odontologia em Saúde Coletiva” e as disciplinas de Odontologia Preventiva e Social foram denominadas, também, como Odontologia em Saúde Coletiva.

do representante deste departamento não foi aplicado. Afirma-se a relevância da inclusão de representante desta disciplina por se tratar da única disciplina que engloba, de forma isolada, aspectos das Ciências Sociais no Curso, pois não são oferecidas disciplinas de Antropologia, Psicologia, ou outras tais.

Foram incluídos, dentre os docentes das disciplinas clínicas, um representante de cada uma das seguintes disciplinas (todas vinculadas ao Curso de Odontologia/CCS): um docente da disciplina de Dentística, um docente da disciplina de Cirurgia Oral, um docente da disciplina de Periodontia, um docente da disciplina de Odontopediatria e um docente da disciplina de Clínica Odontológica Integrada. Estas disciplinas foram selecionadas pelo fato de abordarem conhecimentos fundamentais e indispensáveis para o cirurgião-dentista que atua no âmbito do SUS (ou seja, aqueles conhecimentos que fundamentam a maior parte das ações dos cirurgiões-dentistas nas unidades de saúde). Os professores destas disciplinas também foram definidos de forma aleatória, por meio de sorteio.

Os sorteios foram realizados pela possibilidade de serem incluídos docentes com diferentes titulações (especialização, mestrado, doutorado), idades e tempo de docência.

2.2.3- Entrevistas Semi-Estruturadas

A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, ao colocá-las face a face (Richardson, 1999). Em sentido amplo, ela pode ser vista como um modo de comunicação verbal, no qual determinada informação é transmitida de um emissor para um receptor. Já, em sentido restrito, pode ser vista enquanto o processo de colheita de informações sobre determinado tema científico, sendo uma das técnicas mais usadas no processo de trabalho de campo na pesquisa qualitativa em saúde (Minayo, 1992:107).

O recurso da entrevista é adequado para obter informações sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito desses temas (Vasconcellos, 2002:220).

De acordo com Minayo (1992) os dados obtidos por meio da entrevista podem ser tanto objetivos, ou seja, aqueles que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir

através de outras fontes, tais como censos, estatísticas, registros, etc., bem como aqueles dados subjetivos, os quais se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, ou seja, seus valores, atitudes e opiniões. Na perspectiva adotada pela autora, a entrevista é encarada como um campo “não neutro”, como uma arena de conflitos. Além disso, há uma interação social na relação pesquisador (entrevistador)/ pesquisado (entrevistado) e a fala individual é tida como reveladora dos códigos de sistemas e valores contraditórios.

A entrevista na pesquisa social recobre uma série de modalidades técnicas, mas podem ser reunidas em dois grandes grupos: entrevista estruturada através de questionários (dirigidas) e as entrevistas semi-estruturadas ou não-estruturadas (menos dirigidas) (Minayo, 1992:120). A entrevista semi-estruturada difere da não-estruturada apenas em grau e parte da elaboração de um roteiro de temas que serão tratados na situação de entrevista. Este roteiro serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não como cercamento dos entrevistados.

Previamente à realização das entrevistas foi feito o teste do instrumento com um professor do Curso de Odontologia, o qual não se enquadrava nos critérios de inclusão/exclusão dos entrevistados. O roteiro sofreu pequenas alterações, tendo em vista que o teste aconteceu sem maiores contratemplos, servindo, inclusive, como subsídio para a determinação do tempo que estaria sendo solicitado aos demais docentes para as entrevistas. Os apontamentos feitos pelo professor entrevistado (durante e após o teste) foram de grande valia para a posterior abordagem dos entrevistados.

Dentre os pontos do roteiro houve uma diferenciação com relação a um dos itens (ver pontos III no anexo 1), entre o roteiro dos professores das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva e os demais, em função de se pretender abordar aspectos da operacionalização destas disciplinas no referido curso.

Feito isso, os docentes foram contatados e convidados a participar das entrevistas. Parte dos professores foi abordada na própria instituição e outra via telefone, quando foram, então, agendadas as entrevistas. Neste aspecto, não houve maiores dificuldades à participação, quando os docentes mostraram-se bastante solícitos e disponíveis. Na maior parte das vezes, as entrevistas aconteceram de acordo com o primeiro agendamento feito. A maioria delas aconteceu nas dependências da universidade, nas salas de professores das disciplinas ou nas dependências das clínicas. Apenas duas aconteceram fora dos “muros”

da universidade: uma foi realizada na clínica extramural do Curso de Odontologia, numa escola na periferia da cidade, mas que está ligada à universidade e, outra, foi realizada no consultório particular de um dos professores.

Assim sendo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas junto aos quinze docentes selecionados do Curso de Odontologia da UFSM. Apenas uma entrevista foi realizada em dois tempos, por motivos de compromissos do docente. Foram necessárias três semanas de estada na cidade para que fosse possível coletar o material. As entrevistas foram conduzidas pelo mesmo pesquisador e todas foram gravadas, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2) por parte dos professores. Elas tiveram uma duração variando de uma a uma hora e meia de gravação. Ademais, em muitos casos, o diálogo continuou por mais tempo. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ. A realização da entrevistas foi aprovada pela Secretaria da Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

Alguns pontos do roteiro não foram contemplados em todas as entrevistas, tendo em vista que os relatos começaram a se repetir, sem apresentar novas questões ou fatos. Os professores não demonstraram maiores receios em estar respondendo às questões, quando, inclusive, foram feitas críticas pessoais a colegas e/ou institucionais e, desta forma, pareceu não existir um discurso por demais institucionalizado, ou seja, enquanto “o discurso dos professores do curso de Odontologia”. Os professores foram identificados por números, de modo aleatório, de acordo com a seqüência em que foram realizadas as entrevistas.

3. Análise das Entrevistas

A análise do material recolhido nas entrevistas foi baseada na proposta de Minayo (1992). As entrevistas foram sendo digitadas concomitantemente à escuta das mesmas, sendo que todas foram transcritas pelo mesmo pesquisador que participou da situação de entrevista. Assim, após a conclusão do trabalho de transcrição, a despeito dos tópicos do roteiro, foram selecionadas as idéias centrais que giraram em torno de três temas⁵²:

⁵² Tendo em vista a quantidade e o volume das informações disponibilizadas pela transcrição das entrevistas (um total de 361 páginas, contemplando a transcrição do teste), foram identificados esses três temas

- (1) formação acadêmica do cirurgião-dentista no curso de Odontologia;
- (2) SUS e ensino de saúde coletiva; e
- (3) processo de ensino-aprendizagem.

Num segundo momento, após releitura do material, foram “recortadas”, de cada entrevista, unidades de registro referenciadas por tópicos do roteiro, ou seja, as respostas e comentários acerca de cada questão específica, numa espécie de leitura transversal. Esta classificação inicial foi elaborada como em “gavetas”, onde cada assunto foi separado e guardado, no mesmo sentido apresentado por Minayo (1992), englobando tanto as variáveis teóricas como as empíricas. Estes recortes foram visualizados, então, separadamente em outro documento.

Em seguida, após a leitura exaustiva dos recortes, o material foi resumido e as diversas “gavetas” foram reagrupadas de acordo com um dos três temas mais relevantes. Este procedimento de definição dos temas principais (e de seus subseqüentes desdobramentos) foi tomado com o intento de organizar e classificar o material, de modo que os processos de interpretação e compreensão, bem como a posterior explanação dos resultados, fossem facilitados. O Quadro 1 ilustra esses aspectos que foram selecionados e analisados em cada um dos três temas principais:

Quadro 1. Temas e aspectos selecionados e analisados nas entrevistas.

principais. Além destes, em complementaridade, foram analisadas as questões que serviram para a caracterização dos professores entrevistados. Ressalta-se que parte do material, não selecionada para a análise neste trabalho, foi de grande relevância para a aproximação das idéias dos professores e poderá ser utilizada futuramente, em trabalhos posteriores.

TEMA 1. FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFSM

A. ASPECTOS RELATIVOS AO CURRÍCULO E AO PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA FORMADO:

- a.1. pontos positivos (em que o aluno está sendo bem preparado/formado);
 - a.1.1. legitimação dos pontos positivos;
- a.2. carências na formação;

B. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS E MATERIAIS DA UNIVERSIDADE ENVOLVIDOS NA FORMAÇÃO:

- b.1. fatores que favorecem o processo de formação;
- b.2. fatores que dificultam o processo de formação;

C. ANSEIOS DOS DOCENTES:

- c.1. formação “ideal” para o cirurgião-dentista;
- c.2. alterações que fariam no currículo e/ou no perfil do aluno egresso;

D. IDÉIAS ASSOCIADAS AO PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR E AO NOVO CURRÍCULO;

TEMA 2. SUS E ENSINO DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

A. REPRESENTAÇÕES (OU IDÉIAS) ASSOCIADAS À “ODONTOLOGIA PÚBLICA”:

- a.1. referentes ao SUS;
- a.2. referentes às condições disponíveis e ao trabalho realizado em Odontologia no SUS;

B. ABORDAGEM DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA:

- b.1. levantamento das aulas teóricas:
 - b.1.1. conteúdos abordados;
 - b.1.2. materiais e métodos utilizados;
- b.2. aulas práticas:
 - b.2.1. o que/ como está sendo feito;
 - b.2.2. referências à formação de Odontologia em Saúde Coletiva que aconteceu em outros tempos;
 - b.2.3. respostas sobre a inserção dos alunos nos serviços públicos de saúde;
 - b.2.4. anseios sobre as aulas práticas (como deveria e/ou como poderia ser feito);
- b.3. algumas idéias sobre a abordagem de Odontologia em Saúde Coletiva;

C. MEIOS/ ESTRATÉGIAS PARA FORMAR OS ALUNOS PARA ATUAR NO SUS:

- c.1. idéias associadas aos meios/ estratégias defendidos;

TEMA 3. PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA

A. ASPECTOS RELATIVOS AO PROCESSO:

- a.1. idéias (ou representações) associadas a “aprender”;
- a.2. idéias (ou representações) associadas a “ensinar”;
- a.3. maior responsável pela aprendizagem;

B. PROFESSOR EM ANÁLISE:

- b.1. atitudes “positivas” que estimulam o interesse e/ou a aprendizagem;
- b.2. atitudes “negativas” que desestimulam o interesse e/ou a aprendizagem;
- b.3. características do bom professor;

C. ALUNO EM ANÁLISE:

- c.1. atitudes positivas no processo de ensino-aprendizagem;
- c.2. atitudes negativas no processo de ensino-aprendizagem;

De posse desta estrutura, foi observada, para cada um dos aspectos acima contemplados, a idéia mais geral dos docentes (ou seja, aquela resultante de visões “semelhantes”) apresentando, também, as visões mais extremistas, diferenciadas ou opostas, num exercício de confronto de idéias. Buscou-se, assim, que o processo de análise e interpretação fosse de natureza predominantemente qualitativa.

CAPÍTULO V

CONVERSANDO COM OS DOCENTES: A APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados das entrevistas com os professores do Curso de Odontologia da UFSM, os quais foram organizados de acordo com a estrutura apresentada, anteriormente, no tópico “Análise das Entrevistas”⁵³. Trata-se de um enfoque basicamente descritivo, onde estão relatadas as percepções e visões dos docentes acerca de temas e tópicos específicos. Comentários adicionais acerca dos resultados estão em “Considerações Finais”. Na parte inicial, acerca das “características dos docentes entrevistados”, os docentes foram identificados por meio de letras, diferentemente da identificação do restante dos resultados e dos trechos citados da entrevista, a qual aconteceu

⁵³ Buscou-se apresentar os resultados dessa maneira, pois acredita-se que a organização por meio de tópicos, dentro de cada tema maior, possa facilitar a leitura e o entendimento, bem como permite a consulta dos tópicos aleatoriamente. Salienta-se que foram retiradas, dos trechos selecionados, palavras repetidas, quando elas aconteceram sequencialmente, com vistas a facilitar a leitura (exemplo: “eu acho que... eu acho que...”. Para esse e outros casos semelhantes, foi mantida apenas uma expressão). No entanto, na transcrição do material, foram respeitadas as particularidades de expressão dos docentes.

por meio de números⁵⁴. No entanto, antes disso, são apresentadas algumas informações sobre o processo de formação do cirurgião-dentista no Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria, com vistas a fornecer subsídios para um melhor entendimento dos resultados.

1- Aspectos da Formação Profissional no Curso de Odontologia da UFSM

O Curso de Odontologia da UFSM dispõe de 70 vagas autorizadas (INEP, 2003), sendo que 80% destas são preenchidas por meio de concurso vestibular, realizado uma vez por ano. As demais (20%) são destinadas a candidatos aprovados pelo PEIES (Programa Experimental de Ingresso ao Ensino Superior), que é uma modalidade alternativa de vestibular seriada. O número total de vagas está dividido em duas turmas, cada qual com 35 alunos, uma iniciando no primeiro, e outra, no segundo semestre do ano. O regime letivo adotado é o semestral, tendo o curso uma duração mínima de oito semestres e máxima de dezoito, sendo a média de nove semestres. A carga horária mínima é de 3960 horas/aula. O currículo base é do ano de 1993.

O Curso de Odontologia está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSM) e está organizado em departamentos, cada qual composto por determinadas disciplinas. Ao observar a sua grade curricular percebe-se a distinção entre as disciplinas básicas e as profissionalizantes (ver anexo 5), uma vez que a mesma ocorre também por meio de aulas em prédios diferentes.

Os primeiros semestres são ocupados praticamente pelas disciplinas básicas, com exceção para algumas disciplinas, dentre elas, as de Odontologia Preventiva e Social I e II (que acontecem no primeiro e no segundo semestres, respectivamente). As disciplinas do ciclo básico acontecem em diversos departamentos na “Cidade Universitária”, a qual se localiza no Bairro de Camobi, distante cerca de 9 Km do centro da cidade (anexo 4).

Aos poucos, o aluno passa a ser familiarizado com as disciplinas “mais odontológicas” e começa a permanecer mais tempo em uma Unidade Universitária

⁵⁴ Foi tomado cuidado para que não houvesse relação entre a identificação por meio de “letras” e aquela por meio de “números”, com vistas a preservar o anonimato das informações prestadas, uma vez que, pelas características dos entrevistados, estes poderiam ser reconhecidos pelos outros docentes no Curso de Odontologia.

(conhecida como “Antiga Reitoria”) no centro da cidade, a qual, dentre outros, abriga o Curso de Odontologia com suas clínicas e laboratórios específicos (anexo 4). Assim, a partir do quinto semestre, o aluno passa a ter aulas somente no prédio do centro. Nele são ministrados conhecimentos sobre conteúdos e clínicas especificamente odontológicos, tais como Dentística, Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Prótese, Odontopediatria e Ortodontia.

Chegando perto do final do curso, o aluno passa mais tempo nas clínicas, prestando atendimento aos pacientes que procuram o serviço de Odontologia da Universidade. No sétimo semestre é ministrada a última disciplina de Odontologia Preventiva e Social (III). No último semestre, são ministradas disciplinas basicamente clínicas, de Clínica Odontológica Integrada III (as outras Clínicas Integradas, I e II funcionam no sétimo e oitavo semestres, respectivamente) e Clínica Odontológica Infantil.

Uma análise superficial da grade curricular revela alguns aspectos importantes com relação ao ensino de saúde coletiva: existem cinquenta disciplinas obrigatórias e a carga horária mínima do curso é de 3960 horas/aula. A abordagem específica de saúde coletiva ocorre, fundamentalmente, nas disciplinas de Odontologia Preventiva e Social I, II e III⁵⁵, as quais são desenvolvidas no primeiro, segundo e sétimo semestres letivos do curso, respectivamente. Isto mostra que estas disciplinas específicas representam apenas 6% do total das disciplinas. Além disso, elas somam, juntas, 180 horas/aula, o que representa 4,5% do número total mínimo de horas/aula do curso. Percebe-se, portanto, uma maior ênfase (tanto em número quanto em horas/aula) para as disciplinas que se preocupam com a resolução das seqüelas das doenças bucais (as de enfoque curativo), ocorrendo uma forte tendência de formação mais clínica dos alunos.

2- Características dos Docentes Entrevistados

De acordo com a Tabela 6, dos quinze professores entrevistados, sete são do sexo feminino e oito do sexo masculino. As idades variaram entre 25 e 60 anos: apenas uma

⁵⁵ A partir de abril de 1992, ao final da I ANEO - Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas, convocada pelo CFO, a especialidade “Odontologia Social” recebeu nova denominação, a de “Odontologia em Saúde Coletiva” e as disciplinas de Odontologia Preventiva e Social foram denominadas, também, como Odontologia em Saúde Coletiva.

docente tinha entre 21 e 30 anos; cinco entrevistados tinham entre 31 e 40 anos; outros cinco entre 41 e 50 anos e quatro professores tinham entre 51 e 60 anos. Chama a atenção o fato de que todos os entrevistados fizeram sua formação acadêmica na Universidade Federal de Santa Maria e, com relação ao tempo transcorrido desde a graduação, percebe-se que a maioria dos entrevistados tinha entre 11 e 20 anos de profissão, variando desde 3 a 39 anos. Quanto ao tempo de docência, ele variou desde 1 a 38 anos, sendo que a maior parte dos professores tinha até 10 anos de docência. Do total de entrevistados, dois se enquadravam como professores substitutos, ou seja, que tinham vínculo com a Universidade por meio de contratos temporários, e foram justamente esses que apresentaram o menor tempo de docência (1 ano). Apenas um dos entrevistados não tinha como formação de origem a Odontologia (ver critérios de inclusão/ exclusão).

Tabela 6

Distribuição dos docentes entrevistados de acordo com o sexo, a idade, o tempo de graduação e de docência				
docente	sexo	idade (anos)	tempo G (anos)	tempo D (anos)
A	F	45	23	13
B	M	45	20	14
C	F	60	39	38
D	M	54	29	26
E	F	32	9	1
F	M	41	20	14
G	M	42	21	15
H	F	25	3	1
I	M	57	33	29
J	F	33	14	9
K	F	34	10	6
L	F	40	19	10
M	M	34	12	10
N	M	41	14	8
O	M	58	33	27

Obs: docentes com identificação aleatória, diferente daquela utilizada nos trechos das entrevistas
tempo G: tempo desde a conclusão da graduação; tempo D: tempo que atua como docente no curso.

A Tabela 7 ilustra a distribuição dos docentes de acordo com o tempo de graduação e com suas experiências profissionais enquanto cirurgiões-dentistas, além da sua atuação como professores. As informações referem-se a experiências em algum momento da trajetória pessoal e, por isso, é possível visualizar casos em que o docente teve atuações em diversos espaços⁵⁶.

Tabela 7

Distribuição dos docentes entrevistados de acordo com tempo de formação e experiências profissionais como CD fora da universidade							
docente	tempo G (anos)	atuação C	atuação c	atuação P	atuação F	atuação S	atuação O
A	23						x
B	20	x	x				x
C	39	x					
D	29	x					
E	9	x		x	x	x	
F	20	x	x		x		
G	21	x					x
H	3	na	na	na	na	na	na
I	33	x					
J	14	x				x	x
K	10				x	x	
L	19	x					
M	12	x			x		
N	14			x	x	x	
O	33	x					x

tempo G: tempo transcorrido desde o término da graduação em Odontologia, em anos.

Atuação: refere-se a experiências, em algum momento da trajetória do profissional, fora da universidade:

C= consultório particular; c= clínicas como empregado P= prefeituras; F= forças armadas S= sindicatos

O= outros espaços públicos; na= não se aplica.

Obs: docentes com identificação aleatória, diferente daquela utilizada adiante na exemplificação dos trechos das entrevistas

⁵⁶ No item “outros espaços” foram englobadas as experiências que aconteceram em escolas, quando a atuação foi basicamente educativa, em ambulatórios especializados, quando a atuação envolveu supervisão de atividades e naqueles casos em que os profissionais atuaram como cirurgiões-dentistas em instituições públicas, mas enquanto servidores técnico-administrativos.

Nesse sentido, percebe-se que grande parte dos entrevistados já teve algum contato com o trabalho em consultório particular. Apenas dois docentes referiram ter trabalhado especificamente em prefeituras. Ao passo que alguns docentes apenas trabalharam em consultório, outros tiveram uma atuação mais ampla, com ou sem atividade em clínica particular. É possível perceber, também, que grande parte dos entrevistados teve experiências enquanto “empregados” e, de acordo com o que foi revelado nas entrevistas, estas experiências aconteceram principalmente nos primeiros tempos após a formatura. Isso acontece bastante entre os egressos dos cursos de Odontologia, quando os recém-formados buscam um emprego para começar a vida profissional e fazer economias para poder montar seu próprio consultório. Dois dos entrevistados estavam, no momento das entrevistas, ocupando cargos administrativos na Universidade Federal de Santa Maria, concomitantemente à docência.

Já a Tabela 8 fornece informações sobre o tempo de docência, a titulação, a Unidade Federativa em que aconteceu a formação em nível de pós-graduação e a atuação dos entrevistados no Curso de Odontologia, em termos de disciplinas ministradas e do desenvolvimento ou não de projetos de pesquisa e extensão, no momento em que as entrevistas foram realizadas.

Tabela 8

Tempo de docência, titulação e atuação dos docentes entrevistados no Curso de Odontologia/ UFSM

docente	tempo D (anos)	titulação	UF da pós-graduação			disciplinas	projetos
			Espec.	Mestrado	Doutorado		
A	13	D	RS	SP	SP	2	Pq Ex
B	14	D	RJ RS	SP	SP	2	Pq Ex
C	38	M	RS SP	RS		2	Pq
D	26	E	RS			3	Pq Ex
E	1	M	RS	RS		2	Pq Ex
F	14	E	RJ			3	Ex
G	15	M		SC		3	Ex
H	1	G				1	N
I	29	E	RS			2	N
J	9	M		SC		3	Pq Ex
K	6	M	RS	RS		2	Ex
L	10	M		RS		3	Pq Ex
M	10	G				2	N
N	8	D		SP	SP	4	Pq
O	27	G				2	Ex

tempo D: tempo que atua como docente no curso.

titulação: G= graduado; E= especialista; M= mestre; D=doutor

espec.: especialização; disciplinas: diz respeito ao número de disciplinas em que o docente atua.

projetos: realização de projetos no momento entrevista: N: não; Ex: extensão; Pq: pesquisa

Obs: docentes com identificação aleatória, diferente daquela utilizada adiante na exemplificação dos trechos das entrevistas

Dos entrevistados, três professores tinham nível de graduação, três eram especialistas, seis eram mestres e três eram doutores. Dois professores fizeram dois cursos de especialização. É interessante observar que a quase totalidade dos professores buscou formação em outros centros, tanto no Rio Grande do Sul (principalmente em Porto Alegre) quanto em outros estados do país, com destaque para os Estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro. Nesse sentido, os cursos dos três entrevistados com titulação de doutor haviam acontecido em São Paulo.

Em acréscimo, todos professores que tinham formação de origem a Odontologia ministravam aulas em pelo menos duas disciplinas diferentes no Curso de Odontologia. Do total de entrevistados, apenas três não estavam realizando projetos de pesquisa e extensão no momento das entrevistas. Do restante, seis docentes desenvolviam tanto projetos de pesquisa quanto de extensão, quatro somente extensão e dois somente pesquisa. Ressalta-se que alguns docentes estavam desenvolvendo mais de um projeto simultaneamente

3- A Escolha da Profissão Professor

“Puxa vida, eu acho que eu me frustraria se tu não me fizesse essa pergunta, sabe? Eu tenho que fazer reflexão também do passado. Na minha família ninguém é professor e na minha família ninguém é dentista”. (docente 8).

Os docentes entrevistados, ao serem indagados sobre o que os levou a escolher a profissão de professor⁵⁷, responderam de formas variadas. Entretanto, apesar da dificuldade de tentar reunir os motivos que moveram os entrevistados, tentou-se fazer um corte de tempo, de acordo com o que foi dito pelos docentes, no sentido de associar o motivo com um dos seguintes tempos (ou seja, a época em que foram referidos os fatores que levaram ao surgimento da “vontade de ser professor”): (1) “antes” de ingressar no curso de Odontologia (ou que referiram sempre gostar/querer); (2) “durante” a graduação (ou aqueles que referiram alguma experiência durante a graduação); (3) “após” a formatura (ou aqueles para quem a docência aconteceu “meio ao acaso”).

Assim, observou-se uma quase equiparação entre as três épocas em que teria surgido o desejo de ser professor. Uma parte (cerca de um terço), entendida como “antes”, referiu a escolha da docência aos seguintes motivos: “eu sempre pensei”, “eu sempre gostei de ler, trocar idéias”, “sempre gostei dessa parte do ensino”, “sempre quis”. Desta maneira, eles teriam buscado a docência, não sendo esta atribuída ao “destino” ou ao “acaso”:

⁵⁷ O objetivo deste tópico é apenas o de “conhecer um pouco mais” sobre a trajetória profissional do “formador”. Sabe-se da limitação, nesse sentido, de isolar ou determinar “o fator” ou “os fatores” que levaram os entrevistados à docência.

“Eu sempre pensei [na docência], tanto é que nem me passou na cabeça de fazer especialização. Eu sempre tive essa meta. Não foi uma oportunidade que surgiu, tanto é que quando abriu os editais [para o concurso de professor], eu já tinha todos os pontos prontos. Eu não sabia quando é que ia abrir um edital”. (docente 6).

“Antes da escolha da área da saúde, como área de profissão, eu já pensava em ensinar alguma coisa que eu estivesse estudando”. (docente 14).

Outra parte dos docentes referiu a escolha da profissão professor com relação a alguma experiência enquanto acadêmicos do curso de Odontologia, como é o caso dos estágios e das monitorias⁵⁸. Nesse sentido, estas experiências teriam servido de estímulo para seguir a carreira de docente:

“Bom, é assim: primeiro eu fui monitor de (tal disciplina). Então, eu pegava, mostrava e orientava (...). Aí, eu gostei da experiência, de passar o teu conhecimento, não é? (...). Começou na monitoria e foi indo, foi crescendo e eu comecei a tomar gosto pela coisa”. (docente 7).

“Não é nada de família. A minha história de Magistério começou no terceiro semestre da faculdade (...). Eu pude ser monitor da disciplina (tal) (...). Naquela época, eu entrei como monitor porque eu (...) achava ótimo [o] trabalho de laboratório, ótimo o trabalho de pacientes e eu não pensava, jamais, que a função de um monitor é estar junto e ajudar, auxiliar o docente, no processo de ensino-aprendizado. Eu não pensava isso. Eu pensava que eu ia atender mais, eu pensava que ia ver casos clínicos diferentes e conviver com professores que tinham titulação e que estavam atualizados (...). Eu fiquei dois anos e meio como monitor aqui na (disciplina tal). Em seguida, eu fui convidado pra começar a frequentar os congressos que eles [os professores] iam e ajudei na organização de (um encontro de professores) (...), e comecei conhecer pessoas diferentes, novas e aí: ah, vou querer ser professor também... vou querer ser professor... e comecei a pensar um pouco diferente. Aí, eu voltei, naquele meu último ano de monitoria (...), e eu comecei a tentar elaborar projeto, comecei a conversar com eles mais de perto: como é que se fazia uma aula, como é que se elaborava uma aula, como é que se preparava o material didático,

⁵⁸ Grande parte dos entrevistados, no momento das entrevistas, estava mantendo alunos sob orientação, através de projetos, monitorias ou estágios. Por meio dessas atividades, os alunos começam a participar de pesquisas, a apresentar trabalhos em congressos, em semanas acadêmicas, bem como a ajudar os docentes na preparação de aulas, de trabalhos, participam das atividades clínicas, auxiliando na orientação de alunos que estão em períodos anteriores do curso, etc. Essas atividades (diferentes das habituais, enquanto “apenas aluno”) podem, assim, servir de estímulo para que os alunos também almejem ser professores.

como é que se fotografava. Eu comecei a me interessar pela coisa. E, quando eu me formei, quando eu saí daqui (...), eu saí determinado a fazer mestrado já”. (docente 8).

A respeito da colocação acima (“não é nada de família”), nas respostas à questão sobre o que levou o entrevistado a optar por ser professor, alguns docentes afirmaram ser filhos de professores. Embora não tenham determinado que isso os tenha levado a escolher esse caminho, houve apontamentos no seguinte sentido: *“não sei se é por ter pais professores universitários, mas eu sempre gostei dessa parte da docência”* (docente 11); e *“talvez uma carga de influência (...) mais por questão familiar”* (docente 15). De certa forma, há a idéia de que pais professores acabam servindo de exemplo ou de estímulo para os filhos seguirem a mesma carreira. Até mesmo no próprio curso de Odontologia encontrase, não de maneira tão pontual, professores atuais cujos pais também foram docentes na mesma escola.

Em acréscimo, cerca da metade dos entrevistados referiu, ao responder essa questão, ter participado de monitorias e de estágios no curso de Odontologia, tanto durante quanto após a conclusão do curso, independentemente de ter ou não atribuído a essas experiências o motivo da escolha (aparece na resposta o fato de ter participado deste tipo de atividade).

Alguns docentes colocaram que passaram por algum tipo de experiência, após a conclusão do curso de Odontologia que os levou a pensar/repensar a atuação exclusiva em consultório e os estimularam a serem professores. Assim, quando surgiram concursos, não hesitaram em fazer a seleção. Outros, no entanto, afirmaram nunca ter sonhado ou pensado na carreira docente, apontando que a escolha da profissão esteve relacionada com o surgimento de situações que oportunizaram a entrada na vida acadêmica (mesmo assim, salienta-se, no trecho seguinte, a procura por algum emprego na universidade):

“(risos)... Eu nunca sonhei com isso, não é? (...). Eu tinha consultório aqui, na cidade, e estagiava numa [disciplina do curso de Odontologia] (...). Então, quando eu vi, na verdade, eu tava já procurando um emprego na universidade, que era um bom emprego na época, mas eu nunca tinha projetado na minha vida de ser professor”. (docente 10).

Houve colocações, nas entrevistas, de que a entrada na universidade, em outros tempos, acontecia por meio de um convite, diferentemente do que acontece hoje (o profissional entrava na universidade como docente e depois, na maioria das vezes, construía sua carreira, mudando de nível, através de concursos). A seguir, outra citação sobre o fato de nunca ter pensado em ser professor:

“Eu nunca tinha pensado em ser professor (risos). Eu fui ser professor por acaso. Me convidaram assim: quer ser professor? eu disse: vou ser professor”. (docente 2).

Chama-se a atenção para o entendimento, com base nas informações coletadas nas entrevistas, que há uma inter-relação de fatores na “gênese” da escolha pela profissão de docente do Curso de Odontologia. O seguinte trecho pode ser ilustrativo nesse sentido (mesmo na afirmativa de que a necessidade econômica teria sido o fator que tenha levado à docência), pois exemplifica a multiplicidade de acontecimentos que podem ter perpassado e influenciado na escolha da profissão: a dificuldade econômica em se manter cursando Odontologia, a escolha por fazer traduções como forma de subsistência e, para isso, a necessidade de muito estudo e leitura; o fato de ter participado de monitorias; e, por fim, o convite para ser docente (provavelmente em virtude da capacidade e do esforço demonstrados):

“Bom, primeiro, eu fui uma aluna pobre. Eu era obrigada a me virar, pra poder adquirir tudo que o curso [de Odontologia], que é caro, necessitava. Eu fazia o seguinte: naquela época, o inglês não era muito difundido, então, (...) eu traduzia, traduzi partes de livros pra professor, não é? Com isso, eu me obriguei a estudar muito e a ler muito. Eu fui uma pessoa assim que sempre fui me conduzindo, por necessidade. Não era por uma tendência natural, não! Por necessidade, de se manter, de terminar o curso, eu fui obrigada a trabalhar. Como eu era uma pessoa que estava dentro dessa atividade intelectual, eu trabalhava dentro da atividade intelectual, eu achava mais difícil, por exemplo, trabalhar no comércio, ou sei lá eu, qualquer coisa, e fazer Odontologia (...). Mas, me virei. Então, daí que eu fui, de tanto ler e tal, gostando da atividade e fui monitora de (duas disciplinas do curso de Odontologia, uma básica e outra clínica). Daí, como eu era uma pessoa que estava sempre ali, para aprender, para ajudar, as duas disciplinas me convidaram para ser docente (...). Mas, provavelmente, foi, exatamente, a dificuldade econômica que me levou a isso”. (docente 1).

Finalizando, houve, também, nessas respostas, uma expressiva referência, por parte dos entrevistados, no sentido de que há uma grande satisfação e um grande prazer em estar sendo professor do Curso de Odontologia. As expressões mais utilizadas foram: “gosto disso que eu faço”, “eu não me imagino não sendo professor”, “a [atividade] que eu mais me realizo”, “gosto muito disso assim”, “eu não me imagino fora da universidade”, “foi a maior acertada da minha vida”, “eu gosto e me preocupo”, “eu gosto disso”:

“Eu gosto muito da clínica, do contato com o paciente. Sempre gostei muito disso, mas eu acho que o ensino... (...). Eu sempre falo, até pros meus alunos, em aula, se eu tivesse, um dia, que optar entre a clínica, em tá trabalhando diretamente com o paciente e optar pela universidade, pelo ensino e pela pesquisa, eu ficaria com a segunda, sem sombra de dúvida. Não sei, eu não acredito muito nessa coisa de vocação (...). Eu acho que tudo aquilo que a gente se dedica e faz com prazer, não é? (...). Acho que quando te dá prazer, não poderia ser chamado nem de trabalho. Então, eu, realmente, tenho um prazer muito grande”. (docente 3).

“Veja bem: hoje eu não me imagino não sendo professor, tá? eu gosto tanto do que eu faço! Eu sempre busquei, eu investi tanto da minha vida. Eu diria assim: dos últimos anos, a metade da minha vida, tá envolvida com a docência” (docente 5).

4- Resultados sobre a Formação do Cirurgião-Dentista no Curso de Odontologia

4.1- Aspectos Relativos ao Currículo e ao Perfil do Cirurgião-Dentista Formado

Ao serem questionados sobre o perfil do aluno egresso no Curso de Odontologia da UFSM, alguns docentes fizeram referência ao fato de que a filosofia preventivista está sendo bastante enfatizada no currículo atual, o qual teve origem no ano de 1993, conformando-se num diferencial importante em relação à formação dos cirurgiões-dentistas de outros tempos. Assinalam, ainda, que a prevenção perpassa todas as disciplinas clínicas. Os seguintes trechos servem como exemplo:

“De uns anos pra cá que tá tendo maior ênfase ao tratamento preventivo. Se eu me lembro, assim, quando eu entrei aqui, como professor, os únicos que falavam em prevenção era a Odontologia Social, a Preventiva e Social. O resto, ninguém falava em prevenção. Hoje não, hoje é um todo. Todas as disciplinas do curso tão voltadas para a prevenção. Isso é duns anos pra cá, não era assim”. (docente 2).

“Isso deve ficar bem claro: pro profissional recém-formado, ele sai com um pensamento preventivo. Ainda bem, não é?(...). Tá inculcido aqui a filosofia de prevenção. Onde você for, em qualquer disciplina que você vai andar, ou vai ser na Endo, ou vai ser na Cirurgia, ou vai ser na Perio, é prevenção sempre”. (docente 9).

Entretanto, esta visão de que a prevenção está sendo discutida e perpassando a formação do aluno não é unânime, conforme pode ser constatado neste outro trecho selecionado:

“Por que, quais são as disciplinas que a gente trabalha com prevenção? Então, a gente tem um curso, que se diz curso, e ele, realmente, é um curso da área da saúde, onde nós temos duas, três disciplinas preventivas, que são as Odontologias Sociais I e II... não sei se tem a III, também?” (docente 3).

A prevenção se conforma numa estratégia em crescente utilização no enfrentamento das duas doenças bucais mais prevalentes, a cárie dentária e a doença periodontal, sendo passível de ser operacionalizada tanto em âmbito particular (consultório privado) quanto na esfera pública, daí, também, a sua abordagem crescente nos programas de graduação em Odontologia. Alguns dos professores entrevistados, formados há mais tempo (nas décadas de 60 e 70, principalmente), tiveram a oportunidade de vivenciar o “boom” da prevenção na Odontologia brasileira, alguns enquanto alunos e outros já como profissionais, como cirurgiões-dentistas, e colocaram até a dificuldade que havia em se falar sobre prevenção há quinze, vinte anos atrás, quando o que se praticava era apenas uma Odontologia cirúrgico-restauradora, ou seja, aquela que se preocupava basicamente com a restauração (“tapando” cavidades dentárias) e/ou extração dos dentes afetados (devolvendo a “saúde” por meio da remoção dos elementos dentários comprometidos). Em que pese a importância, as

contribuições e até mesmo o entusiasmo com a Odontologia Preventiva, faz-se necessário entender que a abordagem odontológica, tendo em vista as condições de saúde bucal da população brasileira, não pode (e não deve) ficar restrita às estratégias preventivas.

Ainda, com relação ao perfil do cirurgião-dentista formado, há a idéia geral de que o profissional tem uma visão global e um bom conhecimento do conjunto de disciplinas que compõem o currículo odontológico. Alguns docentes salientaram, baseados nessa visão global das disciplinas que os formandos possuem, que está sendo formado um profissional “generalista”. Houve uma significativa manifestação no sentido de que os alunos estão sendo bem preparados em termos técnicos e científicos. Os entrevistados destacaram que os alunos praticam, nas clínicas do curso, uma “odontologia de ponta”, ou seja, aquela baseada em técnicas cada vez mais complexas e que utiliza equipamentos e materiais de última geração. Há que se considerar, neste contexto, a idéia presente no meio odontológico (e até mesmo na sociedade em geral) de que o bom cirurgião-dentista é aquele dotado de conhecimentos e de destrezas manuais para executar determinada técnica/procedimento nas diferentes especialidades da clínica odontológica, e que se o profissional as possui, ele está apto a exercer a Odontologia. Neste sentido, estas idéias exemplificam os pontos em que os alunos estão sendo bem formados:

“Eu acho que ele sai com um perfil bem generalista. Ele tem um conhecimento de todas as áreas. Acho que sai com esse perfil (...). Eu acho que a gente tem um aluno que sai com um conhecimento bastante significativo dentro de todas as áreas, com uma visão geral”. (docente 3).

“O que eu posso observar é que (...) o nosso profissional, ele é, tecnicamente, muito bem preparado”. (docente 5).

“Porque, em termos técnicos, a faculdade aqui tá muito bem servida, não é? (...). Em termos técnicos, o formado sai em condições de trabalhar perfeitamente. Isso ele sabe”. (docente 9).

Face a esses pontos positivos no perfil do cirurgião-dentista egresso, a maioria dos professores entrevistados ressaltou a questão de que os alunos estão sendo formados muito mais para uma atuação em consultório/clínica particular, onde há espaço para uma

“odontologia de primeiro mundo” (pautada nos últimos avanços da indústria de equipamentos e materiais e na especialização crescente das técnicas):

“Eu acho que o perfil do nosso aluno de Odontologia hoje é um aluno, é um profissional com capacidade técnica e científica excelente para o exercício da sua profissão em consultório privado. Eu acho que esse é o perfil. Com algumas exceções, esse profissional poderá ter uma atuação em outras situações, que não o consultório privado”. (docente 4).

“Eu acho, assim, que, como profissional liberal, a formação que nos é dada aqui, dentro dessa universidade, é excelente. Eu acho, assim, muito bem orientada em todos os sentidos, em todas as disciplinas (...). Então, esses alunos, eu acho que têm grande... como é que eu vou te dizer? possibilidade de atuar muito bem dessa forma, na atuação liberal”. (docente 11).

Explicita-se que estes avanços da Odontologia, tanto em termos de crescente especialização dos processos de trabalho, quanto em termos de incorporação de tecnologia (materiais, equipamentos, instrumentos), os quais agregaram indiscutível qualidade aos serviços oferecidos, mas estão acessíveis somente a uma pequena parcela da população, que dispõe de meios para pagar pela assistência odontológica particular. Questiona-se, nesse aspecto, o papel referido ao curso de Odontologia, o qual está vinculado a uma instituição pública de ensino superior na formação de recursos humanos para atuar de acordo com as diretrizes da política de saúde nacional.

Em acréscimo à essa qualificação técnica e científica, um dos docentes ressaltou que percebe os alunos como socialmente sensíveis e bastante entusiasmados com a Odontologia, mesmo frente às adversas mudanças que se conformam no mercado de trabalho para o cirurgião-dentista brasileiro:

“É uma opinião favorável, porque o curso de Odontologia tem formado generalistas, eu creio, bem preparados. Cientificamente bem preparados, no sentido psico-motor bem treinados, pra executar os procedimentos técnicos, não é? Normalmente, são entusiastas da Odontologia. A gente vê os alunos entusiasmados com a Odontologia e eu creio que eles tão socialmente sensíveis também, sabendo que vão trabalhar em empregos, sabendo que vão fazer concurso, sabendo que vão trabalhar

com pessoas desfavorecidas economicamente e culturalmente e mantém o seu entusiasmo” (docente 14).

Ainda, com relação à questão de que o aluno esteja sendo mais formado para atuar em âmbito particular, houve um apontamento no sentido de que os alunos estão sendo bem preparados para atuar em quaisquer espaços, tanto na esfera pública, quanto na esfera privada:

“Eu acho que o aluno sai com conhecimento adequado pra ter uma atuação em qualquer local, digamos assim, em diferentes sistemas, não é? ou particular, ou público, enfim (...). Porque conhecimento tu tem, tanto pro Sistema Único, quanto pra clínica particular, quanto pra seguir estudando, porque seria uma incoerência eu dizer que não, porque eu acho que os nossos alunos estão bem preparados”. (docente 15).

4.2- Legitimação dos Pontos tidos como Positivos na Formação do Cirurgião-Dentista

Esses aspectos positivos foram legitimados por meio de referências à qualidade dos atendimentos prestados pelos alunos aos pacientes, que procuram respaldo às suas necessidades de saúde bucal no curso de Odontologia (o que, por sua vez, dá a idéia de que os alunos conhecem e dominam as técnicas envolvidas na assistência odontológica), por meio dos resultados obtidos pela instituição nas edições dos Exames Nacionais da Educação Superior (o antigo “Provão”), bem como pelos índices de aceite e de aprovação dos seus egressos em concursos públicos e em cursos de pós-graduação, tanto no Rio Grande do Sul, quanto em outros estados do país:

“[os alunos] tão se saindo superbem, tanto que nós tínhamos, naquele provão, tivemos notas muito boas seguidas. Três anos consecutivos, eu acho, nós tiramos A. Então, quer dizer que a gente tá conseguindo formar um grupo de profissionais capazes”. (docente 15).

“Nós tivemos excelentes resultados com a reforma de 93 [atual currículo]. Colocamos no mercado profissionais que, hoje, sempre dou um exemplo, não é? (...) que tendo feito graduação aqui, em Santa Maria, teve naturalidade, digamos assim, em disputar vagas de pós-graduação, tanto

em Porto Alegre, quanto em qualquer centro do país, tanto Rio, São Paulo, sem problemas”. (docente 5).

“Os alunos formados aqui (...), nas avaliações do MEC, eles sempre foram muito bem. Em todos os concursos nacionais, estaduais e coisa, ou pra seleção de mestrado, doutorado, eles tão sempre colocados entre os três primeiros”. (docente 7).

4.3- Carências na Formação do Cirurgião-Dentista⁵⁹ :

Os professores entrevistados manifestaram carências em vários aspectos do processo de formação acadêmica do cirurgião-dentista, fazendo alusão a aspectos mais gerais e não tão precisos do perfil do aluno (mas nem por isso “menos sentidos”) e, também, com relação a aspectos mais específicos, como no caso da necessidade de incorporação de disciplinas e/ou conteúdos determinados para o currículo.

A segmentação do ensino odontológico foi referida por parte considerável dos entrevistados, em três aspectos: (1) em relação à própria estrutura da universidade, organizada por meio dos departamentos estanques (universidade: centros; departamentos; disciplinas; conteúdos), cada qual desempenhando as suas atividades independentemente e, desta maneira, não havendo um estímulo para que o aluno possa vivenciar experiências mais “universais”; (2) em relação ao fato de haver um corte entre as disciplinas básicas e aquelas do ciclo profissionalizante; e (3) com relação à necessidade de existir uma constante aproximação entre a teoria e prática no ensino odontológico:

“Dentro da universidade, que a gente tem essa possibilidade de fazer as coisas experimentalmente e se vincular às outras áreas, não é? Já diz o nome: universal, universidade... (risos), mas, o aluno não é estimulado também, sabe? cada um faz a sua parte fragmentadamente. Cada departamento corresponde às suas obrigações e não estimula o aluno a construir isso também (...). É uma questão de condicionamento” (docente 12).

“Hoje, tu tem lá aula de (um determinado conteúdo): uma parte na (disciplina básica tal), uma parte na (disciplina profissionalizante tal), uma

⁵⁹ Neste item estão englobados aspectos que dizem respeito ao perfil do profissional egresso do Curso de Odontologia, bem como aos conteúdos do currículo, tanto os manifestados explicitamente como alguns que foram interpretados como necessidades, a partir da fala dos entrevistados.

parte na... Tu não junta tudo, não é? Então, eu acho que, às vezes, até pro aluno é difícil, separa (...). Então, é complicado esse negócio”. (docente 2).

“Os professores têm sentido isso: que não dá pra fazer núcleo comum e núcleo específico, ou núcleo básicas e técnicas, sabe? que tem que embricar essas duas coisas. Porque, na prática, o aluno tá fazendo isso ao mesmo tempo: quando ele tá aprendendo lá na clínica, tem que tá vendo teoria. E, quando ele tá vendo teoria, ele tem que tá, de alguma forma, transformando aquilo em prática”. (docente 12).

Outro ponto tido como fundamental no processo diz respeito à necessidade de que a formação do aluno deve ser coerente com os aspectos do mercado de trabalho, ou seja, com o contexto que o aluno vai encontrar fora dos muros da universidade:

“Eu não posso ficar (...), como tem alguns profissionais, como tem professores, que pensam numa Odontologia hiper-sofisticada, dita de primeiro mundo. A qualificação [aqui] é excelente, sem dúvida alguma, porém, o que espera o nosso aluno ali do lado de fora, na calçada, é outra história”. (docente 10).

“Então, não adianta ficar mostrando as teorias a respeito do sexo dos anjos, se aquilo não vai... se eles não vão trabalhar com o sexo dos anjos... (risos). Eles vão trabalhar com outras coisas, não é?” (docente 12).

Em que pese o fato de que grande parte dos docentes afirmar que o aluno está sendo muito bem preparado em termos técnicos, científicos e utilizando materiais sofisticados, alguns dos entrevistados salientaram a necessidade de existir um contato mais próximo do cirurgião-dentista com o ambiente hospitalar, e com os conhecimentos biomédicos, ou seja, de uma formação mais “sólida”:

“A Odontologia é incrível! porque é um dos poucos cursos, senão o único, da área de saúde, que a gente não tem contato nenhum, no hospital, durante a graduação. Os alunos passam pela graduação e não há necessidade de entrar dentro do hospital. Então, esse tipo de conhecimento, assim, é muito importante (...) e não faz parte do nosso currículo. O que também é uma... acho que é uma lacuna bem grande que a gente tem nesse sentido”. (docente 3).

“Eu, particularmente, acho que o nosso aluno da Odontologia, que nós estamos formando, (...) ele é muito tecnicista e tem pouco conhecimento da saúde geral do paciente, tá? Eu acho que é uma falha nossa, te dizer assim: nós temos um aluno aí que nunca... não sabe interpretar um hemograma, por exemplo, tá? Lógico que isso aí é um erro nosso”. (docente 2).

Foi explicitada, também, a necessidade de que os profissionais tivessem uma formação mais voltada para a saúde coletiva/saúde pública, e, nesse sentido, que ele tivesse conhecimento e utilizasse materiais mais “simplificados”, condizentes com aqueles encontrados nos serviços públicos, bem como que houvesse uma aproximação com esses serviços:

“Eu acho que falta muito, pra nós, na graduação, é institucionalizar o ensino da saúde coletiva (...), porque a gente não aprendeu a ler os problemas da população, a gente foi extremamente individualista, a gente trabalha em cima de uma ficha, ou de duas arcadas [dentárias]”. (docente 5).

“Eles, nós, digamos, deveríamos ter sido trabalhados também pra essa parte que a gente vai encontrar lá fora (...), que é trabalhar com materiais inferiores, trabalhar em condições diferentes e, agora, hoje em dia, não só a parte clínica, mas a parte também de comunidade, de atuação em comunidade, como por exemplo a Saúde Pública e esse PSF”. (docente 11).

Há um certo desconforto, também, representado na necessidade de que seja ampliada a visão do cirurgião-dentista formado, no sentido de que ele tenha um entendimento do paciente como um todo, indissociável do contexto (do meio social) em que ambos estão inseridos:

“Na assistência clínica que a universidade presta, não tem nenhum tipo de investigação sócio-cultural. Então, as pessoas vêm, fazem uso das clínicas, os alunos aplicam as técnicas que aprenderam, mas, não sabem da onde essas pessoas vêm, por que que elas procuram o serviço, se elas

recorrem mais de uma vez a isso, que tipo específico de problema... será que não dava pra resolver isso antes, lá na vila fulana de tal?”. (docente 12).

“Então, tem que conhecer o paciente como um todo. Eu tenho que conhecer em que contexto social este paciente tá inserido pra eu poder direcionar o meu tratamento e isso não é visto dessa forma”. (docente 3).

“Ele [o aluno] não consegue se inserir no contexto de nada. Então, existe uma formação muito fraca nisso”. (docente 13).

Além disso, em acréscimo, alguns entrevistados salientaram a necessidade que o aluno se relacione melhor com o paciente. Caminha-se então, na direção de uma formação mais “branda” (em oposição para alguns, em complementaridade para outros, àquela formação mais “sólida” referida anteriormente), a qual é atravessada por uma formação mais humanística:

“Na Odontologia, também, é quase se como: vamos lidar com dentes, não é? (risos) com bocas e dentes... como se não fossem as pessoas que... (risos)...” (docente 12).

“Hoje, o profissional da saúde, ele, muitas vezes, ele não (...) pensa e não olha pra ver o que o paciente quer, o que o paciente precisa e o que o paciente deseja em cima do conhecimento dele (...). Quer dizer, essa incapacidade, hoje, tá ligada à formação do especialista, que ele vê o específico, vamos dizer assim, mas não vê o essencial, não é? Ele vê o dente ali que tá com problema, torto, vamos dizer, ortodonticamente, mas ele não vê o essencial. Quem sabe, pro paciente, aquilo não importa”. (docente 13).

“Atualmente, atualmente não, sempre foi assim, não é? o paciente deita na cadeira e tem dias que tu não trabalha, tá? Então, tu tem que ter uma formação psicológica pra ti saber escutar o paciente e puxar do paciente aquilo que tá incomodando ele e fazer com que ele bote pra fora, mas que, ao mesmo tempo, não vai interferir na tua vida, sabe?” (docente 7).

Nos trechos a seguir, fica expresso que a formação técnica oferecida no curso de Odontologia está adequada, pois o aluno sabe fazer um diagnóstico clínico, sabe executar bem a técnica (o que fazer e como fazer), mas é necessário que o cirurgião-dentista esteja

preparado, também, para se relacionar com os pacientes e a lidar com o adoecimento alheio, bem como em assimilar o que está “por trás daquele paciente”:

“Pra comunicar o paciente: olha o senhor precisa fazer uma prótese. Daqui a pouco, por trás daquele paciente, o que não passa? (...) como é que ele assimila essas informações que a gente passa? e a gente não se preocupa: olha a parte técnica é essa: tem que fazer uma prótese, tem que fazer um tratamento de canal, o senhor vai ter que vir aqui três manhãs pra gente concluir isso. Por trás disso tudo? (...) o que tem? (...) não é só um dente, não é só um tratamento de canal, tem um contexto por trás disso tudo”. (docente 3).

“Que não é só calçar as luvas, mandar abrir a boca e consertar os dentes, que vocês sabem fazer muito bem, sabe? Isso vocês sabem” (docente 12).

Nesse mesmo sentido, destaca-se a seguinte representação, de um dos docentes entrevistados, dos aspectos ligados ao currículo e ao perfil do cirurgião-egresso do curso de Odontologia da UFSM:

“Eu acho que nós temos um esqueleto muito bom, tá? (...) toda estrutura muscular tá boa, entendeu? nós temos que mexer um pouquinho é com a mente, é uma questão de atitude” (docente 5).

4.4- Recursos Humanos, Físicos e Materiais da Universidade Envolvidos na Formação ⁶⁰

No transcorrer das entrevistas a maioria dos docentes sinalizou para aspectos relativos às condições objetivas para a operacionalização do processo de ensino-aprendizagem na formação acadêmica do cirurgião-dentista, tanto em termos de recursos humanos quanto da infra-estrutura disponibilizada pela universidade.

Em consonância com a avaliação pessoal dos entrevistados, estes aspectos foram interpretados como fatores que favorecem/facilitam o processo de ensino ou como fatores que dificultam o processo de ensino (no entanto, não está se afirmando que estes fatores

⁶⁰ Embora não tenha sido objeto de uma questão específica, os docentes, no transcorrer das entrevistas fizeram menções sobre esses aspectos, por isso optou-se por descrevê-los neste tópico, como “achados/variáveis empíricas”.

sejam os responsáveis pelo ensino-aprendizagem). Quantitativamente sobressaíram-se estes últimos em relação àqueles, o que significa que foram evidenciados mais fatores que interferem dificultando o processo de ensino da Odontologia.

Os fatores tidos como sendo os que favorecem foram os seguintes: (1) aqueles relativos aos docentes; e (2) aqueles referentes ao aparelhamento das clínicas do curso. Quanto aos docentes, os próprios entrevistados consideraram que os professores do curso de Odontologia são profissionais com uma titulação muito boa, caracterizados como extremamente habilidosos e habilitados, enquanto profissionais esforçados e, também, como bons professores:

“Tanto a qualificação dos professores que tem aqui, não é? que tão com uma titulação excepcional, de destaque do nosso curso frente às outras universidades” (docente 10).

“Eu tenho o maior orgulho de fazer parte da Universidade Federal de Santa Maria. Acho que os professores são, vamos dizer, noventa e oito por cento, extremamente qualificados e não conheço, pelo menos, até conheço alguns [que não são extremamente qualificados], mas teria que ser desprezado da amostra, entendeu?” (docente 6).

Durante a situação de entrevista, houve uma grande manifestação de orgulho e de realização pessoal com a profissão de professor. Inúmeras vezes, a frase “*eu não me imagino não sendo professor*” foi dita pelos entrevistados. Houve, também, uma grande demonstração de reconhecimento e “afeição” pela Universidade Federal de Santa Maria. O trecho abaixo ilustra estes aspectos:

“Eu não me imagino fora da universidade. Não imagino, tanto que não me imagino na Odontologia fora da universidade. Se um dia acontecesse alguma coisa, Deus que me livre, de a universidade, sei lá, dispensar os professores, ou não existir mais Universidade Federal de Santa Maria, eu acho que eu sairia da Odontologia. Eu acho não, eu sempre penso assim. Eu acho que eu sairia da Odontologia. Eu iria fazer alguma outra coisa (...). Eu acho que eu sairia da Odontologia com os meus méritos de ter sido professor” (docente 8).

Ainda, como um fator que pode favorecer o processo de ensino-aprendizagem foi salientado que o Curso de Odontologia recentemente teve suas clínicas re-aparelhadas com equipamentos odontológicos (cadeiras) novos. A situação anterior à troca dos equipos era bastante precária, pois os mesmos não estavam em condições de uso para o atendimento dos pacientes:

“Porque nós tínhamos, até há pouco tempo, nós tínhamos um problema muito grande (...) de aparelhamento da clínica. Nós tínhamos um problema horrível aí. E aquela clínica, ela, simplesmente, não dava mais (...). Aí, conseguimos aparelhar toda a universidade. Todo o curso, toda a faculdade, todos os andares aqui, estão re-aparelhados” (docente 8).

Já, com relação aos fatores compreendidos como os que dificultam o processo de ensino, foram citados dois grupos: (1) aqueles relativos à estrutura física da universidade; e (2) aqueles relativos aos próprios docentes. Entretanto, na maioria das vezes, ambos dizem respeito às limitações financeiras pelas quais passa a universidade como um todo, caracterizando um cenário de dificuldades das mais diversas, com limitação de espaços físicos, laboratórios mal equipados, carência de materiais, falta de verbas para pesquisa, enfim, dificuldades que dizem respeito à muitas instituições públicas brasileiras de educação superior.

A distância geográfica entre o campus da universidade, onde são ministradas as disciplinas do ciclo básico do curso (distante mais de 9 km do centro da cidade) e o prédio onde funciona a parte técnica e clínica do Curso de Odontologia, que fica no Centro, foi muito citada, como um dos grandes empecilhos com relação à estrutura física da universidade:

“A própria distância física, que eu acho que é um empecilho muito grande que nós temos dentro do nosso curso aqui, na universidade, ao fato das disciplinas básicas serem ministradas todas aqui, no campus, e as clínicas, as disciplinas específicas, lá no centro. Eu acho que isso complica muito e atrapalha muito o aprendizado” (docente 3).

“Nós temos um problema aqui, que o Curso de Odontologia é o único curso, da saúde, que tá aqui na cidade. Então, nós temos uma distância grande entre o resto, o restante da saúde, tá? Isso aí nos isola

muito. Dificulta até a integração da Odontologia com os outros cursos da área da saúde”. (docente 2).

Ainda houve muitos apontamentos com relação à estrutura da universidade disponibilizada para o desenvolvimento das atividades de ensino no Curso de Odontologia, sendo que grande parte deles se referia às limitações do espaço físico do prédio que acomoda os laboratórios e as clínicas odontológicas, pois o mesmo funciona em parte do prédio onde antigamente funcionou a Reitoria da UFSM. Ainda, como o curso divide o prédio com o Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH-UFSM), e existe uma limitação em relação ao número de salas de aula (quando uma mesma sala de aula é utilizada, em horários pré-definidos, por cursos variados) o que, por sua vez, acaba interferindo/prejudicando no desenvolvimento das atividades teóricas:

“Aqui é um prédio que divide as salas de aula com outras disciplinas de outros cursos. Ai, de repente, tu tem que acabar um seminário, porque a sala tem que ser desocupada. Isso já aconteceu várias vezes”. (docente 4).

Em acréscimo, os docentes referiram que enfrentam dificuldades com relação carência de equipamentos e materiais para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão, bem como de materiais didáticos (como projetores de slides, recursos de informática). Manifestaram, ainda, o desejo de ter uma biblioteca “fantástica”, que possibilitasse um maior acesso à informação. Entretanto, mesmo frente a essas adversidades, os docentes afirmaram que estão conseguindo, na medida do possível, desenvolver bem as atividades de ensino (ou, pelo menos, estão conseguindo desenvolver), uma vez que a universidade sempre funcionou com limitações (verbas, estrutura, equipamentos, materiais). Entretanto, a postura dos docentes também pode variar frente às limitações:

“Eu acho que isso passa dentro da Odonto, também, que é tudo muito precário. Acaba tudo sendo muito precário pra gente. A gente tem sempre essa instabilidade, assim, não é? (...) Porque, por mais bem intencionados que os professores estejam, eles vão esbarrar em problemas e

daí, os que não estão bem intencionados tem uma boa desculpa pra continuar mal intencionados... (risos) não é? ” (docente 12).

Especificamente, em relação ao quadro docente, os entrevistados chamaram a atenção para a falta de professores na universidade (outro problema que vem sendo enfrentado pela universidade pública brasileira em geral). Neste aspecto, na tentativa de suprir essa necessidade, a universidade tem feito uso de contratos temporários com docentes, os ditos “substitutos”. Apesar dos entrevistados destacarem que têm tido “sorte” com os professores substitutos, no sentido de que são, no geral, pessoas muito dedicadas (tendo em vista o baixo salário desse tipo de vínculo, alguns deles, inclusive, se auto-denominam “professores 'prostitutos’”), pelo fato de estarem em um contrato temporário (renovável semestralmente, por até dois anos), quando estão adquirindo experiência e se familiarizando com o ensino, estes têm de sair, porque chegou ao máximo o tempo permitido no contrato. Muitas vezes, também, os professores substitutos vão sendo substituídos por outros “substitutos”. Nesse sentido, este aspecto foi visto como um fator que pode interferir no processo de formação:

“A universidade passa por uma série de limitações orçamentárias (...). A nossa disciplina já teve professores substitutos que foram se substituindo um ao outro ao longo do tempo. Professores temporários e isso, de certa forma, dificulta a manutenção de um grupo de trabalho homogêneo e que partilhe das mesmas metas. Mas, no geral, nós temos tido muita sorte com os nossos professores substitutos, são pessoas muito dedicadas” (docente 14).

“Hoje, infelizmente, o governo tá assim: abrindo mão de vários substitutos, vários. Aonde, o próprio nome diz: professor substituto, ele é temporário, ele é pra substituir em alguns momentos. Mas, não como tá sendo feito, quer dizer: você tem um substituto, você tem dois anos, já saiu, já vai ter outro substituto para o substituto anterior, se tiver vaga, porque, às vezes, não fica, fica um hiato”. (docente 9).

Alguns entrevistados ressaltaram que há a necessidade de que os professores tenham uma formação coerente com as atividades que executam dentro do Curso de Odontologia, tais como: (1) “domínio da clínica”, para saber orientar os alunos na clínica; (2) formação

de pós-graduação na área específica em que atuam como docentes (formação condizente com a disciplina em que atuam) e, até, (3) necessidade de instituição de novos valores e de um maior compromisso dos docentes para com a universidade.

4.5- A Formação Ideal para o Cirurgião-Dentista

Ao serem questionados sobre como deveria ser a “formação ideal”⁶¹ do cirurgião-dentista, os docentes entrevistados responderam tanto exemplificando as características que o futuro profissional deve ter, em termos do que ele precisa conhecer/ saber fazer, quanto opinando sobre como operacionalizar esta formação ideal.

Houve uma expressiva referência no sentido de que o cirurgião-dentista tivesse uma formação que permitisse a ele atuar tanto na clínica privada (com a idéia de utilização de materiais e técnicas mais sofisticadas) quanto nos serviços de saúde (com a idéia de que as condições de trabalho são piores em relação à clínica particular), ou seja, sabendo trabalhar com os materiais e equipamentos que ele encontrasse fora da realidade “artificial” da universidade (uma vez que na formação os alunos aprendem a praticar uma “Odontologia de ponta”):

“A filosofia do profissional cirurgião-dentista deveria ser promover a saúde com o que ele pudesse, com os meios que ele pudesse, que ele dispusesse. Se ele estivesse situado dentro da esfera pobre, quer dizer, dentro dum serviço público, ele deveria trabalhar o melhor possível, saber trabalhar, saber utilizar, tanto aquele material disponível, como utilizar aquele equipamento que estivesse disponível para ele, tá? Depois, se ele estivesse dentro da esfera privilegiada, que ele soubesse também como utilizar, tanto os materiais de ponta, como os instrumentais mais sofisticados que nós temos por aí. Então, que ele soubesse interpretar, por exemplo, uma ressonância magnética, uma tomografia, mas também soubesse, com uma cadeira comum, nem odontológica, com umas curetas, remover processo cariótico e recuperar a função mastigatória de um dente”. (docente 1).

⁶¹ Esta questão foi feita com o intuito de perceber quais os anseios dos docentes sobre processo de formação do aluno de Odontologia. Evidentemente, sabe-se que existe uma diferença importante entre o tipo “ideal” e aquilo que é possível de ser realizado em dada circunstância. Toma-se o pressuposto de que o fato de que desejar que a formação seja feita diferentemente (de forma tal) relaciona-se, de alguma maneira, com as necessidades sentidas.

Assim, na formação ideal, o profissional deve ter um conhecimento para atuar em todas as áreas (esfera privada e pública), também de acordo com o contexto, sendo capaz de ver/atender o paciente como um todo, sendo necessário, para isto, um maior conhecimento sistêmico do indivíduo, fundado em ciências biomédicas:

“Eu acho que tanto essa parte de clínica particular, que eles [os alunos] têm e com todos os materiais bons, excelentes que eles possam ter, eu acho que eles têm que [ter](...), também, essa parte que a gente vai encontrar lá fora e eu acho que vai continuar encontrando, que é trabalhar com materiais inferiores, trabalhar em condições diferentes. E, agora, hoje em dia, digamos não só a parte clínica, mas a parte também de comunidade, de atuação em comunidade, como, por exemplo, a Saúde Pública e esse PSF (...). Então, eu acho que isso é uma coisa que se deixou de lado por muito tempo e acho que agora é um bom momento pra se retomar isso (...). Eu acho que essa parte global, essa atuação assim, a nível geral, porque o dentista vai lá, ele, certamente, vai dar orientações com relação à cavidade bucal, mas, certamente, vai dizer em que isso implica no organismo inteiro. Então, isso é um esclarecimento que a gente tem que saber dar. Eu acho que o aluno da Odontologia tem que também saber dar isso”. (docente 11).

Há a idéia de que a formação ideal passa, também, pela busca por uma formação equilibrada, em que é possível, inclusive, se fazer “odontologia sem tecnologia”:

“O modelo de escola que equilibre isso: que mostre pra ele que a Odontologia não se faz com fotopolimerizador, sei lá, ou com clínica ou com cadeira, ou com equipo, com materiais poliméricos, materiais de moldagem. A Odontologia não se faz só com isso. A Odontologia se faz muito na palavra, muito com palavra, muito com conversa, muito com essa abordagem individual, até longe da clínica e bem longe (...). Então, é esse equilíbrio que a gente busca (...). Eu ressaltaria a necessidade de buscar esse equilíbrio, democratizar a informação de forma que o aluno também conheça um outro lado da Odontologia”. (docente 8).

Com relação ao perfil do cirurgião-dentista, produto dessa formação ideal, houveram manifestações no sentido de que o profissional tivesse toda a formação em

termos técnicos, científicos, capaz de atuar bem clinicamente, mas que seu perfil fosse complementado por uma formação mais social e humanística, de um profissional integrado na comunidade em que ele vai atuar:

“Eu acrescentaria, então, nessa formação técnica e científica excelente que ele tá recebendo aqui, através de todas as disciplinas pelas quais ele passa, pelo processo todo, eu acrescentaria mais, então, um envolvimento humanístico nesse processo e que esse processo se desse através do ensino em serviços (...). Pra que no final eu dissesse assim: o perfil técnico, científico e humanístico, dentro de tudo que implica isso. Eu não vou me estender muito, mas o processo humanístico envolve toda a questão desse profissional no envolvimento com as pessoas e não só com o paciente, e aí ele é preparado pro consultório privado e pro serviço público, não é? aí, acho que fecha um pouquinho”. (docente 4).

“Eu já pensei nisso (...). Eu gostaria que o profissional que saísse daqui tivesse uma formação mais humanizada, não tecnicista demais. E essa formação depende dele também, não é do curso só, não é? Inclusive, habilitaria-o de, num determinado momento, mudar o rumo da vida dele até (...). Então, eu acho que um profissional bem centrado, bem integrado com a comunidade onde ele está desenvolvendo a sua atividade profissional”. (docente 10).

Alguns docentes, referiram meios de como fazer essa formação ideal para o aluno de Odontologia (ou, pelos menos, de como eles gostariam que se desse o processo de formação), até no sentido de uma formação mais “suave”, com pequenas alterações no atual processo, com o acréscimo de conteúdos (tanto na teoria quanto na prática), tendo tempo de estudo para o aluno previsto no próprio currículo, estimulando os alunos a participarem de projetos que fossem estruturados de forma que se conformassem em meios de qualificar a atuação na área da saúde:

“Vamos botar os alunos a serem entrevistadores (...). Colocar os alunos da Odonto pra fazer o serviço que eles não tão acostumados, de conversar com as pessoas, de enxergar além do que eles tão vendo (...). Isso é uma coisa que só pode ser trabalhado na prática: envolver esses alunos em projetos que eles vão além da sua própria atividade, que eles saibam perceber as subjacências, o que tá além daquilo ali (...). Então, acho que isso é uma coisa que os alunos teriam que ter, pelo menos a chance, de passar por isso, sabe? De ter projetos da Odontologia em que os alunos

participassem (...), deles saberem por onde passa a construção desse projeto, como foi que eu identifiquei que aquilo era necessário pra aquela realidade? Como foi que eu cheguei a essas conclusões? O que eu vou tirar de conhecimento daqui? O que eu vou oferecer de volta pra essa comunidade, pra esse grupo social?”. (docente 12).

Entretanto, numa posição diferente, foram referenciadas até algumas proposições mais radicais, no sentido de que envolveriam profundas mudanças na forma como está estruturado o ensino odontológico, como no caso da formação do profissional em dois níveis (nível 1: clínico geral; e nível 2: especialista), com implantação da residência em Odontologia, a exemplo do que acontecesse com a Medicina:

“Eu sou a favor da especialização. Eu acho que o aluno deveria ter três anos e meio de clínica geral e definir a sua especialidade (...). Se tu tiver um orientado ou um residente (...), tu vai ser responsável pela formação daquele residente. Ele vai ter que produzir técnica e cientificamente, tu vai ser remunerado por ter um residente. Então, depois de três anos e meio ele receberia: pra onde tu quer ir? Ou, que se forme em quatro anos e tem que conseguir a residência, tá? (...). Eu sou a favor da especialidade, eu sou a favor da residência em Odontologia”.(docente 6).

Além disso, foram sugeridas proposições de mudanças no sistema de avaliações dos alunos, com a aplicação de exames interdisciplinares, que englobassem os conteúdos teóricos, mas também que houvesse a realização de provas práticas, em que o aluno deveria demonstrar capacidades (domínio de determinadas técnicas) para poder avançar na sua formação:

“Após a finalização de cada semestre, eu ia fazer um mini-vestibular. Por exemplo, assim: tu passou pelo primeiro semestre, tu faz um mini-vestibular pra ir pro segundo (...). Quando tu vai pro quarto, entra matéria do primeiro, do segundo e do terceiro (...). Eu faria provas cumulativas e interdisciplinares (...) [e] definiria, por exemplo, em [tal disciplina] qual é o objetivo do aluno em termos práticos? (...) [e] teria prova prática: não conseguiu? não vai”. (docente 6).

4.6- Alterações que os Professores fariam na Formação do Cirurgião-Dentista

Os docentes entrevistados, ao serem questionados⁶² sobre o que mudariam no processo de formação do cirurgião-dentista no curso de Odontologia, manifestaram opiniões das mais diversas, muitas em acréscimo ou complementado aquelas já apresentadas no tópico anterior, sobre a formação ideal para o cirurgião-dentista. A diversidade de anseios, de certa forma, já era esperada, uma vez que o objetivo dessa questão era justamente permitir autonomia total ao entrevistado. Então, foram selecionados, para este tópico, apenas aqueles apontamentos dos docentes relativos ao currículo e ao perfil do aluno egresso.

Os docentes, em sentido mais geral, afirmaram que a formação do aluno de Odontologia em termos técnicos e científicos está adequada, o que está de acordo com as suas percepções sobre o perfil do aluno egresso. Dessa maneira, não haveria muita coisa pra ser mudada nesse sentido (formação técnica):

“Eu mudaria assim, essencialmente, a visão que o aluno tem da vida. A parte técnica, como tá, eu deixaria, e se alguém mudasse alguma coisa, tirasse eu não consideraria muito importante”. (docente 13).

“Acho que as disciplinas não têm grandes coisas pra mexer”. (docente 7).

Os docentes salientaram, entretanto, a segmentação do ensino e a necessidade de existir uma integração maior entre as disciplinas básicas, clínicas e as disciplinas de Clínica Integrada⁶³, de modo que o ensino odontológico seja mais coeso:

⁶² A questão feita foi neste sentido: “se o (a) senhor (a) tivesse autonomia total pra fazer alterações no processo de formação do cirurgião-dentista aqui na universidade (estrutura, currículo, perfil, enfim, em todos os aspectos referentes à formação do aluno de Odontologia), independente das implicações burocráticas e administrativas envolvidas, o que o (a) senhor (a) faria?”. O docente tinha liberdade e autonomia para fazer o que ele quisesse, numa espécie de exercício de “plenitude/ onipotência”.

⁶³ Diferentemente das outras clínicas, onde são realizados somente os procedimentos condizentes com a disciplina em questão (por exemplo, na clínica de Dentística, o aluno realiza basicamente restaurações), nas disciplinas de Clínica Integrada o aluno pode realizar os diferentes procedimentos (das especialidades odontológicas: Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Prótese) que o paciente necessita, num mesmo espaço (desta maneira, o aluno vai acompanhando o paciente ao longo do semestre, respondendo às necessidades de tratamento do mesmo). Há a idéia, por parte de alguns entrevistados, de que nestas Clínicas

“Eu acho que tem que haver uma integração. O nosso aluno fica lá [no campus] três, quatro semestres só vendo conteúdo dos básicos e, muitas vezes, nem tá dando bola pra aquilo. Não tem a mínima integração com a parte profissionalizante. Então, eu acho que os conteúdos deveriam ser distribuídos junto com os conteúdos da parte profissionalizante. Tornaria mais atraente até, porque eu acho que não é atraente do jeito que tá (...). Outra, também (...), aqui, dentro da parte profissionalizante, deveria ter uma integração”. (docente 2).

“Eu acho que tem que existir uma estrutura que lance, no mercado, um profissional com conhecimentos generalistas e isso, também, tá caindo de maduro, não é? Isso todo mundo já sabe que tem que ser assim. De que forma isso tem que acontecer, ou tem que ocorrer, eu não saberia te dizer. De repente, uma integração maior entre os professores das disciplinas. Acho que teria que ter uma ligação maior entre os professores das diferentes disciplinas”. (docente 3).

“Se tivesse poder pra mudar, eu colocaria tudo num balaio só. O aluno sair com tudo num balaio só, sem essa segmentação”. (docente 3).

Ademais, sobre as mudanças que os entrevistados fariam no currículo, de forma mais pontual, surgiram os seguintes anseios: (1) coerência da formação oferecida com as necessidades da população; (2) aumento do tempo de graduação; (3) atenção para que as disciplinas sejam bem distribuídas na grade curricular, num grau de complexidade crescente; (4) estímulo à pesquisa, à extensão (inclusive em projetos que contemplem outras áreas) e aos estágios e (5) ênfase nas Clínicas Integradas e responsabilização das mesmas pela extensão universitária.

Deste modo, vários docentes colocaram que acrescentariam conteúdos e/ou disciplinas à formação científica/técnica que está sendo feita, de modo a melhorar a “periferia” do cirurgião-dentista. Embora, os docentes tenham concordado sobre a necessidade de ser aprimorada a formação, houve uma diversidade de sugestões acerca da escolha de quais os conteúdos a serem contemplados, desde aqueles conteúdos destinados a melhorar a performance clínica e os conhecimentos técnico-administrativos do cirurgião-dentista, até aqueles com a finalidade de se promover uma formação mais humanística:

Integradas o aluno vai ver e atender o paciente como um todo, integrando seus conhecimentos das especialidades.

“Eu acho que hoje teria que ter, numa graduação, conhecimentos de informática, de digitais, de câmeras digitais, pra você arquivar os documentos, são coisas extracurriculares. Eu acho que deveria [ter] pra complementar o estudo (...), aqueles conhecimentos extracurriculares. Então, administração de consultório, imposto de renda, não é? São essas questões que deveriam ser inculcadas”. (docente 9).

“Eu colocaria, no currículo, Filosofia. Mas, uma Filosofia de uma forma inteligente, de uma forma que criasse dúvida, de uma forma esperta (...). Alguma questão política, discutir a situação política, discutir pobreza, discutir todas essas particularidades que representam a vida. Eu acho que seria interessante ter Sociologia. Seria interessante ter Literatura. Mas, aí, seriam pequenas disciplinas que o aluno seria, assim, mais um contemplador. Seria teatro, porque na questão de teatro se aborda como você vive, como que o personagem sente, o que o personagem sofre frente ao mundo, diversas situações (...). Seria assim: inserir disciplinas humanísticas, porque o aluno tem dificuldade de se inserir em modelos que não é o dele, entendeu? (...) Dificuldade de se inserir no modelo do paciente (...). Ele não viu [que] aquele paciente, quem sabe, não tenha luz em casa à noite, ele não sabe, ele não perguntou. Vive uma realidade totalmente diferente da dele. Quem sabe, aquele paciente ficou viúvo há pouco tempo, ou a mulher tá doente, ou... Nada, ele não consegue se inserir no contexto de nada. Então, existe uma formação muito fraca nisso. Só que a idéia que as pessoas têm, de que a concepção humanista, é uma concepção que desqualifica um hiper-especialista, é totalmente errada, porque muitas pessoas mostram que quanto mais tu tem uma noção do geral, mais tu consegue utilizar o que você tem de uma forma específica, de uma forma adequada: tu usa aquele conhecimento específico de uma forma adequada (...). E [eu] colocaria algum profissional dessa área [humanística] nas clínicas. Eu acho que isso faria muita diferença”. (docente 13).

4.7- Idéias Associadas ao Processo de Reforma Curricular e ao Novo Currículo

Ao serem solicitados sobre o processo de reforma curricular em andamento no Curso de Odontologia⁶⁴, o qual foi desencadeado pelas Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia (MEC), foram abordados alguns aspectos relativos a: (1) o próprio processo de reforma; (2) o enfoque do novo currículo (diretrizes gerais, duração do

⁶⁴ Este tópico baseia-se nas informações prestadas na situação de entrevista, pois a proposta do novo currículo estava sendo elaborada no momento da realização das entrevistas.

curso e às disciplinas de Clínica Integrada) e (3) questionamentos levantados sobre a operacionalização da nova proposta.

Com relação ao processo de reforma em si, foi destacado que houve, de um modo geral, um pequeno envolvimento de professores e, principalmente, de alunos nas reuniões e discussões da reforma curricular. Já em relação às diretrizes gerais do currículo a ser implantado, os docentes fizeram, pontualmente, referências de que: (1) além da Odontologia de ponta, o currículo terá a prevenção e orientação para a o social; (2) seu enfoque será para a saúde pública e para o PSF; (3) visará uma formação mais integral do aluno; (4) ocorrerá a inserção do aluno o mais cedo possível na comunidade e que, (5) no papel, a proposta estava parecendo muito boa, sem propor mudanças radicais.

Já, sobre a duração do curso, alguns docentes referiram que o aumento do número de semestres (de nove para dez) vai permitir uma melhor distribuição das disciplinas e que os alunos poderão, assim, ter mais tempo para as atividades extracurriculares, desta forma havendo uma melhoria em relação ao currículo atual. Especificamente sobre as disciplinas de Clínica Integrada, o aumento de três para cinco clínicas, em ordem crescente de complexidade, foi visto por alguns docentes como um ponto positivo, pois há a idéia de que nestas disciplinas o aluno vai integrar as diferentes especialidades e conhecimentos odontológicos, formando o “todo”, ou seja, vendo e atendendo integralmente o paciente.

Entretanto, face às propostas do novo currículo, alguns entrevistados levantaram questionamentos acerca da operacionalização destas mudanças, nos seguintes sentidos: (1) as Clínicas Integradas deveriam ser reformadas antes de ser aumentado o número de disciplinas; (2) como será a operacionalização destas Clínicas Integradas, uma vez que todas elas vão ter Saúde Coletiva no seu programa; (3) espera-se que não tenham sido apenas mudados nomes de disciplinas, continuando numa mesma realidade e (4) questionamentos sobre como operacionalizar os estágios pretendidos nos serviços de saúde, sendo que será feita uma nova tentativa nesse sentido. Assim sendo, o processo de implantação destas mudanças parece estar sendo esperado com uma expectativa positiva por parte dos docentes, mas, ao mesmo tempo, com um certo “ar de dúvida” quanto à sua efetiva operacionalização.

5- Resultados sobre SUS e Saúde Coletiva

5.1- Resultados sobre o SUS

Embora o tema “Sistema Único de Saúde” tenha sido objeto de uma questão específica,⁶⁵ na situação de entrevista, os docentes fizeram várias referências aos serviços públicos⁶⁶ responsáveis pelas ações de saúde. Por isso, foram englobadas neste tópico, tanto as repostas à questão específica, quanto as manifestações que aconteceram espontaneamente, ao longo da conversa. Observou-se que elas poderiam ser agrupadas em dois pontos, de modo a facilitar sua apresentação: (1) idéias associadas ao Sistema Único de Saúde e (2) idéias associadas às condições e ao trabalho realizado em Odontologia no SUS.

5.1.1- Idéias Associadas ao Sistema Único de Saúde

De modo geral, foram salientadas pelos entrevistados as limitações do Sistema Único de Saúde, tanto em relação à qualidade dos atendimentos prestados, ao financiamento das ações e serviços e à estrutura disponível, quanto à questão da remuneração e da postura dos profissionais que trabalham no SUS (ou seja, foram criticados os aspectos de estrutura/capacidade instalada, de recursos humanos envolvidos e dos processos de trabalho, os quais, em última instância são responsáveis pela assistência/atenção prestada aos usuários).

⁶⁵ A questão feita foi a seguinte: “qual a sua opinião sobre o Sistema Único de Saúde?”. Questões complementares, dependendo da evolução da conversa, também foram feitas, a saber: “como o (a) senhor (a) percebe a Odontologia nas políticas públicas de saúde?”, “o (a) senhor (a) já ouviu falar em PSF?”

⁶⁶ As denominações “serviços públicos” e “esfera pública” são utilizadas como referentes ao Sistema Único de Saúde, onde a assistência odontológica é prestada sem o ônus do pagamento (pois pode existir a participação do setor privado conveniado ao SUS), diferenciando-se, justamente, das denominações “esfera privada”, “clínica particular/ privada” pela questão do pagamento em troca do atendimento prestado.

Ficou subjacente, na fala da maioria dos entrevistados, a idéia de que o SUS corresponde à “esfera pobre” e que tem o objetivo de fornecer algum tipo de resposta às necessidades de urgência da população em geral, que sendo desfavorecida economicamente, só pode mesmo recorrer ao Sistema Único de Saúde (seriam, portanto, respostas pontuais aos eventuais problemas de saúde objetivados). A seguinte citação, sobre o SUS, aborda alguns desses aspectos mencionados, manifestando até um certo conformismo com a situação dada:

“Eu acho que nos países de terceiro mundo, os países que têm dificuldades, como nós temos, com uma dívida externa tão grande, é um mal necessário. É o que tem que ser mesmo, não tem outra maneira. Se você fechar as portas do SUS, aonde que o povo, sem dinheiro, vai buscar socorro? Então, é um mal necessário. Por que eu digo um mal? É porque eu estou dizendo que ele funciona mal? Não, eu acho que ele não funciona mal, ele funciona com pouco dinheiro e, por funcionar com pouco dinheiro, várias atuações não podem ser realizadas”. (docente 1).

Alguns docentes, fizeram um retrato “combinado” sobre o Sistema Único de Saúde, isto é, tanto exaltando as suas dificuldades/limitações, a ponto de visualizar o SUS como um sistema caracterizado pelo “caos”, quanto salientando aspectos positivos, como é o caso do caráter de algumas pessoas que nele atuam:

“Cara, eu acho o caos, não é? Porque esse aí já chegou ao caos. Esse aí já chegou. A xícara já quebrou há horas. Tu conhece aquela teoria do inglês? Que ele derrubou uma xícara e a xícara quebrou... entendeu? Daí, ele chegou à conclusão da teoria do caos: que nunca mais aquilo vai juntar. O vidro pra mim já quebrou ali (...). Talvez, no SUS, existam aquelas pessoas de caráter lá dentro, que no Brasil tem isso: pinga caráter aqui, aqui e aqui e, de repente, tem um atendimento, tem alguém que preze”. (docente 6).

Foi também salientado, por um dos docentes, que as pessoas já estão cansadas de presenciar (os que dependem do SUS) e assistir nos noticiários o problema das filas e, assim, a questionável qualidade da assistência prestada em postos de saúde e em hospitais freqüentemente superlotados. No entanto, ele chama a atenção de que o SUS se configura

em um “péssimo marqueteiro”. Deste modo, o Sistema Único de Saúde não mostra à população o quanto ele está presente no dia-a-dia dos brasileiros:

“A pessoa comum, a pessoa que busca um posto de saúde, que busca um hospital, o que ele vê? Ele vê que tem uma fila enorme lá. Ele vê que ele vai ser atendido daqui a dois meses. Ele vê que vai tirar uma ficha, como eles têm que fazer. Ele vê que tudo isso vai acontecer e, pra ele, tudo isso é Sistema Único de Saúde. E o Sistema Único de Saúde é um péssimo marqueteiro, não faz o seu marketing que precisa fazer, porque não mostra que o Sistema Único de Saúde tá na Vigilância Sanitária, que tá aí, mostrando que a alimentação que nós temos no supermercado é boa pra consumo ou não, que tá fazendo as várias averiguações junto a feiras e estandes e restaurantes, hotéis (...). Então, o SUS não mostra isso (...). Mostra o hospital que tá cheio de gente, com gente nos corredores e isso aí não precisa todos os dias passar na televisão, que é uma repetição. Cansa até de tanto olhar. E olha, e olha...”. (docente 8).

Apesar de todas essas críticas, houve referências positivas sobre o Sistema Único de Saúde, tanto com relação aos avanços conseguidos durante esses anos de SUS, quanto em relação aos seus princípios e diretrizes, como a que se segue:

“O SUS tava engatinhando [no ano de 1991]. Então, era uma proposta maravilhosa e eu, ainda, continuo acreditando. Nesse aspecto, eu acho que tem muitas coisas que foram implementadas, nesses últimos quinze anos (...). Mas, acho assim: (...) se, perfeitamente administrado é, sem dúvida nenhuma, deveria, assim ser entendido pela população, como o melhor plano de saúde que uma população pode dispor”. (docente 5).

De modo geral, há uma idéia positiva sobre o PSF, em que a maioria dos docentes afirmou que essa estratégia se configura numa proposta boa, até mesmo como “*uma das grandes iniciativas do Ministério da Saúde*” (docente 1). Entretanto, os entrevistados também manifestaram uma certa expectativa e um certo receio quanto ao real funcionamento do PSF⁶⁷, tendo em vista algumas experiências com programas de

⁶⁷ As referências às expectativas de que o PSF realmente funcione na prática, na maioria das vezes, foram embasadas por conhecimentos e informações que os entrevistados dispunham da situação do município de Santa Maria/RS (informações locais), pois no período em que as entrevistas foram realizadas estava em andamento na cidade o processo de seleção dos profissionais para a composição das ESF (Equipes de Saúde

atendimento que aconteceram em outras épocas (consideradas não muito bem sucedidas, inclusive destacando a questão da remuneração dos profissionais):

“Não, eu acho que é um projeto bom. Espero que ele [o PSF] funcione... (risos). No papel é uma coisa...”. (docente 2).

“Eu acho que no início, agora, esse PSF vai funcionar muito bem, que o governo quer mostrar serviço, não é? Mostrar que tá preocupado com a população em geral. Mas, a gente já viu isso em outras épocas. O INSS, logo que ele começou a dar atendimento à população, ele te dava uma remuneração muito boa, ele credenciava alguns dentistas e esses dentistas faziam atendimento à população (...). Resumindo, o que eu quero dizer é assim: que, no início, era um salário muito bom, ótimo. Aí, eles foram cortando, cortando, cortando... (...). Então, eu acho que, no início, agora, o PSF vai funcionar bem, mas a tendência [é não continuar assim](...). Daqui dez anos conversamos sobre isso... (risos)”. (docente 7).

No entanto, alguns entrevistados manifestaram idéias diferenciadas e bastante críticas acerca do PSF, desde aquela em que há dúvidas sobre a capacidade/desempenho do PSF para resolver os problemas de saúde pública, mas acredita-se que ele ao menos poderia fornecer algum tipo de atenção à população, numa lógica diferente em relação à assistência convencional nos postos de saúde (evitando que as pessoas tenham que fazer “romarias” para retirar fichas de atendimento nos postos de saúde), até aquela em que o PSF é visto como um “pacote pronto” do nível central (no caso, tido como um “prato feito” - ao invés de “PSF”, seria o “PF”), destinado à população, principalmente a menos favorecida economicamente, que acaba tendo que aceitar e se conformar como aquilo que é oferecido (como a população não tendo outra escolha):

“Abrir posto de saúde não é Saúde Pública, não é dar Saúde Pública (...). Tá provado que não vai resolver o problema de saúde com isso. Eu não sei se o PSF resolve o problema de saúde pública (...), eu não sei se resolve. Mas, talvez, seja um caminho, diferente de tá construindo um prediozinho pequeno, sem as mínimas condições, pra encher de fila de madrugada, quando essas pessoas poderiam estar lá na sua residência sendo, quem sabe, vistas, amparadas com alguma coisa”. (docente 8).

da Família), ou seja, o PSF estava sendo implantado naquele momento.

“Sim, [ouvi falar do PSF], o prato feito que eu chamo (...). Porque o PF, o prato feito, é aquilo básico que tu pede sempre a mesma coisa: feijão, arroz... Depois, tu não escolhe a quantidade, tu não escolhe a qualidade, tu sabe que vai vir aquilo... Em que qualidade que vai vir, não é? (risos) (...) Tu ganha aquele prato. Tu não sabe se o arroz vai vir cru, se vai vir passado, se era de ontem... Então, é o PF que eu chamo. Eu acho que é uma tentativa, eu acho que é válido”. (docente 6).

Deste modo, as opiniões dos entrevistados sobre o SUS foram muito mais ressaltando aspectos negativos do Sistema Único de Saúde, relacionadas a todos os tipos de limitações (orçamento, estrutura, processos de trabalho), mas há que se considerar, entretanto, o fato de a maioria dos docentes ter afirmado que, como a esfera pública não era a sua área de atuação, não tinha conhecimento de como funciona o SUS no cotidiano:

“Não, eu não tenho essa opinião, porque como eu não tô envolvido nisso aí. Até agora foi lançado o PSF, não é? Também não tenho acompanhado, porque não é a minha área”. (docente 9).

Com base nas entrevistas, pode-se afirmar que a maior parte dos entrevistados, senão todos, nunca usufruiu ou referiu não ter tido contato direto com os serviços públicos e que se baseavam, para responder às questões, em informações da mídia escrita e televisiva (que mostra sempre os hospitais superlotados, filas, atendimentos ruins) ou no que ficavam sabendo de terceiros (através de algum tipo de contato com pessoas que dependem, ou dependeram, do SUS para serem atendidas):

“Eu não sei como funciona isso aqui em Santa Maria, assim... Infelizmente ou felizmente, eu não sei te dizer, não faz parte da minha realidade (...). Eu acho que deixa muito a desejar, pelo que as pessoas colocam, assim, as pessoas que a gente tem contato, funcionária lá de casa, que precisa de uma consulta é só não sei lá quando, não é? Então, nesse sentido que a gente só vê reclamação. Eu não vi, até hoje, nenhum elogio. Mas, também, nunca usufrui. Então, talvez eu acho melhor não falar”. (docente 15).

5.1.2- Idéias sobre as Condições Disponíveis e ao Trabalho realizado em Odontologia no SUS

As opiniões dos entrevistados quanto à Odontologia no Sistema Único de Saúde (o que e como está sendo feito, em todas as suas relações), foram, basicamente de sentido negativo nos seguintes pontos (em ordem decrescente de manifestações): (1) condições disponíveis para o trabalho; (2) tipo e qualidade dos atendimentos prestados (incluída aí a relação entre a demanda/oferta); (3) os problemas referentes à gestão e (4) os fatores ligados aos profissionais (qualificação e remuneração). Alguns docentes visualizaram pontos positivos a respeito da Odontologia nos serviços públicos, mas limitados a alguns tipos de ações que podem ser desenvolvidas e à postura dos profissionais que atuam na esfera pública. Em consonância com o que foi expresso anteriormente sobre o PSF, alguns docentes referiram-se à inclusão da saúde bucal na estratégia de Saúde da Família como um avanço, existindo uma expectativa em relação às mudanças, o mesmo acontecendo em relação ao receio de que as coisas funcionem só na teoria e não na prática.

A respeito das condições disponíveis para o cirurgião-dentista desenvolver suas atividades na esfera pública, os entrevistados teceram comparações entre os dois grandes tipos de “odontologias”: a odontologia privada e a odontologia da esfera pública. Tendo em vista o surgimento e a proliferação das clínicas odontológicas⁶⁸ nas cidades de médio e grande porte, alguns docentes apontam esta como um tipo de odontologia “inferior”, mas ligada à esfera privada, pois o atendimento acontece mediante um pagamento. As comparações são feitas mesmo entre a odontologia dessas clínicas privadas e aquela praticada no SUS:

“Eu acho que [no SUS] é pior que essas clínicas privadas. Eu acho que é pior. Porque ainda, nas clínicas privadas, apesar de ser um patrão que visa o lucro, ele tem ainda o orçamento pra investir. Agora, no SUS, você tem um orçamento do governo, que aí é um problema. Porque você pode uma hora ter e [outra hora] não ter material. E aí não tem. E aí não

⁶⁸ Referem-se às clínicas odontológicas ditas “populares”, onde trabalham vários cirurgiões-dentistas, contratados por um empregador/proprietário (nem sempre este é um profissional da Odontologia) e que ofertam serviços a um custo reduzido, e para isso, normalmente fazem uso de materiais de menor qualidade (ou qualidade duvidosa). Geralmente, a remuneração do cirurgião-dentista é feita de acordo com a sua produção, sendo que ele é induzido (melhor seria utilizar o termo obrigado) a atender os pacientes em um tempo reduzido.

tem mesmo. Você chega lá: olha eu tenho que fazer um canal. Ah, eu não tenho material, não tenho material. Vou fazer o quê?”. (docente 9).

A questão da falta de materiais ou a disponibilização de materiais de qualidade inferior para a prestação da assistência odontológica na esfera pública foi freqüentemente lembrada. Os entrevistados também fizeram menção de que há uma diferença muito grande entre os materiais que o aluno aprende a manipular e a utilizar na assistência odontológica prestada no curso de Odontologia são diferentes daqueles encontrados fora da universidade, na esfera pública:

“Isso aí [resina fotopolimerizável] não é uma realidade no serviço público, quer dizer, não tem isso aí, como fazer”. (docente 1).

“Mas, vocês [os alunos] vão chegar num posto de saúde, onde vocês não vão ter isolamento absoluto, vai ter que fazer o isolamento relativo (...). Chega no posto, só tem rolinho de algodão (...). Eu trabalhei também. Trabalhei em prefeitura, trabalhei em sindicato. Sei que as condições que nos são ofertadas, são diferentes das condições da universidade”. (docente 3).

“E, no serviço público, também tem isso: tem materiais que o aluno utiliza aqui agora [no curso de Odontologia] e não existe no serviço público. Então, ele ficava frustrado. Queria fazer aquele tipo de atendimento e não tinha [material]”. (docente 2).

“Bom, aqui, na Odontologia do SUS, eu não vou ter resina composta, eu vou ter amálgama misturado com 'bombril’”. (docente 8).

Já com relação aos atendimentos oferecidos, segundo alguns dos entrevistados, muitos procedimentos odontológicos ditos especializados ou de maior complexidade não são oferecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (mesmo havendo uma demanda da população por esses atendimentos), caracterizando um atendimento segmentado:

“Eu acho que ele tá muito a desejar. O atendimento é só nessas periferias. E o que eles fazem hoje? Mais é exodontias, alguma restauração. Mas, a endodontia parece que não funciona muito bem. No [tal centro de saúde] aqui, tem a endodontia, mas, parece que não sai muito bem ali as

endodontias: que a quantidade de pacientes é muito grande pra o [que é ofertado]”. (docente 7).

“Mas, que, de repente, num posto de saúde, ele [o paciente] vai: ah, não, aqui a gente não faz tratamento de canal. Então, ele vai [no posto], faz a parte restauradora que tem que fazer, restaura, dentística, e aí chega na parte do tratamento endodôntico, não é feito ali. Essa segmentação prejudica muito esse tipo de prática a nível municipal, nestes postos de saúde”. (docente 3).

A maioria dos entrevistados ressaltou também o fato de que essa limitação nos atendimentos prestados na esfera pública (por falta de materiais e/ou equipamentos, pelo leque limitado de atendimentos oferecidos ou até qualificação do profissional) ocasiona um encaminhamento bastante grande de pacientes das unidades/postos de saúde de Santa Maria e até mesmo de outros municípios da região para o Curso de Odontologia, este servindo como uma referência para o tratamento especializado. As condições disponíveis para a atuação do cirurgião-dentista, mesmo questionando outros fatores envolvidos, é salientada:

“Aí, as pessoas [que chegam no Curso de Odontologia] dizem: ah, porque eu fui no posto e não consegui: o dentista não faz, não pode fazer. Não pode por que? Por que não sabe? Não pode por que não quer? (...) Aí, a mentalidade das pessoas se fixa que: ah, no posto não faz. Então, eles tão desassistidos, não é? Mas, a pobre da criatura que tá trabalhando no posto que tem, que sabe fazer, que poderia fazer, não tem condições de fazer o procedimento. Então, fica bastante complicado. A gente recebe muito paciente aqui, encaminhado por colegas que trabalham em prefeituras da região, que não tem condições de fazer determinados procedimentos, encaminham pra cá”. (docente 15).

Ainda, além da falta de materiais/equipamentos e do leque limitado de serviços oferecidos à população, foram analisados, por alguns docentes, aspectos que caracterizam a prática da odontológica no serviço público, até mesmo semelhante à privada (perdendo em termos de qualidade do atendimento), e também enquanto uma prática fundada na abordagem curativa dos processos de saúde-doença bucal, em detrimento de uma abordagem de prevenção e de educação em saúde, caracterizando a carência de uma maior e melhor organização nos serviços:

“Eu acredito que a Odontologia pública tá baseada no curativo. Acho que a saúde no Brasil, como um todo, tá baseada, tá muito calcada na parte curativa das coisas”. (docente 3).

“E não existe uma prática [de Odontologia no SUS], vamos dizer assim, voltada ao extramuro, fora daquele âmbito de dentro dos consultórios, [onde] os profissionais criem, digamos assim, formas de informação numa população-alvo, de orientação, de colocar um programa de re-chamada, de manutenção dos procedimentos executados. Acaba, na maior parte, sendo [que] o paciente se apresenta espontaneamente, geralmente com alguma queixa que ele consegue ter. Ou seja, é alguma coisa séria. Porque se o paciente vem, aponta que tem algo (...). É alguma coisa séria e ele é atendido naquele momento e pronto. Quer dizer, não há, realmente, uma estrutura adequada, que a Odontologia já sabe qual é”. (docente 13).

“Porque você pode fazer com pouco, pouco, mas você faz. E o que a gente vê? Que não é feito pouco. Simplesmente, se trabalha num consultório dentário e exerce uma atividade parecida com a privada, só que pior, muitas vezes”. (docente 13).

Em acréscimo, de acordo com alguns entrevistados, os procedimentos odontológicos realizados no SUS, na maioria das vezes, são circunscritos ao atendimento clínico, o qual está pautado pela idéia de “produtividade”, em detrimento da “qualidade”. O fato do cirurgião-dentista ter que atender “tantas fichas” em “tal período (reduzido) de tempo” foi apontado, também, como um empecilho na prática odontológica pública (embora não circunscrita somente ao atendimento público), que, associado às condições, freqüentemente precárias, disponíveis para o atendimento, reduzem demasiadamente a qualidade dos atendimentos:

“É aquele número x, que tem que ser atendido, não importa o que vai ser feito. Então, mesmo que eu queira dar uma qualidade melhor ao meu serviço, as pessoas já estão acostumadas. Eu acho, pelo menos (...), é a minha experiência. Eles tão acostumados com aquele modelo de tratamento e uma forma diferente, que visa a melhora do atendimento, eles não compreendem. Então, mesmo os próprios... eu acho que até os próprios políticos, secretário de saúde, enfim, ali, eles também querem que sejam bem falados no [município], com a quantidade, quer dizer, o dentista está atendendo x”. (docente 11).

“Posto de saúde também é aquilo, não é? A gente sabe que entra no mesmo esquema do sindicato. Tu tem um número x de atendimento. Às vezes, tu não tem condições de fazer um determinado tratamento, em função de não ter raio x, de não ter isolamento absoluto, que é uma coisa simples, que nem é tão cara. Então, quer dizer...”. (docente 15).

Como outras características manifestadas como negativas sobre a Odontologia no SUS, houve manifestações pontuais nos seguintes aspectos: (1) remuneração menor do cirurgião-dentista; (2) falta de continuidade na gestão (com as trocas de governo municipal mudam prefeitos, secretários de saúde, coordenadores de saúde bucal) e a questão de infraestrutura ociosa, ou seja, a existência de consultórios equipados e subutilizados.

Em contrapartida a todos esses aspectos que dificultam a execução de uma assistência odontológica de qualidade no SUS, houve apenas uma referência positiva sobre a prática odontológica pública, a qual diz respeito à possibilidade de serem executadas ações de prevenção e educação em saúde, através da inclusão dos procedimentos coletivos no elenco dos serviços do SUS, a qual foi entendida como um avanço, apesar de que a prática pública continua sendo fundamentada nos procedimentos individuais, que dependem de materiais e tecnologias nem sempre tão acessíveis:

“Com o SUS, vieram os procedimentos coletivos. Então, a coisa começou a melhorar um pouquinho, no sentido de que se via a necessidade e a possibilidade de trabalhar, coletivamente, o processo da educação e o processo da prevenção”. (docente 4).

“No sentido do acesso a materiais, do acesso a tecnologias (...), no serviço público não é tanto assim. Mas, o que caracteriza é essa prática individualista, é esse processo assim, de tá trabalhando só o indivíduo. Com algumas exceções, no serviço público, em algumas cidades, em algumas comunidades, em que há algumas iniciativas no sentido de fazer procedimentos, digamos assim, os procedimentos coletivos, que englobem não procedimentos clínicos, mas aqueles de educação e de prevenção. Mas, não é uma característica assim, marcante. Ela acontece com mais frequência, mas não é tão marcante assim”. (docente 4).

Mesmo com as opiniões sendo, na quase totalidade, pessimistas em relação à participação da Odontologia no SUS, alguns docentes acreditam que possa haver uma mudança na prática odontológica pública atual, vista como fundamentalmente curativa, em outras bases e ações mais amplas, com ênfase para aquelas de prevenção e de educação, através da inserção das Equipes de Saúde Bucal (extrapolando o modelo em que só atua o cirurgião-dentista isoladamente) na estratégia de Saúde da Família (PSF):

“Esse modelo de prática [no SUS] é uma prática meramente curativa. Então, se trabalha muito em termos de curar a problemática que o paciente apresenta. Em termos de projetos preventivos, de trabalhos preventivos, eu acho que, agora, com a inserção do PSF, isso tende a tomar um rumo um pouco diferente (...). Eu acho que a tendência é esse modelo tá sofrendo algumas alterações. E acredito que o responsável por isso seja a inserção desses grupos do PSF, dessas equipes assim, em termos de saúde pública, mesmo”. (docente 3).

“O Programa de Saúde da Família que, na proposta, ele é extremamente rico, digamos assim, em abrangência, não é? Ele até contempla, por exemplo, a ação de, em se falando de Odontologia, a ação de THDs e ACDs”. (docente 5).

Finalizando, fica a manifestação de uma docente chamando a atenção para a necessidade de existir uma maior reflexão sobre essa postura avaliativa pessimista dos cirurgiões-dentistas em relação à Odontologia no Sistema Único de Saúde, afirmando que essa idéia pode estar sendo embasada por informações unilaterais e, desta forma, faz-se necessário refletir sobre essa postura eminentemente crítica:

“Porque o que tá acontecendo hoje é que a gente se isola e critica o serviço público. A gente só fala que o serviço público é ruim, que os cirurgiões-dentistas não são competentes, ou que só fazem trabalhos de qualidade duvidosa, não é? Grande parte deles faz isso, outra parte não, outra parte são excelentes profissionais. Mas, a gente só critica. São coisas unilaterais”. (docente 4).

5.2- Resultados sobre o ensino de Odontologia em Saúde Coletiva

Neste tópico foi investigado de que forma está sendo operacionalizado e como os entrevistados percebem o ensino de Odontologia em Saúde Coletiva⁶⁹ no Curso de Odontologia da UFSM. Para tanto, as informações foram fornecidas pelos docentes que estavam atuando, no momento da realização das entrevistas, nas disciplinas específicas responsáveis pelo desenvolvimento dos conteúdos ligados à especialidade de Odontologia Preventiva e/ou Social. Estas disciplinas foram referenciadas como as responsáveis pelas experiências pontuais dos alunos em Saúde Coletiva:

“O aluno, aqui no Curso de Odontologia, ele não é preparado adequadamente pra Saúde Coletiva. O que ele tem, são experiências pontuais, através da nossa disciplina, Odontologia Preventiva e Social”.
(docente 4).

Desta forma, tendo em vista a relevância das disciplinas de Odontologia Preventiva e Social no processo de formação do aluno, a análise foi estruturada procurando responder a duas questões básicas: (1) o que estava sendo feito; e (2) como estava sendo feita a abordagem dessas disciplinas, tanto em relação às aulas teóricas, quanto em relação às atividades práticas. Desta maneira, configurou-se inicialmente como uma tentativa de retratar o ensino de Odontologia em Saúde Coletiva e, uma vez feito isso, buscou-se observar alguns aspectos adicionais, concernentes às opiniões dos docentes sobre essa abordagem na formação acadêmica do cirurgião-dentista.

As disciplinas de Odontologia Preventiva e Social (OPS) I, II e III são ministradas, no primeiro, segundo e sétimo semestres (períodos) do curso (ver Anexo 5), sendo que as disciplinas de OPS II e III, além dos conteúdos teóricos, contam com atividades práticas, em que o aluno realiza ações, não apenas clínicas, em espaços diferentes, fora do prédio onde funcionam as clínicas do curso de Odontologia.

⁶⁹ Para fins desse estudo, a análise do ensino de “Odontologia em Saúde Coletiva” foi pautada a partir do que estava sendo realizado, em termos de ensino, nas disciplinas de Odontologia Preventiva e Social (OPS). Desde 1992, a especialidade “Odontologia Social” recebeu nova denominação, a de “Odontologia em Saúde Coletiva” e as disciplinas de “Odontologia Preventiva e/ou Social” foram também denominadas “Odontologia em Saúde Coletiva”. No entanto, no Curso de Odontologia da UFSM, no momento da realização das entrevistas, estas disciplinas continuavam com a denominação de Odontologia Preventiva e Social. Assim, embora, no texto, apareçam as duas denominações, elas são tidas como sinônimos.

5.2.1- As Aulas Teóricas de Odontologia em Saúde Coletiva

Foram observados, nesse ponto, quais os conteúdos estavam sendo ministrados nas referidas disciplinas e quais os materiais e métodos estavam sendo utilizados, pelos docentes, para o desenvolvimento das atividades teóricas. Além disso, procurou-se observar as idéias associadas (dos entrevistados) ao que estava sendo feito. Para isso, a cada um dos entrevistados, foi solicitado fazer um apanhado geral dos conteúdos que ele estava desenvolvendo em suas aulas teóricas⁷⁰.

Assim, na disciplina de Odontologia Preventiva e Social I, quando o aluno tem o primeiro contato com conteúdos ligados à parte profissionalizante, os docentes referiram que são trabalhados os seguintes assuntos: (1) conhecimentos relativos ao cirurgião-dentista e sobre a profissão odontológica; (2) os conceitos de saúde, de saúde pública e de saúde coletiva (3) processo de evolução da saúde pública; (4) recursos humanos em Odontologia; (5) a questão do mercado de trabalho, (6) ética em Odontologia e exercício ilegal da profissão. Ainda, no primeiro semestre *“o aluno tem aula assim de... uma visão da Odontologia, políticas de saúde, falamos sobre SUS”* (docente 2).

Os docentes fizeram algumas observações sobre aos conteúdos abordados. Deste modo, salienta-se a necessidade e a importância de trabalhar com o conceito de ‘saúde’ no primeiro semestre, no início da formação do cirurgião-dentista:

“Porque, normalmente, o aluno vem com essa idéia muito quadrada, assim, muito fechada do que seja saúde, principalmente no aspecto de ausência de doença. E, principalmente, no fato de que eles não têm trabalhado ainda na cabeça que a saúde tem vários condicionantes ao seu redor, que não são biológicos, que não químicos, que não são somente individuais. Então, eu procuro trabalhar dessa forma, no sentido de fazer com que o conceito, pelo menos, seja conhecido o conceito de saúde”. (docente 4).

⁷⁰ Tendo em vista a possibilidade de existirem mudanças e adaptações com relação à ementa e ao programa de cada uma destas disciplinas, optou-se por apontar os conteúdos estudados de acordo com o que foi manifestado pelos entrevistados (e não por aqueles presentes nos programas das disciplinas, os quais estão disponíveis nos anexos 6, 7 e 8). Desta maneira, os conteúdos aqui apresentados não necessariamente correspondem a unidades específicas e nem obedecem, obrigatoriamente, à seqüência em que são ministrados.

Ficou em evidência, a pertinência dessa visão mais geral da Odontologia para os acadêmicos do primeiro semestre, também no sentido de que estes sejam alertados com relação à possibilidade do profissional atuar conjuntamente com outros membros de uma equipe de saúde bucal (embora eles não tenham a oportunidade de praticar isso durante a formação) e, em acréscimo, com relação aos aspectos éticos do exercício profissional (houve, nas entrevistas, manifestações de outros docentes acerca do exercício ilegal da profissão por acadêmicos):

“Eu fiquei com a parte de recursos humanos, pra dizer pro aluno de primeiro semestre que, no início (...), o dentista era um profissional solitário. Atualmente, trabalha a quatro mãos, ou até a seis mãos, dependendo da condição. Isso aí, já pro primeiro semestre. Eu já fico falando, pra eles saberem que eles não vão ser só eles, como eles são aqui dentro, durante o curso, que, às vezes, trabalham em dupla. Mas, na verdade, trabalham relativamente sós”. (docente 10).

“Já falo, no primeiro semestre, o que é o exercício ilegal da profissão, que é muito convidativo, quando o cara passa do primeiro semestre, já começar a querer ganhar dinheiro escondido na sua terra, no consultório do irmão, do pai. É perigoso, não é? Eles têm que saber que eles tão incorrendo num erro”. (docente 10).

Já, na disciplina de Odontologia Preventiva e Social II, os alunos têm o primeiro contato com pacientes, por meio de atividades clínicas, nos quais aprendem a identificar as duas doenças bucais mais prevalentes, a doença cárie e as doenças periodontais e passam a executar medidas de prevenção e educação em saúde. Desta forma, os conteúdos trabalhados nas aulas teóricas relacionam-se com aqueles necessários para o desenvolvimento das atividades clínicas.

São ministrados, então, nesta disciplina, os seguintes assuntos: (1) os fundamentos históricos e estudo dos modelos de prática da Odontologia (o modelo cirúrgico-restaurador, o modelo preventivo ou preventivista e o modelo de promoção de saúde); (2) epidemiologia das doenças bucais (a distribuição das doenças bucais na população); (3) a etiopatogenia da doença cárie (estudo da doença cárie, seus mecanismos etiopatogênicos, os fatores determinantes e os fatores moduladores do processo de doença); (4) a relação entre dieta e cárie dentária; (5) diagnóstico da cárie; diagnóstico das lesões cavitadas, não cavitadas,

ativas e inativas; (6) diagnóstico da presença de placa dental; (7) controle mecânico do biofilme dental; deplacagem pelo profissional; e pelo paciente; (8) educação/orientação/motivação para a higiene dental; (9) controle químico do biofilme dental; (10) diagnóstico e opções de tratamento da cárie em superfícies oclusais; (11) mecanismo de ação e uso do flúor; (12) toxicologia do flúor; (13) estudo da normalidade e das alterações dos tecidos gengivais e índices de alterações gengivais.

Os docentes salientam que nessa disciplina são abordados os conteúdos referentes à Odontologia Preventiva, tanto em relação à doença cárie (ou seja, são estudados os fundamentos da Cariologia) quanto em relação às doenças periodontais. O aluno tem acesso a uma gama de informações (há uma grande quantidade/ variedade de conteúdos a serem expostos, os quais estão fundamentados em muitos estudos e pesquisas sobre Odontologia Preventiva, em todas as suas interfaces). Há uma preocupação com o embasamento teórico dos alunos justamente pelo fato de que eles começam a aplicar esses conhecimentos nas aulas práticas da disciplina.

Por fim, na disciplina de Odontologia Preventiva e Social III, quando os alunos estão mais próximos do final do curso, são ministrados assuntos relativos a: (1) orientação profissional; (2) mercado de trabalho em Odontologia/escolha do local de trabalho; (3) economia profissional/custo de hora clínica; (4) pessoal auxiliar em Odontologia; (5) ética profissional; (6) planejamento em saúde coletiva; (7) educação em saúde; (8) Sistema Único de Saúde. Percebe-se, assim, que os assuntos estão bastante relacionados com a orientação do profissional egresso, no sentido de que o aluno esteja instrumentalizado para enfrentar o mercado de trabalho e saber se posicionar melhor diante das situações que poderão surgir, tanto na esfera pública quanto na privada.

Houve manifestações quanto a relevância dos assuntos abordados nessa disciplina, tendo em vista que o aluno está terminando seu curso de graduação e, muitas vezes, ele não está percebendo isso. Alguns assuntos estão mais ligados à futura atuação do egresso em consultório particular, como é o caso da escolha do local de trabalho e dos fatores envolvidos na manutenção da clientela no consultório, bem como do custo da hora clínica para o cirurgião-dentista, evidenciando uma preocupação de que o aluno tenha subsídios para atuar na esfera privada:

“Do mercado de trabalho, eu falo sobre a escolha do local, o que infere na escolha, a parte de porque a gente perde pacientes. O camarada, de repente, tem uma clínica razoável e começa a perder [pacientes]: por que? o que ele cometeu? porque ele deve ter feito alguma coisa, não é?”. (docente 10).

“Tem uma aula que eu dou sobre custo de hora clínica. Faz anos que eu dou essa aula (risos). Os alunos vem dizer que saem apavorados, (risos) que tinha que dar essa aula antes, porque eles nunca tiveram idéia de como... de quanto custa assim ser dentista (risos). E isso, às vezes, é frustrante pra eles, não é? (risos)” (docente 2).

No entanto, houve manifestações também quanto à necessidade de que o aluno seja estimulado a conhecer melhor os aspectos da práxis na esfera pública, ou seja, que ele tenha conhecimento do Sistema Único de Saúde, tenha subsídios para desenvolver ações de educação em saúde e, também, que ele possa planejar em Saúde Coletiva, salientando que há uma maior preparação, no Curso de Odontologia, para a elaboração do “plano de tratamento de um indivíduo” e não para a elaboração do “plano de tratamento para uma comunidade” (âmbito individual *versus* âmbito coletivo):

“A preocupação é mais no sentido de [os alunos] trabalharem efetivamente na questão de como planejar na saúde coletiva: que tipo de características, que tipo de elementos são necessários num planejamento, porque, como aqui... como o curso e, na maioria dos cursos, a ênfase é mais clínica, o aluno pode até ter uma noção muito boa, a respeito de como fazer um plano de tratamento bucal, mas, na hora de planejar algo maior, em que envolve uma série de outros fatores, em termos de comunidade... Então, esse processo de conhecimento precisa acontecer”. (docente 4).

Os docentes também referiram-se ao fato de que os alunos, muitas vezes, no sétimo semestre, não estão “muito interessados” e não “valorizam” os conteúdos da disciplina de OPS III, pois ainda falta um ano para o término da graduação. Nesse sentido, a escolha do momento do curso para fazer a abordagem sobre o Sistema Único de Saúde é ilustrativa:

“Porque, hoje, a Odontologia é nove semestres (...) e essa parte de orientação profissional é dada no sétimo semestre. Muitas vezes, no sétimo semestre, o aluno não tá nem querendo saber: eu vou falar sobre escolha do

local de trabalho e ele não tá querendo saber, tá ainda... não se deu conta ainda que tá na hora de [sair]”. (docente 2).

“Ainda estou em dúvida, tô experimentando sempre qual é a melhor fase do curso pra eu enfatizar a questão toda do Sistema Único de Saúde. Porque, até então, eu vinha fazendo no sétimo semestre, faltava um ano pra formatura. E aí, claro, falta a habilidade do professor, mas o aluno não... parece que não enxerga muito bem a importância daquilo. Aí, quando ele chega no nono semestre, ele parece que aí tá visualizando: puxa! provavelmente eu vou tá trabalhando no serviço público. Aí, ele já se informa que existe um concurso em tal lugar, aí ele vê que o conteúdo da prova é tal e aí, ele volta pra disciplina: nossa, e agora? o que eu faço?”. (docente 4).

5.2.1.1 Materiais Didáticos e Métodos utilizados nas Aulas Teóricas de Odontologia em Saúde Coletiva

Quanto aos materiais utilizados nas aulas teóricas, percebeu-se que não há um único tipo de material didático em uso, pelo contrário, existe uma abordagem bem diversificada e de acordo com a idéia de cada docente, sendo que os mais usados são os slides e as transparências. Alguns docentes referiram que em determinadas aulas utilizam apenas quadro negro e giz e, noutras, não utilizam nenhum recurso tecnológico/audiovisual. A escolha por um ou outro tipo de material didático foi referida como estando relacionada com o assunto da aula. Deste modo, para aquelas aulas em que é necessário ilustrar procedimentos, técnicas ou casos clínicos, são preferidos os slides:

“Claro, que quando é a parte clínica, que tu tem que mostrar dente em si, e hoje, por exemplo mesmo, eu utilizei porque eu tinha que mostrar forma de escovação, maneira de escovação, mostrar escova, mostrar escova interdental, fio dental, métodos diferentes e outros acessórios pro controle mecânico, aí tudo bem, é bom a gente utilizar audiovisual”. (docente 11).

Outros docentes comentam acerca dos motivos pelos quais têm preferido utilizar as transparências para ministrar as suas aulas, inclusive relativos às condições de luminosidade (estrutura física do prédio) e à mudança observada em relação à própria participação discente nas aulas:

“[utilizo] mais lâminas (...). A transparência dá uma condição melhor, até por causa do tipo de salas que a gente tem. Porque o slide, se não tiver escuridão total, ele perde muito na qualidade e a transparência, meia luz, já dá (...). A transparência a gente renova com mais rapidez, também, mais facilidade”. (docente 10).

“Existe uma tendência de se usar sempre o slide (...). Então, no início, eu entrava por esse caminho. Depois, eu comecei a achar que isso não... ela se torna uma aula expositiva e ela é uma aula expositiva que, além de ser unilateral, ela ainda escurece uma sala inteira e tu não enxerga nem o teu interlocutor. Então, isso me incomoda. Sempre me incomodou esse tipo de coisa (...). Eu voltei a usar transparências, porque aí, eu tenho duas coisas: primeiro, eu construo ela no momento que eu quiser e, segundo, eu não preciso escurecer a sala e, pra mim, isso é uma das coisas melhores que tem”. (docente 4).

Neste sentido, não esquecendo que a universidade pública enfrenta limitações das mais diversas, observou-se que os docentes procuram desempenhar, da melhor maneira possível, as atividades de ensino, procurando adaptar-se tanto em relação às limitações da universidade, quanto às respostas dos alunos frente aos materiais didáticos utilizados. Houve manifestações, também, no sentido de que a utilização de recursos audiovisuais/tecnológicos pode contribuir para o desenvolvimento das atividades, mas que não é imprescindível:

“Eu tenho utilizado slides (...). Até tem uma das aulas que eu não utilizo nada: eu converso com eles, explico e escrevo no quadro (...). Eu acho que o professor não tem necessidade de ter sempre o material audiovisual”. (docente 11).

“Nós não temos nenhum motivo pra ser definitivamente pessimistas. A universidade passa por problemas, nós temos dificuldades até de projetores de slides, às vezes. Tem sido, na medida do possível, saneadas essas dificuldades. Não ocorre o ideal, que seria cada disciplina ter seu projetor multimídia, cada professor com o seu computador portátil, atualiza a sua aula com a última literatura e amanhã tá disponível pra projetar na... [aula], não é? Isso também seria um tecnicismo. Nós estaríamos nos apoiando muito em recursos técnicos, que não são efetivamente tão imprescindíveis assim”. (docente 14).

Já, em relação ao “como” estão sendo ministradas as aulas teóricas, os docentes demonstraram preocupação e interesse em, na medida do possível, adotar metodologias diferenciadas para o ensino de Odontologia em Saúde Coletiva, tanto em oposição às aulas tradicionais, principalmente através da realização de seminários, quanto em complementaridade àquelas, estimulando a participação dos alunos nas aulas expositivas, por meio do fomento às discussões, à utilização de exemplos concretos sobre a práxis profissional e estimulando a leitura prévia dos assuntos a serem trabalhados. As aulas teóricas/expositivas, no entanto, são fundamentais:

“A gente não pode fazer toda a matéria dessa forma [por meio de seminários], porque aí eu não teria como aprofundar, eu não teria como jogar a opinião de diversos autores acerca do mesmo tema. E, então, a gente faz isso com alguns temas escolhidos, que variam de semestre pra semestre e as outras aulas a gente faz sempre estimulando leitura prévia, a gente avisa qual vai ser o próximo assunto (...). Depois, quando a gente vai ministrar a aula, aí, usando a exposição dialogada, interrompida por eles, questionada, eles vão ter a oportunidade de questionar aquilo que eles leram e tal”. (docente 14).

De um modo geral, os docentes estão gostando de desenvolver seminários e pontuaram alguns aspectos positivos em relação a essa metodologia, pois os alunos, além de estudar determinado assunto, são estimulados a fazer uma análise crítica sobre o conteúdo, têm que preparar e apresentar o material produzido e, desta forma, começam a treinar para se comunicar em público e para apresentar trabalhos científicos. Além disso, os docentes demonstraram estar satisfeitos com os resultados obtidos com os seminários:

“Seminários também a gente já experimentou várias formas e tem funcionado muito bem, porque o aluno... é a hora que ele se identifica (...). Naquele momento do seminário, a participação tem sido muito boa, tem dado uma resposta muito boa (...), tanto no primeiro semestre quanto no sétimo semestre (...). A gente determina os títulos, eles vão a campo. A gente dá orientação, faz quase um script do que ele tem que investigar e vem pro seminário (...). Eles têm tido trabalhos magníficos”. (docente 10).

“A gente utiliza os seminários, sim (...), pra que no final do semestre fizéssemos a reunião, então, dos grupos, que cada um fez o seu trabalho e fizesse a discussão. E aí é que tá, pra mim, o momento mais rico do processo, porque aí é uma troca de experiências e troca de opiniões. E já aconteceu duas vezes, em que a discussão foi tão boa, e de repente não houve tempo [porque a sala teve que ser desocupada]”. (docente 4).

Os docentes também colocaram que têm procurado assumir outras posturas perante os alunos, no sentido de estimulá-los a participarem das aulas, pois assim há uma troca de idéias e de opiniões, diferente das metodologias tradicionais em que o professor discorre sobre um determinado assunto (posição ativa) e os alunos apenas assistem/escutam a explanação (posição passiva):

“Sempre que eu vou falar sobre um assunto, eu procuro exemplos concretos, fatos referidos por ex-alunos, ou por colegas, por profissionais já formados há algum tempo e provoço [a participação dos alunos] (...), pra não ficar muito cansativo: só falar, falar, falar, falar...”. (docente 10).

“Bom, então, na prática, a aula expositiva tá sendo assim quase que predominante. Mas, eu estou começando a mudar também esse processo (...). Já faz um ano que eu tenho começado a mudar o processo de aulas, no sentido de fomentar mais a discussão. Então, sem usar nenhum recurso tecnológico, procurando deixar a sala de aula num formato de roda, digamos assim, todo mundo olhando pra todo mundo, sem essa de professor lá em cima e aluno sentado, professor de pé”. (docente 4).

Houve, inclusive, um apontamento sobre a experiência de que a própria disposição das cadeiras em sala de aula (em círculo, ao invés da disposição tradicional) pode, conjuntamente com a postura do professor, contribuir para uma maior participação dos alunos:

“Olha, eu tive essa experiência [de mudar a disposição das cadeiras da sala de aula]. Esse semestre eu fiz isso com (...) o primeiro semestre. Geralmente, o aluno do primeiro semestre é muito mais tímido, ele é mais retraído e eu tive uma satisfação enorme em, de cara, no primeiro dia de aula, fazer esse processo e eu tive uma resposta maravilhosa, um monte de alunos falando. Isso é raríssimo no primeiro semestre. Eu nunca tive essa

experiência. Então, de repente, todo mundo tinha uma opinião e opiniões firmes (...). E, aí, achei maravilhosa a experiência”. (docente 4).

Os entrevistados salientaram, também, que este exercício da participação do aluno tem sido bom tanto para os alunos quanto para os docentes, pela discussão desencadeada e pela troca de idéias. Em acréscimo, o estímulo para que os alunos possam expor suas idéias e seus pontos de vista, bem como a disponibilidade do professor em estar “ouvindo” os alunos enriquecem bastante a forma de exercer as aulas teóricas:

“Nós temos feito também. Normalmente, no sétimo semestre (...), a gente sempre manda também fazer. Faz seminários, discussão com os alunos e até tem sido muito bom isso aí (...). Então, há uma troca de informações com eles, não é? (...). É bom isso aí”. (docente 2).

“E aí, eu trouxe pra cá isso [o estímulo à participação]. Eu pensei assim: puxa, mas eu tenho que dar oportunidade pras pessoas falarem. E eu tô vendo que isso dá certo. Não é em todas as turmas, cada turma tem a sua característica, mas eu tenho visto que, na maioria das vezes, a gente dá oportunidade pras pessoas falarem e ter alguém ouvindo, é uma das coisas melhores que tem”. (docente 4).

Por fim, os docentes destas disciplinas foram questionados se acreditavam que os materiais/métodos didáticos utilizados nas aulas teóricas poderiam interferir na aprendizagem dos alunos. Houve consenso, no sentido de que todos responderam à questão afirmativamente. Há a idéia de que a diversidade de materiais e métodos pode facilitar o processo, porque tem havido uma boa resposta e os docentes referiram ter observado mudanças de comportamento, em relação a uma menor/maior participação dos alunos, de acordo com os materiais/métodos utilizados em determinadas aulas, o que, por sua vez, já é um indicativo de que está havendo algum tipo de interação:

“Eu acho que interfere. Interfere sim, porque se tu conseguires utilizar uma metodologia que envolva o aluno, que faz com que o aluno, pelo menos, preste atenção ou se interesse pelo assunto, isso já leva a uma mudança”. (docente 4).

“Eu acho que quanto mais os métodos forem diferenciados, melhor. Porque se a gente utilizar sempre o mesmo, só daquela forma, aquilo fica muito condicionado. Os alunos, no final das contas, acabam que se não é daquela forma, eu acho que eles têm dificuldade depois de compreender, porque não foi daquele jeito que eles começaram e seguiram até agora, aprendendo daquela forma, só com slides... só com slides... Então, eu acho que a diversificação de métodos pra dar as aulas... eu acho que é bem importante e facilita mais o aprendizado”. (docente 11).

5.2.2.- As Aulas Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva

Foram observados, nesse ponto, de que maneira (o que/ como) estavam sendo realizadas as atividades práticas das disciplinas de Odontologia Preventiva e Social II e III, bem como as idéias associadas dos entrevistados sobre o que estava sendo feito. Em acréscimo, foram contempladas algumas referências dos docentes sobre o que foi feito em outros tempos e alguns dos seus anseios, ou seja, como eles gostariam que acontecessem essas aulas práticas.

5.2.2.1- A Operacionalização das Atividades Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva

Na formação específica em Odontologia em Saúde Coletiva, os alunos realizam atividades práticas em dois momentos distintos do curso: no segundo semestre, vinculados à disciplina de Odontologia Preventiva e Social II e, no sétimo semestre do curso, vinculados à disciplina de Odontologia Preventiva e Social III⁷¹.

É possível afirmar que as aulas práticas dessas duas disciplinas estão bastante ligadas a uma clínica odontológica extramuros da universidade, situada no Colégio Estadual Irmão José Otão, localizado num bairro relativamente distante do prédio onde funcionam as clínicas e o ciclo profissionalizante do curso de Odontologia da UFSM.

Na disciplina de OPS II, os acadêmicos atendem alunos (crianças) do referido colégio na clínica extramuros, realizando principalmente ações de diagnóstico e de

⁷¹ Chama-se a atenção para o fato de que todas as informações apresentadas se referem ao que estava sendo realizado no momento em que as entrevistas foram feitas (segundo semestre letivo do ano de 2004), o que não significa dizer que tenha sido feito desta maneira em outras épocas (o que, de fato, foi referenciado sendo dito que houve alterações em relação ao que foi realizado no primeiro semestre letivo do ano de 2004) .

prevenção das doenças bucais. A atuação é condizente com os conteúdos desenvolvidos nas aulas teóricas, pois este é o momento em que acontece o primeiro contato dos alunos de Odontologia com os pacientes, ou seja, os alunos têm a possibilidade de aplicar os conceitos e técnicas aprendidas (ou, pelo menos, vistas) na teoria.

O atendimento oferecido às crianças, apesar de contemplar ações preventivas, de educação e de motivação para os cuidados com a saúde bucal, está restrito a uma abordagem individual, ou seja, cada criança é atendida/acompanhada por um ou mais alunos. De certa forma, não houve grandes divergências entre os entrevistados a respeito de como estão sendo realizadas essas atividades práticas, pois o fato dos acadêmicos estarem iniciando, tanto na teoria quanto na prática da Odontologia, limita, por assim dizer, o escopo de atividades passíveis de serem realizadas, uma vez que eles não tiveram outros conhecimentos e nem outras experiências de prática odontológica.

A retomada da formação específica em Odontologia em Saúde Coletiva volta a acontecer no sétimo semestre do curso de Odontologia, quando os alunos praticamente já tiveram conhecimentos e experiências em grande parte das especialidades odontológicas (ver anexo 5), por meio da disciplina de Odontologia Preventiva e Social III. Ou seja, os alunos que voltam para essa disciplina já apresentam uma maior bagagem, pois vivenciaram situações diversas, com o atendimento de pacientes nas clínicas do curso (pelo menos há noções clínicas de Dentística, Periodontia, Endodontia, e Cirurgia). A formação em Odontologia em Saúde Coletiva (Odontologia Preventiva e Social) vai acontecendo, assim, simultaneamente com a formação nas especialidades odontológicas.

Na disciplina de Odontologia Preventiva e Social III, as atividades práticas estavam acontecendo em espaços diferentes: uma parte dos alunos desenvolvendo atividades na clínica extramuros do Colégio Irmão José Otão e outra parte desenvolvendo suas atividades numa Escola Infantil e apoiando um projeto com idosos. Os seguintes trechos são ilustrativos da organização das atividades práticas das disciplinas de Odontologia Preventiva e Social II e III:

“Hoje, por exemplo, lá no [Colégio] Irmão José Otão atendem os alunos do segundo semestre. Eles fazem toda a parte preventiva (...). Então, no segundo semestre, eles só fazem a parte preventiva na realidade. Nós temos os alunos do sétimo semestre, na Odontologia Social, e que, então, já fazem atendimento das crianças”. (docente 2).

“Os alunos do segundo semestre, da Odontologia Preventiva e Social II, como o programa deles é o estudo da cárie dentária como doença, eles tão trabalhando aqui [na clínica do Colégio Irmão José Otão], aprendendo a identificar [a doença cárie] nos sítios dentários e no paciente. Os alunos do sétimo semestre (...), nesse semestre, eles estão trabalhando aqui na escola, fazendo clínica (...) e vão começar atuar nas turmas, fazendo a parte de educação (...). Há um grupo que tá... há dois grupos [de alunos], um da turma de quarta-feira e outro grupo da turma de sexta-feira que tão atuando com a professora (nome da professora) em outras entidades de ensino”. (docente 14).

Em conformidade com os entrevistados, uma parte dos discentes estava realizando atividades na clínica extramural no Colégio Irmão José Otão, as quais englobavam tanto atividades clínicas quanto atividades educativas e preventivas (estas não necessariamente na mesma população que receberia atendimento clínico) em crianças da escola. Inicialmente, foi realizado um levantamento epidemiológico e, de posse dos resultados, foram traçadas metas em relação às ações a serem atingidas: executar atendimentos a escolares e também fornecer orientações de educação/prevenção em saúde bucal em sala de aula, tentando englobar, além das crianças e professores, os pais, visando, assim, ultrapassar os limites da escola:

“A gente resolveu dar uma maior atenção à escola, o Otão (...). A gente vai fazer uma escala [dos alunos] onde, além das crianças que estão sendo atendidas, que foi feito um levantamento [epidemiológico] das turmas pra serem atendidas, essas turmas vão receber orientação na sala de aula. Então, assim, os alunos vão participar das duas formas: tanto na clínica, quanto na parte de sala de aula”. (docente 11).

“Os alunos do sétimo semestre (...), nesse semestre, eles estão trabalhando aqui, na escola, fazendo clínica (...) após um levantamento epidemiológico, estabelecendo as metas populacionais do grupo de crianças que eles estão tendo como meta atingir. Estabelecer estratégias clínicas e não clínicas, não é? E vão começar atuar nas turmas, fazendo a parte de educação, procurando, de uma maneira limitada, mas procurando acessar os familiares, também”. (docente 14).

Aconteceriam diferenças em relação à outra parte da turma que estava realizando atividades em outros espaços (numa escolinha infantil e num centro de apoio a idosos), pois

os processos de trabalho nestes seriam diversos daqueles realizados na clínica do Colégio Irmão José Otão:

“Nós estamos na seguinte situação: a disciplina possui uma clínica modular numa escola estadual. Lá tem dez cadeiras odontológicas e o aluno é inserido num processo de trabalho clínico, com envolvimento na parte educativa e preventiva de outras crianças, que não exatamente aquelas atendidas na clínica. Em função dessa limitação do espaço e uma série de outras características que eu faço da minha avaliação do processo de trabalho lá, e pelo fato de que as experiências deles iam ser mais diferentes (...), eu trouxe a proposta pra disciplina (...) no sentido de que, dentro dos projetos de extensão desenvolvidos, eu pudesse levar alguns alunos, por opção (...). Então, eu consegui, através desses projetos, um com uma escola infantil e outro com o projeto de idosos (...), inserir os alunos de forma curricular, através dessas duas situações. Então, a gente tá também trabalhando um outro tipo de abordagem que, daí, não é a cadeira odontológica, não é o procedimento clínico”. (docente 4).

Alguns docentes salientaram que, através da clínica do colégio há a possibilidade do aluno entrar em contato com a comunidade e contemplar as necessidades da população escolar atendida tanto de educação/prevenção, quanto de atendimentos clínicos. Chama-se a atenção para o fato de que a escola também demanda (buscando um retorno) pelos atendimentos clínicos:

“Quando eu passei pela disciplina, não existia essa clínica inserida numa comunidade escolar, que eu considero essa clínica uma grande oportunidade pra trabalhar aquele diagnóstico integral (...). Eu acredito que hoje isso evoluiu bastante, porque nós estamos trabalhando quase que diuturnamente dentro de uma comunidade, fora dos muros da universidade”. (docente 14).

“Agora, esse semestre, (...) eles [os alunos] tão planejando, já tá numa fase de planejamento, em atuar nas salas de aulas pros alunos [do colégio], pros professores e, também, tentar atingir a comunidade, que seriam os pais, e a clínica junto. Tudo junto, interagindo, pra que haja uma resposta, porque, não adianta ter também só essa parte comunitária, porque eles [a comunidade escolar] vão querer um retorno da gente, na parte clínica. Como lá nós temos essa oportunidade, a gente tá atuando das duas formas”. (docente 11).

Assim, ao mesmo tempo em que os alunos estariam vendo uma outra realidade, fora da universidade, estaria sendo dada uma atenção àquela comunidade (entendida como os familiares dos alunos, ou seja, os pais dos alunos), que teria, em parte, suas necessidades de assistência odontológica também sanadas:

“É, eu acho que tanto, como eu disse, pros alunos da Odontologia é importante porque eles têm o conhecimento (...), porque, na universidade, os atendimentos aqui, tem pessoas de várias classes sociais, embora mais, é baixa renda. Só que lá [na clínica do Colégio Irmão José Otão] eles têm como ver, assim, uma comunidade, não é? Como que essa comunidade tá sendo... enfim, ver a comunidade como um todo. Até porque, quando a gente fez o levantamento [epidemiológico], eles tiveram a oportunidade de ter uma noção [sobre a situação da comunidade] (...). A escola é grande e é um momento que a gente tem de poder tentar sanar, pelo menos, não digo tudo, mas quase que todos os problemas, na área odontológica, daquelas crianças. Então, eu acho que [é bom] tanto pras crianças, [que] tão tendo esse atendimento, quanto pros pais, que sabem que não tão tendo que procurar ir a postos de saúde (...), [pois] eles têm o atendimento ali a hora que eles querem”. (docente 11).

O que se pretende destacar, em relação às aulas práticas dessa disciplina é que não há consenso, entre os docentes entrevistados, quanto às atividades que os alunos vêm exercendo na clínica extramuros do Colégio. Alguns docentes ⁷² colocaram a necessidade de serem processadas mudanças (algumas relacionadas com: ampliação da cobertura, continuidade das ações; resolutividade dos tratamentos oferecidos e necessidade de trabalho conjunto com outros profissionais da saúde) na forma como está acontecendo esta abordagem e, também, questionaram em que medida ela estaria diferindo daquela que se processa nas clínicas do curso de Odontologia. Os seguintes trechos ilustram alguns desses aspectos:

“Não adianta, por exemplo, eu colocar uma clínica numa escola e trabalhar num modelo de prática exatamente igual de uma clínica daqui do curso. Que realidade é essa que eu tô modificando? Não tô modificando nenhuma, eu tô reproduzindo o que já existe”. (docente 4).

⁷² Refere-se à totalidade dos entrevistados.

“Então, a meu ver, você centrar a tua atenção numa escola e dizer que o modelo extramuros ideal é o da escola José Otão é um equívoco. Nós temos ali uma população extremamente manuseada, podemos assim dizer, ela foi... que dizer, ela experimentou, em vários momentos, a intervenção do aluno de Odontologia. Tão sendo refeitos tratamentos odontológicos, feitos por turmas anteriores”. (docente 5).

Por fim, chama-se a atenção para o fato de que na formação do cirurgião-dentista do curso de Odontologia da UFSM, não esta acontecendo, em termos de aulas práticas, a inserção do aluno no Sistema Único de Saúde. Desta maneira, não há a possibilidade destes alunos conhecerem e desenvolverem algum tipo de conhecimento em interação com a realidade das unidades de saúde.

5.2.3- Referências à Formação de Odontologia em Saúde Coletiva que aconteceu em Outros Tempos

São apresentadas, neste ponto, as referências dos docentes entrevistados sobre a formação em Odontologia Preventiva e/ou Social que se deu no passado, incluindo tanto as vivências deles como alunos, quando da graduação em Odontologia, quanto as suas experiências docentes nessas disciplinas.

Foram relatadas algumas experiências que já tiveram vez/espço na formação acadêmica do cirurgião-dentista na Universidade Federal de Santa Maria⁷³, passando por: (1) o atendimento de pacientes, oriundos de escolas da periferia da cidade, nas próprias clínicas do Curso de Odontologia, associado a uma abordagem educativa/preventiva em algumas comunidades, quando ainda não existia a clínica modular; (2) a atuação tanto na atual escola, onde vem sendo desenvolvida a maior parte das atividades práticas das disciplinas de OPS (Colégio Irmão José Otão), quanto em outra escola, localizada na

⁷³ Não há relação entre a ordem em que são citadas as experiências e a seqüência cronológica em que estas foram operacionalizadas no Curso de Odontologia.

periferia da cidade (Santa Marta); (3) a realização de trabalhos de educação/prevenção em escolas municipais de Santa Maria; e (4) a atuação, também educativa/preventiva, em escolas de outros municípios da região de Santa Maria.

Nesses relatos, alguns docentes exaltaram a riqueza das experiências que aconteceram fora dos “muros” da universidade. Neste sentido, houve uma manifestação (enquanto vivência acadêmica dentro das disciplinas) acerca dos trabalhos que foram realizados na periferia da cidade, em que os alunos, além de exercer as atividades preventivas e de educação em saúde, puderam agregar experiências no que tange a uma preparação tanto para se dirigir ao público, quanto para desenvolver ações coletivas, como é o caso do levantamento epidemiológico:

“Olha, a minha experiência, como aluna do curso de Odontologia, nesta disciplina, foi uma experiência muito rica, porque, na época, era uma atividade curricular, normal, o aluno de Odontologia sair daqui da escola. Na época não tinha, ainda, aquela clínica [do colégio Irmão José Otão]. Mas, tinha um semestre inteiro dirigido para o trabalho de educação e prevenção fora daqui, dos muros da escola. A gente trabalhava nas escolas municipais da cidade. Foi um trabalho que, pra mim, me marcou. Eu me lembro até hoje, foi a primeira vez que eu me dirigi a público, pra fazer uma palestra, foi a primeira vez que eu trabalhei num processo de levantamento [epidemiológico]. Enfim, uma execução, um trabalho assim, totalmente diferente que, talvez, na época, eu não tivesse aquela percepção do quanto isso iria me marcar. Mas, hoje, dentro do meu processo de trabalho, eu vejo o quanto foi importante aquilo, o quanto me ajudou em outras coisas”.
(docente 4).

Em consonância, o trecho a seguir, é ilustrativo da experiência, enquanto docente da disciplina de OPS, na execução de atividades de prevenção e de educação em escolas municipais da zona rural de um pequeno município da região de Santa Maria. Alguns alunos desenvolviam as atividades práticas da disciplina através desses trabalhos, tendo a oportunidade de conhecer uma realidade diferente daquela que acontece dentro da estrutura da universidade, tanto pelo fato dos alunos se deslocarem para outros municípios da região de Santa Maria (geralmente na zona rural destas cidades), quanto porque desenvolviam ações de saúde bucal, diferentes da assistência odontológica convencional, pois não dispunham de equipamentos odontológicos sofisticados:

“A gente começou um trabalho de prevenção nas escolinhas municipais de (tal cidade da região de Santa Maria), em que a prefeitura mandava uma Kombi aqui nos pegar e a gente ia como aula prática pra lá. Então, eu dividia a turma. Eu fiquei com um grupo (...). Foi um negócio tão gratificante para o grupo quanto pro município, que depois, outros municípios nos convidaram. Ficaram sabendo e tal e a gente foi (...). Era um trabalho de integração muito grande, inclusive com a prefeitura, com a escola onde a gente ia (...). No trajeto daqui até o local, até o município, era quase uma aula teórica. Então, eu sentava no meio deles [dos acadêmicos] ou sentava na frente e virava pra trás dizendo: nós vamos chegar numa escola, vai ter que ser assim: eu apresento vocês, vocês cumprimentam os diretores, professoras e tal, dando um [oi] pras crianças, mas já vão arrumando as classes, pra gente fazer o levantamento epidemiológico, no primeiro momento. Depois, a gente faz palestra. Depois um teatrinho, no final do trabalho. A peça eles escreveram, fizeram o script, as fantasias, tudo. Era divertidíssimo”. (docente 10).

Além disso, foi relatado que existia um envolvimento bastante grande dos alunos nessas atividades, pois, em muitos casos, havia a necessidade de que os alunos dispusessem de um dia inteiro para poder viajar até outro município (a aula prática da disciplina acontecia em um turno, geralmente pela tarde e esta atividade de campo geralmente levava o dia inteiro). Assim sendo, muitos acadêmicos “sacrificavam” o turno de folga (neste caso, a manhã em que não tinham outras aulas) que dispunham para poder participar. Em acréscimo, sobre os resultados desses tipos de atividade, houve o apontamento de que os próprios alunos que tiveram contato com essas experiências, em encontros até mesmo após a formatura colocaram que estas atividades tinham sido proveitosas, porque em sua prática atual, enquanto cirurgiões-dentistas, eles haviam encontrado situações semelhantes àquelas:

“O resultado que a gente ouve, que eu ouvi dos alunos (...), que depois de formados eles ainda [falam]: “bah, eu lembro quando a gente viajava. Como foi bom aquilo (...). Foram experiências que eu tive e que eu tô vendo na minha vida profissional agora, porque a região que eu tô é parecida com aquela que a gente foi lá”. Porque é aquela atividade num município pequeno e que é bem a realidade que a maioria deles [dos alunos] vão encontrar [depois da formatura]”. (docente 10).

Ao ser questionado o porquê da interrupção desse tipo de atividade nas aulas práticas, a postura avaliativa negativa de outros professores do Curso de Odontologia, acerca do trabalho que era realizado, pareceu ter interferido bastante, uma vez que essas atividades foram criticadas como sendo “passeios” durante a aula.

Assim, a despeito da não continuidade destas atividades de âmbito comunitário nas escolas de Santa Maria e dos municípios da sua região, bem como dos fatores envolvidos para que elas fossem suspensas, os docentes que tiveram experiências nesse sentido enfatizaram que elas foram bastante produtivas, pois além de contribuir para a formação dos alunos (eles aprendiam tanto a executar ações de levantamento epidemiológico, a se posicionar perante uma comunidade escolar para realizar palestras, a organizar as palestras, quanto eram desafiados a produzir peças de teatros e todos os artefatos aí envolvidos para a motivação das crianças, o que, por si só, já era um estímulo à criatividade) houve a confecção de relatórios técnicos dos trabalhos realizados e a democratização de conhecimentos sobre cuidados de higiene oral/prevenção das doenças bucais para populações que dificilmente teriam acesso a esse tipo de informações.

5.2.4- Respostas sobre a Inserção dos Alunos de Odontologia nos Serviços Públicos de Saúde

Ainda, os docentes foram questionados se os alunos das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva tinham algum contato com unidades de saúde do SUS. Este processo não estava acontecendo no momento da realização das entrevistas. Entretanto, alguns docentes comentaram sobre as experiências que o Curso de Odontologia teve em inserir os alunos, por meio de estágios⁷⁴, nos serviços públicos de saúde. Foram destacados fatores que dificultaram a continuidade deste tipo de atividade: (1) por, principalmente, problemas com os profissionais cirurgiões-dentistas que atuavam nos serviços; (2) problemas relativos à falta de docentes para realizar o acompanhamento dos discentes nas unidades e (3) a

⁷⁴ De acordo com Unfer (2000), no ano de 1996, foram buscados espaços em serviços públicos para o estágio dos alunos de Odontologia da UFSM. Foram selecionados diferentes locais e, mediante a visita do coordenador do curso e a concordância do cirurgião-dentista do setor, o estágio era acertado. Assim, em 1999, havia nove locais fora da universidade como opções para o estágio. No entanto, essas atividades foram suspensas a partir do ano 2000, sendo que os fatores aí relacionados não estavam, de acordo com a autora, formalmente documentados no curso (Unfer, 2000).

possível negligência dos alunos em freqüentar as atividades (no entanto, questionada pelo próprio docente que a afirmou). Sendo assim, este sistema não funcionou:

“Nós tivemos alguma experiência (...). Eu participei de uma outra reforma curricular, de inserir os nossos alunos na rede pública, tá? O que aconteceu foi que os dentistas da rede pública botaram os alunos a correr (risos) (...). E impediram por que? Primeiro lugar, porque se o dentista tinha que ficar quatro horas e o horário dele seria quatro horas, ele atendia dez fichas em meia hora e ia embora. Com os alunos lá, ele teria que cumprir o horário, tá? Já não gostava por aí. Acabava (risos), ele mandando os alunos embora. Praticamente, botaram a correr os alunos. Então, não funcionou nesse sistema”. (docente 2).

“Só não teve continuidade, foi suspenso, porque nós tivemos dificuldade de supervisão por parte dos professores, não é? Não se conseguia gente [suficiente pra acompanhar] (...). Alguém, um professor disse que os alunos não iam e tal. Não sei se era [tanto assim]”. (docente 10).

Um dos docentes fez também um apontamento, em relação à tentativa de operacionalizar esta inserção dos alunos nos serviços públicos em um espaço diferenciado, a policlínica do Exército, mas os problemas aconteceram com os pacientes que eram atendidos nessa clínica (dependentes dos militares), os quais não aceitavam que os alunos presenciassem os seus atendimentos odontológicos:

“Nós tentamos, por exemplo, no HGU [Hospital Militar], não é? No Exército, com uma policlínica maravilhosa lá. Só que os pacientes não admitem ter um aluno ali olhando”. (docente 10).

Por fim, também foi evidenciada a tentativa de negociar, junto à prefeitura, a inserção dos alunos nas unidades públicas de saúde. Para tanto, foi realizada uma reunião em que o Curso de Odontologia disponibilizaria, em contrapartida à inserção dos acadêmicos, cursos para a atualização, nas mais diversas especialidades (não necessariamente naquelas que estão disponíveis nos serviços) para os cirurgiões-dentistas da rede. Em que pese a expectativa gerada com o ambiente agradável em que aconteceu a reunião, o resultado último foi assim comentado:

“Numa ocasião, a gente fez uma proposta pra prefeitura, inclusive, oferecendo, em contrapartida, cursos de reciclagem pros profissionais (...). Então, poderia ser branqueamento, que ele [o cirurgião-dentista do serviço] vai usar no consultório dele, particular, ou restaurações, materiais fotopolimerizáveis (...), primeiros procedimentos em endo, por exemplo (...). Gostaram muito da proposta, nunca nos pediram e ainda barraram a entrada dos nossos alunos nos postos”. (docente 10).

5.2.5- Alguns Anseios dos Docentes sobre as Aulas Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva

No transcorrer das entrevistas os docentes mencionaram algumas idéias sobre como deveriam e/ou poderiam acontecer as atividades práticas das disciplinas de Odontologia Preventiva e Social, as quais foram selecionadas e reunidas neste tópico.

Houve apontamentos sobre a necessidade de serem feitas melhorias na forma como está acontecendo as ações e os atendimentos na clínica extramuros do Colégio Irmão José Otão, nos seguintes aspectos: (1) englobar não só os alunos do colégio, como tentar acessar os seus familiares, na expectativa de caminhar no sentido do atendimento da comunidade; (2) avançar para que sejam fornecidos atendimentos por alunos de outros cursos da área da saúde, não somente os de Odontologia - semelhante ao PSF; e (3) feito isso, fornecer atendimentos continuamente no local, pois nos meses de férias escolares da universidade a comunidade fica desassistida. Os seguintes trechos foram selecionados:

“Agora, no início, no próximo semestre (...), a clínica do Irmão José Otão é pra funcionar, não só atendendo as crianças do colégio, mas, as famílias delas. Eu acho que é um grande ganho que vai ter lá. Então, seria para atender aquela comunidade toda. Eu acho que tem que ir além. Eu acho que (...), além do tratamento odontológico, tem que ter... nós temos que entrar lá e fazer um modelo, naquela clínica do Irmão José Otão, aonde os alunos da Medicina trabalhassem, os alunos da Fonoaudiologia trabalhassem, Enfermagem. Então, que nós fizéssemos um atendimento... não pensar só no atendimento odontológico, pensar no atendimento global daquela região. Acho que seria o ideal”. (docente 2).

“O ideal é que nós consigamos fazer lá [na clínica do Colégio Irmão José Otão] funcionar tipo o PSF, não é? (risos) Naquela clínica, onde teria um atendimento global, não só da Odontologia”. (docente 2).

Num outro ponto de vista, houve a idéia de que poderia acontecer uma abordagem conjunta, onde continuaria (há a idéia de que “deveria continuar”) acontecendo a inserção dos alunos na clínica extramuros e se buscaria, também, a inserção em outros espaços, de modo que os acadêmicos de Odontologia pudessem, também, conhecer outras formas/processos de trabalho em espaços diversos:

“Ali [na clínica extramuros], eles [os alunos] já tão no segundo e tão no sétimo semestre. Vão nesses dois períodos lá. Só que a gente não pode deixar... É um pouco difícil, acho que por isso tá tendo a reforma curricular também aqui, pra que se possa tentar abranger outros locais (...), outros espaços, exatamente, pra que possam também receber essas orientações todas, não é? Mas, não deixar de atender lá [na clínica extramuros] (...). Eu acho que é uma forma de eles poderem, dividindo, ir pra outros locais, conhecer outras realidades”. (docente 11).

Avançando no distanciamento dessa abordagem atual, houve manifestações de que se está buscando retomar as abordagens práticas em que os alunos exerciam ações de educação e de prevenção nas escolas públicas de Santa Maria. No entanto, o anseio de estar com os alunos inseridos no serviço público é saliente:

“Porque, na verdade, eu gostaria de tá com o aluno lá no serviço público. Mas, até chegar lá... E nós vamos chegar lá um dia”. (docente 4).

5.2.6- Algumas Idéias Gerais sobre a Abordagem de Odontologia em Saúde Coletiva

Neste tópico foram reunidas algumas referências gerais sobre as disciplinas de Odontologia Preventiva e Social no curso de Odontologia. Embora tenham sido observações pontuais, buscou-se organizá-las de acordo com: (1) idéias sobre a finalidade destas disciplinas, pelos docentes que não atuam nessas disciplinas; (2) aspectos das disciplinas os que os docentes referiram gostar, ou considerar bom; (3) características peculiares das disciplinas; e (4) o que seria bom (ou melhor) ter ou fazer.

Alguns docentes, ao comentarem a função ou da finalidade das disciplinas de OPS⁷⁵, destacaram a importância dos assuntos/conteúdos trabalhados por elas, salientando que essas disciplinas não se limitam à atuação clínica (individual) e, por isso, permitem o desenvolvimento de uma série de ações de âmbito educativo. Houve, inclusive, afirmações sobre o trabalho fundamental que a prevenção tem no Brasil, pois ela teria uma parcela grande de responsabilidade na promoção de mudanças (melhorias) nas condições de saúde bucal da população, tendo em vista a extensão territorial do país e as suas características culturais (ressalte-se, no entanto, que essas ações sejam efetivamente implementadas pelos profissionais de Odontologia que atuam, principalmente, na esfera pública). Nesse sentido, houve um apontamento de que a prevenção seria o trabalho mais digno da Odontologia:

“O trabalho melhor de [determinado tratamento cirúrgico-restaurador] quem faz é a [Odontologia] Social, que previne que tenha [esse determinado tratamento cirúrgico-restaurador]. O trabalho mais digno que tem de Odontologia é a prevenção. Vou deixar bem claro isso: é a prevenção”. (docente 6).

Além disso, houve uma referência de que as disciplinas de Odontologia Preventiva e Social são responsáveis por fazer com que os alunos possam ver o paciente como um todo e não apenas como “uma doença” ou como uma “necessidade de tratamento”, num contexto, ou seja, o indivíduo em interação com o meio social:

“Eu acho que a função é justamente isso que a gente tava conversando: é passar pro aluno, é que o aluno enxergue o paciente como um todo e não como uma doença, tá?. [Ou seja, não enquanto apenas] um paciente que tem uma restauração pra ser feita, que tem um tratamento de canal, que tem uma prótese a ser confeccionada. Então, eu acho que a função das disciplinas de Odontologia Social é fazer com que os alunos enxerguem o paciente dentro de um contexto”. (docente 3).

⁷⁵ Referem-se às visões de docentes que lecionam em outras disciplinas do Curso de Odontologia, que não aquelas de Odontologia Preventiva e Social.

Já, sobre algumas peculiaridades das disciplinas⁷⁶ foi ressaltado, numa das entrevistas, a relevância destas disciplinas, pois seriam elas as responsáveis pelas pontuais experiências dos alunos em Saúde Coletiva no curso de Odontologia da UFSM:

“O aluno, aqui no Curso de Odontologia, ele não é preparado adequadamente pra Saúde Coletiva. O que ele tem, são experiências pontuais, através da nossa disciplina, Odontologia Preventiva e Social”. (docente 4).

Chama-se a atenção para o fato de que numa das entrevistas, houve um apontamento no sentido de que os docentes das disciplinas de OPS deveriam encontrar um meio de saber “marquetear” mais a importância dessas disciplinas frente aos alunos, pois elas acabariam perdendo para o *glamour* das outras disciplinas do Curso de Odontologia, as quais trabalham muito com as técnicas e procedimentos de estética⁷⁷ :

“A nossa disciplina mesmo tenta, de alguma forma, mostrar pra eles: olha, o negócio hoje em dia é saúde pública, é a prevenção. O nosso peixe é esse, que a gente tem que vender. Mas, nós perdemos pra plástica, pra estética, (...) pro glamour da Ortodontia, da Dentística, duma prótese magnífica, do fascínio duma Implantodontia, que é uma coisa que tá pegando bem, não é? (...) Eu digo: nós temos que descobrir alguma [forma]... tem que marquetear mais a parte de prevenção, de saúde pública”. (docente 10).

No entanto, foram salientados por alguns docentes, embora de maneira mais pontual, os aspectos em que a abordagem dessas disciplinas estaria acontecendo de maneira satisfatória, ou seja, pontos que eles estão gostando ou em que está bom como se processa: (1) a carga horária destas disciplinas foi vista como relativamente adequada, ou seja, não haveria necessidade de mudanças maiores; (2) o fato das disciplinas de OPS I e II estarem localizadas, na grade curricular, nos dois primeiros semestres do curso, foi visto como um

⁷⁶ De acordo com os docentes das disciplinas de Odontologia Preventiva e Social.

⁷⁷ Destaca-se, nesse sentido, que há uma valorização muito grande hoje, na sociedade, do “sorriso perfeito”, a qual, sem sombra de dúvidas, é fortemente influenciada pela mídia. Desta maneira, cada vez mais, o desejo das pessoas de ter esse sorriso perfeito faz com elas busquem o trabalho do cirurgião-dentista para que possam exibir dentes brancos, alinhados e com formas ideais. Por sua vez, os alunos de Odontologia, também fascinados, mas com a possibilidade de operacionalizar os “milagres” na boca dos indivíduos, acabam preferindo conhecer e saber fazer tais técnicas estéticas, as quais não são se conformam como a preocupação maior das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva (ou OPS).

fator positivo, pois são nelas que os alunos têm o primeiro contato com a parte profissionalizante da Odontologia; (3) há a possibilidade de vincular, grande parte dos conhecimentos das aulas teóricas com as aulas práticas, numa seqüência lógica (aprende-se na teoria e depois se passa para a prática), pelo menos na OPS II e (4) os conteúdos e materiais utilizados foram vistos como atualizados.

Por outro lado, foram salientados aspectos que deixariam a desejar (também de maneira mais pontual): (1) a necessidade dos alunos terem uma prática maior (mais abrangente), pois muitos assuntos são ministrados na teoria, mas não há a oportunidade de que os alunos vejam e acompanhem a operacionalização de ações vinculadas a tais assuntos; (2) existir um tempo maior para a abordagem de saúde pública; e (3) a alocação da terceira disciplina (OPS III) na grade curricular, acontecer mais ao final do curso, para que os alunos aproveitassem e valorizassem mais os conteúdos.

Finalizando, a respeito da operacionalização de uma efetiva abordagem de Saúde Coletiva na formação dos alunos no Curso de Odontologia (para ultrapassar as experiências pontuais através das disciplinas de OPS e para que houvesse uma formação adequada do aluno nesse sentido) foi respondido, em uma entrevista, o que deveria ser proporcionado pelo curso, ou melhorado, de modo que se atingisse uma formação “ideal” em saúde coletiva :

“Eu acho que o ideal seria que nós pudéssemos ter um quadro de docentes com formação na área específica. Isso já seria um ponto essencial. Um segundo ponto, é que eu acho que não pode ser responsabilizada somente uma disciplina pela formação de um profissional em saúde que, eventualmente, será um profissional também de Saúde Coletiva. Então, tem que ser uma responsabilidade institucional (...). Então, fica aquela coisa pontuada numa disciplina só, como se aquilo fosse dissociado (...). E, uma terceira, é que a Saúde Coletiva não é exercida no consultório privado, então, ela tem que ser efetuada... o aprendizado dela tem que ser efetuada em serviço”. (docente 4).

5.3- Resultados sobre Meios/Estratégias para formar o Aluno para atuar no SUS

Ao serem questionados sobre os meios ou estratégias que deveriam ser utilizados na formação acadêmica do cirurgião-dentista, de modo que os alunos egressos do curso de

Odontologia estivessem aptos para atuar no Sistema Único de Saúde, os docentes manifestaram, em primeiro lugar, estarem cientes da importância do aluno de Odontologia ter acesso a esses conhecimentos.

Ficou subjacente a idéia de que, para os alunos (futuros profissionais) poderem exercer suas atividades adequadamente no SUS, há a necessidade de que eles conheçam o que é o Sistema Único de Saúde (princípios e diretrizes) e como este funciona, ou seja, como o sistema de saúde é operacionalizado no dia-a-dia, em relação aos tipos e como são oferecidos os atendimentos à população, quais são as condições disponíveis (materiais/equipamentos), como são captados os recursos financeiros e como se processa a relação com o Estado, entre outros.

Embora tenha existido uma certa unanimidade acerca da necessidade de serem ministrados esses conhecimentos na graduação, os docentes apresentaram idéias diferentes quanto à forma de disponibilização destes conhecimentos. Alguns disseram que estes conteúdos deveriam ser “jogados” na graduação, através da estruturação de uma disciplina, por meio de aulas teóricas:

“Jogar na graduação os conhecimentos (...). É jogar os conhecimentos de como funciona o Sistema Único de Saúde, em termos de política, em termos de saúde e jogar pra teoria (...), [através] de aulas, com disciplina... incorporar”. (docente 9).

A maioria dos entrevistados, no entanto, referiu-se à necessidade do aluno ir até os serviços e ver como eles funcionam, ou seja, de existir um contato com o Sistema Único de Saúde. Neste sentido, os docentes ressaltaram diversas maneiras de aproximar os futuros profissionais com o SUS, tanto por meio de observações (quando os alunos poderiam “ver” o SUS: como é e como funciona), quanto por meio da participação na realidade das unidades de saúde, quando, além de observar, os alunos poderiam exercer atividades nos serviços, poderiam participar das discussões no Conselho Municipal de Saúde, e, também, poderiam desenvolver projetos em parcerias com prefeituras. Dessa maneira, a “imersão” e o “mergulho” no SUS foram apontados por alguns docentes como meios de auxiliar nessa formação:

“É... a melhor maneira de você aprender uma língua é uma coisa chamada imersão. Que que é imersão? Pega o cara que não sabe falar francês e bota lá na França ou bota lá no país de... o cara é obrigado! Então, eu acredito que uma das formas do estudante de Odontologia aprender bem as necessidades do Sistema Único de Saúde seja uma imersão. Colocar ele lá num [serviço de saúde]. Vai enxergar como é feito, não é? Vai ver como é que é feito”. (docente 1).

“Poder mergulhar [o aluno] na rede, por exemplo. Eu acho que ele deveria ter espaço, entendeu? (...) A gente vê, por exemplo, a necessidade do aluno ter a oportunidade de, junto a uma unidade básica de saúde, na periferia, ver como é que a Odontologia é oferecida pra população, certo? E que aquilo ali foge bastante dos moldes que são praticados dentro das clínicas da universidade, não é? Então, o que a gente quer, de certa forma, resgatar, e que não é a conclusão do curso que te permite descartar algumas informações ou alguns passos, tidos como fundamentais na prática odontológica. Tu tens, desde o primeiro momento, até a alta do teu paciente um compromisso. E isso o aluno aprende na escola. O que não é justo é que ele não veja isso acontecer no serviço”. (docente 5).

Ainda, além da participação do aluno no SUS, um dos entrevistados salientou a importância dos próprios docentes também conhecerem os serviços públicos, até mesmo para auxiliar na formação dos alunos:

“Eu acho que (...), enquanto ele é aluno, ele teria que ir conhecer lá, ver o trabalho. E a gente [os professores] também. Ir lá pra conhecer como é que eles trabalham, pra poder passar pra eles [os alunos] esse conhecimento, essas informações, não é? Acho que é por aí”. (docente 7).

Houve referências, também, no sentido de que o contato com o Sistema Único de Saúde seria o ideal, mas que não necessariamente o aluno deveria estar inserido nos serviços, pois o conhecimento por meio de conteúdos teóricos, respaldado por professores capacitados e com vivências nos serviços, para utilizar exemplos reais de “como funcionam as coisas” no SUS, já ajudaria nesse sentido:

“Eu acho que não necessariamente ele deveria estar em campo pra ver isso. Isso é o ideal, ver como é que funciona (...). Mas, eu acho que isso tem que ser passado pelos professores, como é que funciona. E eu acho que

teria que ter professores que tivessem experiências nessas áreas, também, pra passar isso pros alunos”. (docente 3).

Em contrapartida, outros docentes destacaram que o contato dos alunos nos serviços deveria acontecer por meio de estágios, com a supervisão dos docentes, ou seja, ultrapassando o conhecimento teórico e a simples observação do funcionamento do SUS por meio de visitas:

“Se fosse por estágio, de repente seria melhor, porque tem o professor (...). Então, deveria ter uma supervisão de professor, se for fazer um estágio. Porque só ir conhecer, também só vai lá, conhece um dia e acho que é pouco, não é?”. (docente 11).

“Colocar o SUS à vista do aluno, mas não só de uma forma teórica. De [o aluno] enfrentar, de ter contato no posto de saúde pra ver como é que é a chegada do paciente, como ele é recebido, como é que ele é encarado, como é que ele é tratado. E, também, pra ver como é que o paciente tá achando aquilo ali”. (docente 10).

Alguns docentes colocaram pontos acerca da possibilidade deste contato com o SUS acontecer através de momentos ao longo da formação do acadêmico de Odontologia, salientando a importância dos alunos conhecerem a realidade do SUS, proporem mudanças para a situação diagnosticada e acompanharem os processos de mudança, ou seja: os alunos, uma vez inseridos, seriam instigados a exercitar formas de planejamento nos serviços:

“Eu acho que o começo tinha que ser lá no primeiro semestre (...), fazendo com que o aluno conheça o serviço (...). Então, o primeiro procedimento seria fazer isso: fazer com que o aluno conhecesse que, além do consultório privado que ele almeja ter, quando ele entra no curso, que além disso, existem outras formas de trabalho e que ele deve conhecer essa realidade. Aí, no segundo momento, ele tem que ser desafiado a analisar criticamente essa realidade e começar a propor mudanças (...). Então, eu acho que teria que começar nisso e, depois, efetivamente trabalhando lá, ir fazendo essa mudança. E que os alunos tenham a oportunidade de enxergar [os resultados das mudanças operacionalizadas]”. (docente 4).

Ainda, completando este resumo das idéias associadas à formação do aluno para atuar no SUS (se há, ou não, necessidade de existir contato com os serviços), houve um apontamento de que há necessidade de serem melhoradas as condições do serviço (no sentido de que o profissional tenha estímulos para atuar no SUS, ou seja, local adequado, disponibilidade de equipamentos, instrumentais e materiais e condições de remuneração atraentes) não sendo necessário, assim, “mexer” na formação, pois o aluno estaria sendo bem preparado para atuar tanto na esfera pública quanto na esfera privada:

“Eu acho que não em termos de conhecimento, porque eu acho que o aluno sai com conhecimento adequado pra ter uma atuação em qualquer local, digamos assim, em diferentes sistemas, ou particular, ou público, enfim. Mas, eu acho que o ensino... não teria que mudar o ensino, eu acho que o sistema teria que mudar, entendeu? Ele teria que ter a mesma possibilidade financeira que eu porventura teria num consultório particular, não é? Uma demanda financeira boa que me deixasse estimulado a querer ir. Eu acho que isso é o mais importante. Porque conhecimento tu tem, tanto pro Sistema Único quanto pra clínica particular, quanto pra seguir estudando”. (docente 15).

5.3.1- Idéias Associadas aos Meios/Estratégias Defendidos

Os docentes entrevistados apontaram vários fatores envolvidos no processo, simultaneamente à explicitação de quais meios ou estratégias poderiam ser utilizados para qualificar os alunos, futuros profissionais, da Odontologia para atuar no Sistema Único de Saúde.

Estas idéias, mais pontuais (referenciadas por alguns docentes apenas), fizeram alusão ao fato de que haveria necessidade, por parte dos docentes, de que estes fossem em maior número, para que fosse possível a supervisão dos alunos nos serviços, ou seja, necessidade de aumentar o corpo docente do curso, bem como que os alunos tivessem experiências na área de saúde pública. Com relação à operacionalização dos meios apresentados, foram destacadas também, várias questões, sobre como começar e de como proceder essa inserção do aluno, uma vez que há responsabilidades (institucionais e

profissionais) envolvidas, tanto em relação à universidade (e o Curso de Odontologia), quanto em relação à prefeitura e todos profissionais aí envolvidos.

A idéia de que o aluno poderá fiscalizar os profissionais que atuam no SUS foi salientada em uma das entrevistas, sendo este um aspecto que dificultaria a inserção do aluno nas unidades de saúde, pois haveria uma resistência dos profissionais que lá atuam:

“Corremos um risco: o risco que nós corremos é de que aquele aluno seja um fiscal do profissional que está atuando, não é? Então, (...) vai ser difícil de implantar isso, porque uma das coisas que nós discutimos, mas é difícil, porque o profissional não vai aceitar”. (docente 1).

Neste mesmo sentido, ainda em relação aos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde, houve uma referência sobre estes profissionais terem “vícios” e, assim, a presença dos professores supervisionando os discentes seria fundamental, uma vez que estes vícios não foram desenvolvidos durante a formação do cirurgião-dentista (ou seja, dentro da universidade). Há um destaque para o auxílio que o professor pode trazer na supervisão, até mesmo para refletir acerca de como é possível trabalhar, da maneira mais correta, dentro das condições, muitas vezes, adversas dos serviços:

“Fazer o estágio simplesmente com os profissionais que já estão no Sistema Único de Saúde não é bom, porque esses profissionais já têm vícios. E, aí, são vícios que não é a universidade que tá ensinando. A universidade tá dando uma maneira mais correta de ser assim, a maneira mais correta de se atuar. Mas, também vamos ver num Sistema Único de Saúde o que nos espera e de forma nós podemos atuar da melhor maneira possível. E acho que profissionais que atuam lá têm vícios, eu sei que têm, e isso pode passar”. (docente 11).

Por outro lado, em uma das entrevistas, foi mencionada a idéia de que há a necessidade de se pensar melhor sobre as visões de alguns docentes que são contra a inserção do aluno de Odontologia no SUS, temendo que estes poderiam ser “contaminados” pela atuação dita incorreta dos cirurgiões-dentistas que já trabalham nos serviços públicos de saúde. Neste caso, a responsabilidade dessa atuação, foi trazida também para dentro da

universidade, diferentemente da idéia de que o profissional desenvolve “vícios” fora dos muros da universidade:

“Porque a gente sabe que têm professores que são absolutamente contra a inserção do aluno no serviço, porque eles acham que ele vai desaprender. Isso já ouvi. Tive a oportunidade de ouvir. E existe esse pensamento. Alguns professores acham: não vão lá porque vocês vão desaprender... vocês vão só fazer coisa errada... E, aí, eu pergunto: ele tá fazendo coisa errada, mas ele saiu daqui. Então, onde é que tá o problema? Vamos analisar esse problema”. (docente 4).

Portanto, mesmo existindo opiniões diversas quanto aos meios ou estratégias que deveriam ser utilizadas, bem como às dificuldades operacionais (como começar/como fazer) dessa aproximação do aluno com a realidade fora dos muros da universidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde, esta idéia da importância do contato do aluno com os serviços públicos foi salientada pela quase unanimidade dos docentes, assumindo um sentido positivo tanto pros acadêmicos quanto pros docentes:

“Eu acho que essa nossa relação de proximidade com o serviço é muito boa, pra formação do nosso aluno e informação nossa, como profissionais docentes. Então, eu acho que essa relação é que teria que aproximar cada vez mais”. (docente 10).

6- Resultados sobre o Processo de Ensino-Aprendizagem

“Eu acho que a educação, a desmonopolização do conhecimento é uma contribuição que a gente pode e deve praticar na vida. E nada teria valor se a gente acumulasse informações e não repassasse pras pessoas”. (docente 5).

6.1- Idéias sobre o Processo de Ensino-Aprendizagem

Os docentes entrevistados, ao serem questionados sobre como definiriam os termos ensinar e aprender⁷⁸, responderam, na quase totalidade, de que se trata de um único processo, que não pode ser separado, ou seja, que no processo de ensino-aprendizagem há uma interdependência entre “ensinar” e “aprender” numa “via de duas mãos”. Os termos mais usados pelos docentes para constituir a sua definição foram: “processo único”, “processo recíproco”, “um processo só”, “uma troca”, “uma via de duas mãos”, “uma coisa leva à outra”; “uma dinâmica”, etc. Desta maneira, de acordo com os termos utilizados, bem como de acordo com as idéias relacionadas, há a idéia geral de um “processo indissociável, simultâneo”.

Alguns docentes, entretanto, buscaram, sistematizar definições para os termos “ensinar” e “aprender”, mesmo quando eles foram entendidos enquanto um processo só. Ao termo “ensino” foram associadas as idéias de “transmissão” e de “passar” uma informação, um conhecimento ou uma experiência:

“Ensinar, eu acho que nada mais é do que passar... é bem, assim, uma definição simples, curta, é passar o meu conhecimento daquilo, não só conhecimento teórico, mas também o conhecimento, vivência prática, do que eu pude reter, do que eu tenho de carga”. (docente 11).

“Tu pode achar que tá passando lindo e maravilhoso (risos). Na verdade, tu não tá ensinando nada pros teus alunos”. (docente 2).

Ainda em relação ao “ensinar”, existe a idéia de há um “acúmulo de conhecimento” para que se possa “tentar passar para” ou “instrumentalizar” o aluno. No entanto, a questão do “passar” o conhecimento, no seguinte apontamento, é questionada:

“Pra você ensinar, depende de você saber a matéria. Ninguém ensina alguém se ele não aprendeu antes. Então, a leitura de um conteúdo: ele não consegue ser reproduzido, se o indivíduo não entendeu e, com as suas palavras, e não as palavras do livro, ele passou a informação pros demais”. (docente 1).

“Ensinar, na verdade, é uma tentativa de transmissão de conhecimento. Que é uma coisa discutível, não é? Não dá pra passar

⁷⁸ A questão feita foi a seguinte: “Como o (a) senhor (a) definiria os termos 'ensinar' e 'aprender'?”.

conhecimento pro outro: o outro que absorve, fica conhecendo as coisas”.
(docente 10).

Algumas idéias também foram explicitadas acerca do termo “aprender”. Muitos docentes salientaram que o aprendizado é permanente, ou seja, que ele acontece no dia-a-dia, nas mais diversas situações e não está relacionado somente ao ambiente escolar:

“Eu acho que o aprender é permanente (...). A gente diz que a vida é um eterno aprendizado e é verdade mesmo, que a gente tá sempre no exercício de uma determinada atividade, mas tá sempre tentando, pelo menos eu vejo assim, eu tô sempre tentando aprender alguma coisa”.
(docente 10).

Com relação ao ambiente acadêmico, foi ressaltada a postura ativa do aluno no aprendizado, “filtrando”, “discernindo”, e “escolhendo” caminhos a partir do que está sendo disponibilizado em termos de informações ou conhecimentos. Destaca-se, também, a idéia de que existe uma diferença entre o aprendizado e a memorização de um conteúdo:

“O aprender, eu acho que justamente é a pessoa, o aluno, filtrar aquilo que é bom, claro, o que foi de ruim também, mas, enfim, e poder pesar os pós e os contras. Isso eu acho que é o aprender. Não é simplesmente decorar aquilo e aquilo é daquela forma. Ele tem que aprender a poder discernir o que ele acha certo e o que ele acha errado e, então, ele seguir pra um lado ou por outro”. *(docente 11).*

“Assim, que o aluno, pra aprender, ele também ter que entender. Se ele ler e procurar apenas memorizar, ele não está fazendo um processo de aprendizagem (...). Pra ele aprender, ele tem que entender”. *(docente 1).*

Apesar de existir essa idéia de unicidade na construção das suas definições, houveram apontamentos diferenciados, no sentido da caracterização realizada. Assim, a despeito das posições tradicionais, em que o professor é aquele que ensina e o aluno é aquele que aprende, houve o seguinte apontamento, no sentido de que quem “aprende”, ou seja, o aluno, muitas vezes “ensina” ainda mais:

“Eu acho que o ensino e o aprendizado, eles tão [e] têm que andar sempre juntos. Eu acho que não tem o que é. Eu acho que a gente ensina e aprende concomitantemente. Eu acho que quem ensina aprende muito mais. Quem aprende, às vezes, ensina mais do que imagina. Então, eu acho que é uma mão de duas vias também”. (docente 3).

Em outro caso, o docente chama a atenção para o fato de que o aprendizado e o ensino acontecem no dia-a-dia da universidade, na relação com os alunos e com os outros colegas docentes, estando os termos vinculados, no entanto, à “troca de experiências” e ao fato de estar “passando conhecimentos”. Mesmo assim, há a idéia da importância da troca de “energia” e de conhecimento num processo constante, ininterrupto:

“Eu acho assim: que aqui (...) tu tá aprendendo todos os dias. A troca de experiência com o aluno e com os colegas e coisa, tu tá aprendendo não é? E, ao mesmo tempo, tu tá passando os teus conhecimentos. Então, além de tu tá aprendendo, tu tá ensinando, no dia-a-dia (...). Acho que essa troca de energia, de conhecimento é importante: tu aprende sempre e repassa conhecimento”. (docente 7).

Mesmo sendo um processo recíproco, no seguinte apontamento, há a idéia de que as origens de tal processo são distintas: professor e aluno. Assim, mesmo que o professor apenas passe informações, o aluno pode, diante de sua capacidade crítica e reflexiva, aprender, ressaltando a postura ativa do aluno no processo, o qual não depende unicamente do professor. Entretanto, há a ressalva de que um professor “atento” possa fazer a diferença no ensino, mediante o acompanhamento do processo:

“Mas, você pode simplesmente, às vezes, o professor só passar as informações e o aluno, diante da capacidade crítica dele, da independência dele, do autodidatismo dele, fazer as associações e aprender (...). Pra mim é um processo recíproco, mas as origens são diferentes, não é? Mas, é um processo de troca. Por que? Porque o teu ensino pode ser alterado diante um professor atento, que está vendo que aquela informação não tá conseguindo levar, ensinar, produzir conhecimento, produzir sabedoria”. (docente 13).

Ainda foi ressaltado que o professor, ao ministrar uma determinada aula, também está aprendendo, pois antes de exercer esta atividade, há a necessidade de uma preparação por parte do docente para que este consiga expor o conteúdo e se fazer entender. Então, há um constante aprendizado por parte do professor para que ele possa ensinar. São destacadas as idéias de “dinamicidade” e “constância”, em que a efetivação do processo depende tanto do professor quanto do aluno:

“Eu acho que ensinar e aprender é uma dinâmica (...), assim, constantemente acontecendo. Não quer dizer que toda vez que eu ministro uma aula teórica, eu não esteja aprendendo também. Porque tem que haver uma preparação pra que (...) quando eu esteja expondo o assunto, ou, enfim, ensinando o conteúdo, eu tenha que ter me preparado pra chegar lá e conseguir expor de uma maneira clara, objetiva, direta e (...) me fazer entender. Então, pra isso, eu tenho que ter um constante aprendizado pra poder ensinar. Eu acho que o aluno da mesma forma. Mas, não existe um sem o outro”. (docente 15).

Além disso, houve uma referência acerca das idéias tradicionais envolvidas com os termos “ensinar” e “aprender”. No entanto, foi salientado que o que acontece é um processo único, ocorrendo simultaneamente com o professor e com os alunos. Mais do que isso, o docente se colocou na posição de um de seus estudantes apontando que o processo de ensino-aprendizado acontece no cotidiano:

“A gente criou uma mentalidade de que: quem sabe, passa o conhecimento pro outro e isso é ensinar; quem não sabe, recebe o conhecimento e isso é aprender. Na verdade, o processo de ensino-aprendizagem é um processo só (...). Então, eu, pra ensinar, eu estou aprendendo (...). Eu tô estudando pra fazer girar esse processo de ensino-aprendizado, que ocorre concomitantemente comigo e com os meus estudantes. Porque eu sou um dos meus estudantes. Então, eu enxergo o processo de ensino e aprendizado como um processo de ensino-aprendizado, que é o viver do dia-a-dia”. (docente 14).

Houve, por fim, a seguinte referência sobre a não objetividade do processo de ensino-aprendizagem, que permeia a relação entre as ações do “professor” e do “aluno”:

“Não existe um... não é um processo consciente: agora estou ensinando, agora estou aprendendo. O que eu entendo desse processo é o seguinte: eu preciso disponibilizar, da melhor forma possível, o meu instrumental pra que os alunos também se instrumentalizem dele”. (docente 12).

6.2- O Maior Responsável pela Aprendizagem

Tomando-se por base as idéias manifestadas sobre o processo de ensino-aprendizagem, os docentes foram questionados sobre quem seria o maior responsável pela aprendizagem, numa espécie de “exercício matemático”, uma vez que estes foram induzidos, também, a expressar a divisão em percentagem⁷⁹.

A maior parte dos entrevistados se referiu à esta divisão como sendo “meio a meio”, ou seja, 50% de responsabilidade para o professor e 50% de responsabilidade para o aluno:

“Se eu tô dizendo que ensinar e aprender é uma coisa que acontece a toda hora (...), então, da mesma forma, a responsabilidade pelo aprender dever vir também do próprio aluno (...). É uma responsabilidade conjunta”. (docente 4).

Houve uma referência de que essa divisão, 50% para cada, não deve ser vista como absoluta, e poderia estar adequada para o caso em que ocorre uma situação ideal, ou seja, quando tanto o aluno quanto o professor são interessados, na transmissão e em aprender, respectivamente (chama-se a atenção para a colocação de que o professor “transmite” e o aluno “aprende”). A esse respeito, há menção sobre as situações em que o aluno apresenta dificuldades (neste caso, exemplificadas habilidades de executar determinado procedimento na clínica odontológica), em que o professor, então, deve se responsabilizar por quase todos os 50% referentes ao aluno:

⁷⁹ Sabe-se das limitações de tal solicitação, por isso esta questão se conformou em um “jogo”. Apenas pretendeu-se verificar indicativos de como os professores visualizam importância do professor e do aluno no processo de ensino-aprendizagem ao distribuir as responsabilidades entre ambos.

“Só que tem uma ressalva a fazer, como tudo (...). Se o aluno é 50% responsável e o professor também é 50% responsável, não quer dizer isso que essa relação seja absoluta, que seja fixa. Eu acho que num procedimento ideal sim, porque considerando um aprendizado, um ensino ideal, o aluno chega aqui, é interessado, esforçado e o professor, por seu lado, é interessado, é esforçado e quer transmitir e o aluno quer aprender. Se tu acha esses dois, o meio tá ótimo (...). Agora, tu acha, muitas vezes, aquele aluno que tem dificuldades, que não consegue, por alguma limitação, não sei, por algum problema que tenha (...) não consegue, porque a sua mão não faz, não é? Habilidade, não criou. Aí, cabe ao professor assumir os 50% do aluno, quase todos pra, num esforço maior, tentar suprir essa limitação, essa inabilidade”. (docente 8).

A idéia dos 50% estar adequada para uma situação em que exista um “bom professor” e para o “bom aluno” também foi mencionada em outra entrevista. Nesta, entretanto, há referências de que os 50% também estariam adequados para os casos em que há um “professor ruim” e um “aluno ruim”. Extrapolando essas situações, ou seja, quando haveria um “bom professor” e o “aluno ruim” e vice-versa, a divisão de responsabilidades seria outra, variando sensivelmente:

“Um bom professor e um bom aluno, eu diria meio a meio, entendeu? Um professor ruim e um aluno ruim, meio a meio, tá? O professor bom, o aluno ruim, aí o professor teria uma responsabilidade, digamos, de 70%, 80%. E o professor ruim e o aluno bom, o aluno, com certeza, ocuparia seus 80%, entende? (docente 13).

A importância da atuação de ambos (do professor e do aluno) na aprendizagem foi destacada por um dos entrevistados, a despeito de terem sido apontados os 50% como divisão. Há um destaque para a indivisibilidade do processo e, conseqüentemente, das responsabilidades, pois quando ambos atuarem de uma maneira melhor, ou de uma maneira pior, o ganho é uno:

“Mas eu creio (...) que (...) cada 1% que eu tirar da atuação de qualquer um dos dois, tá perdendo igualmente na qualidade. E, cada 1% que eu acrescentar, seja na dedicação, no bom preparo, no envolvimento pessoal com a meta, cada 1% que eu acrescentar, quer no lado do

educando, quer no lado do educador, o lucro vai ser igual, sob o meu ponto de vista”. (docente 14).

Na seqüência, de acordo com o restante dos entrevistados (aqueles que não atribuíram 50% para cada uma das partes), houve mais apontamentos no sentido de que o aluno é o maior responsável pela aprendizagem. Essa idéia foi justificada por alguns docentes, os quais salientaram o papel fundamental do aluno no processo:

“É, eu acho que se o aluno não tem interesse... Nós temos experiência, assim, de alunos, dentro da universidade, [que] saem sem nunca terem se interessado por nada. Outros que, desde o primeiro dia, se interessam, querem participar. Então, é meio singular”. (docente 2)

“Eu acho que o aluno (...). Eu vou dar 40% pro professor e 60% pro aluno. Eu acho que se ele não for à cata da informação, do aprimoramento, não é o professor... Porque, senão, a gente ia ter modelitos (risos), não é? Como é que ia fazer?”. (docente 10).

Finalizando, há vezes em que se coloca o professor como o maior responsável pela aprendizagem. No entanto, no seguinte trecho, embora o professor tenha sido visto como mais responsável, o papel fundamental dos alunos foi destacado. Há a colocação de que de nada adiantaria ter professores ditos perfeitos se os alunos não são interessados, em que a divisão estaria sendo feita diferentemente, apenas para “não deixar meio a meio”:

“Vamos fazer assim: vamos deixar 55% pro professor (risos) e 45% pro aluno. Porque assim: por que? Eu vou explicar: sempre, desde o mestrado, eu escutava assim: quem faz o curso é o aluno, tá? Então, não adianta eu ter uma equipe docente maravilhosa, todos os professores do curso nivelados, perfeitos, maravilhosos, sábios e passando conteúdo, assim, de uma forma perfeita, se eu pego uma turma que não presta atenção na aula, que não escuta, que não lê, que não estuda pra prova, nada... Então, não adianta. Não tá correspondendo. Eu posso até não saber passar o conteúdo, mas se eu der os tópicos e eles estudarem, se interessarem e irem além e pesquisarem, sai uma turma ótima, não é? Então, eu acho que, pra não deixar meio a meio, vamos deixar 55% pro professor e 45% pro aluno”. (docente 15).

Portanto, esta divisão feita pelos docentes trouxe idéias adicionais que enriquecem a reflexão acerca do processo de ensino-aprendizagem, na medida que as porcentagens foram caracterizadas e/ou justificadas. Não entrando no mérito do “maior” e do “menor” responsável pela aprendizagem, destaca-se que de pouco (ou de nada) adianta ter um na ausência de outro. Ambos se inserem e se responsabilizam pelo processo, educando-se mutuamente.

6.3- O professor em análise

“Ser docente é uma coisa que exige muito amor. Se a gente botar amor nisso aí, as coisas saem bem feitas. Então, se tu puder passar essa mensagem, eu já me daria por muito satisfeita. Porque todas elas, todas as profissões exigem dedicação, amor, mas, a docência exige muito mais amor. Exige uma dedicação assim: de você estar cansada, de estar quase dormindo e ter... não, eu tenho que... são os futuros profissionais. Então, eu tenho que dar aula, ter um pouquinho mais de energia pra olhar isso, porque eu não sei. Exige muito amor pra tu conseguir chegar lá”. (docente 1).

6.3.1- Atitudes “Positivas” do Professor que Favorecem o Interesse e/ou a Aprendizagem

“Aconteceu comigo, mais de uma vez, de um professor que ensina um determinado assunto me fazer gostar do assunto, por tabela”. (docente 14).

Inicialmente, antes de serem questionados sobre as atitudes os entrevistados foram questionados sobre acreditarem que o professor poderia ser responsável pelo interesse do aluno por uma disciplina⁸⁰. As respostas foram quase unânimes a esse respeito, em sentido afirmativo (variando desde “eu acho”/“eu acredito” até “com certeza”). Houve apenas uma “recusa parcial”, onde foi salientado que o professor não é responsável (“responsável,

⁸⁰ A questão foi a seguinte: “O (a) senhor (a) acredita que o professor pode ser responsável pelo interesse de um aluno por uma disciplina?”.

não”), mas sim, que ele deve “dar um estímulo” para o aluno, sendo este o “maior interessado”.

De posse desta resposta inicial, procedeu-se o questionamento sobre quais seriam as atitudes “positivas” do professor. Foram englobadas, neste tópico, aquelas atitudes que poderiam favorecer tanto o interesse quanto a aprendizagem, pelo fato de ter existido questionamentos em que foram utilizados um dos dois ou ambos os termos e, também, por entender que existe uma complementaridade entre elas⁸¹. Em muitas das respostas, os docentes utilizaram situações por eles vivenciadas para exemplificar tais atitudes.

Após a análise das respostas, verificou-se, em ordem decrescente de frequência⁸², que estas atitudes estavam relacionadas à (houve um maior número de docentes que referiu as seguintes atitudes): (1) o professor ter que motivar/estimular o aluno; (2) ter ânimo; (3a) abordar temas com paixão/satisfação; (3b) perceber as dificuldades do aluno (3c) ter segurança. Ademais, foram referidas (por número menor de docentes ou pontualmente), enquanto atitudes que favorecem, as seguintes: relacionar teoria com prática/contexto; ter uma boa didática; cativar os alunos; ter conhecimento; tratar alunos de igual para igual; estar disponível; conversar com alunos; cobrar dos alunos; escutar o aluno e ter disciplina.

Alguns trechos serão a seguir apresentados, buscando ilustrar algumas das visões dos docentes sobre as atitudes do professor que favorecem o interesse e/ ou a aprendizagem dos alunos. No primeiro, são destacados: “demonstrar paixão pelo que faz”, “não ter um discurso vazio”, “ter segurança” e, assim, “motivar” os alunos:

“Favorecer a aprendizagem? Primeiro, é ele [o professor] abordar temas com paixão. Eu acho que ele tem que falar, não pode ter um discurso vazio, ele tem que falar das suas crenças, do que ele acredita e do que ele faz, certo? E, ao demonstrar segurança, no acreditar e no fazer, com

⁸¹ Foram observadas, enquanto atitudes positivas, somente aquelas referidas pelos docentes ao responder esta questão específica (quais seriam as atitudes (positivas) que poderiam estimular/ favorecer o interesse e/ ou a aprendizagem?), delimitando o escopo do material a ser analisado a esse respeito, uma vez que os docentes, no transcorrer das entrevistas, fizeram menção a atitudes que poderiam ser interpretadas/ compreendidas como sendo “atitudes positivas” no processo. Ainda, nas respostas dessa questão, os docentes referiram atitudes que desestimulariam os alunos, as quais, não foram computadas.

⁸² Inicialmente, procedeu-se a seleção das respostas dos docentes frente a essa questão específica. Na seqüência, foram identificadas, no texto, quais seriam estas atitudes (apenas as que poderiam favorecer o interesse e/ou a aprendizagem) e, uma vez feito isso, estas atitudes foram visualizadas isoladamente. Aí, buscou-se atribuir um sentido para cada uma destas atitudes, de acordo com “o significado” compreendido a partir da leitura e releitura dos trechos selecionados. Assim, os “grupos de atitudes semelhantes” foram listados e foi observada a frequência em que os docentes manifestaram tal atitude. Pretendeu-se, com isso, verificar apenas quais as atitudes que foram mais apontadas pelos docentes.

certeza, ele vai motivar o aluno pra seguir em frente, pra continuar. Dá um sentido, pelo menos, na sua formação”. (docente 5).

O entusiasmo (ânimo) que o professor deve ter, no sentido de ter vontade e de responder positivamente às adversidades passíveis de acontecer no ambiente acadêmico (como é o caso da impossibilidade de utilizar recurso audiovisual, pela falta de energia elétrica) é ilustrado a seguir, quando o professor deve mostrar para os alunos que existem dificuldades, mas que estas não devem ser encaradas como obstáculos:

“As atitudes posi[tivas], o entusiasmo, é uma delas. (...) A atitude positiva seria aquela de: as coisas vão melhorar, vamos fazer melhor porque nós vamos contribuir para as coisas melhorarem. Faltou luz? Que pena. Vamos abrir as janelas e vamos conversar sobre esse assunto, vamos discutir esse assunto, já que nós não temos como utilizar um recurso audiovisual, não é? Mas, vamos discutir, vamos ver. E não mostra pro aluno que aquilo ali é um obstáculo pra ele fazer alguma coisa (...). Que aquilo ali é uma dificuldade, mas não é obstáculo. Então, isso são atitudes positivas”. (docente 1).

A questão da disponibilidade do professor foi bastante ressaltada por um dos entrevistados, como fundamental para que o professor possa identificar os alunos que precisam de um acompanhamento maior, de modo a não cativar e a não ajudar apenas alguns alunos. Assim, o professor deve ser disponível para poder, também, estimular os alunos para a disciplina:

“É, o professor pode interferir nesse processo positivamente, em primeiro lugar, tendo com o aluno, com todos os alunos (...), a disponibilidade. Porque se o professor não é disponível (...), ele até pode cativar alguns, pegar alguns e até ajudar alguns, mas, se ele não é disponível, como é que ele vai identificar aquele aluno que precisa de uma atenção um pouco maior? (...) O professor tem que ter disponibilidade (...), tentando estimular seus alunos, tentando estimular aqueles que estão passando pela disciplina, pra ver a importância dessa disciplina”. (docente 8).

Noutro sentido, há um destaque para a didática do professor, sendo que o próprio “conhecimento” do professor pode ser colocado em xeque frente a uma didática ruim. O “saber expor” pode, na visão do docente explicitada a seguir, inclusive, estimular aqueles alunos que não gostam da disciplina. A atitude de relacionar as aulas teóricas com a clínica também serviria de estímulo para os alunos que estão imersos em disciplinas muitas vezes tidas como “complicadas” em virtude da gama de conteúdos e informações que devem ser disponibilizados para os alunos e, idealmente, aprendidos por eles. Note-se a referência do docente exemplificar a resposta observada nos alunos ao relacionar os assuntos teóricos com a clínica que está por vir:

“Eu acho que a primeira coisa que seria é uma boa didática. Eu acho que a didática é fundamental, porque tem muito professor que sabe muita coisa, mas não sabe expor, não é? Às vezes, tem, assim, um cara que não tenha tanto conhecimento, mas ele sabe se expressar e até essa fácil expressão dele, essa didática dele melhorada, propicia que o aluno se estimule, até mesmo, às vezes, não gostando da disciplina (...). A gente procura sempre relacionar com a clínica. E essa relação com a clínica, a gente vê, parece que o olho muda (...). Ai, então, você coloca na clínica, eles já mudam, eles relacionam aquilo que eles estão vendo com a prática. E eu procuro sempre fazer isso. Até nas provas, de relacionar os conceitos teóricos com a clínica, simulando uma questão clínica, pra eles, justamente, ter esse estímulo. Pra ele não ficar com a coisa teórica, com aquela coisa maçante”. (docente 9).

6.3.2- Atitudes “Negativas” que Podem Desestimular o Interesse e/ ou a Aprendizagem:

“No meu tempo de [aluno], quando eu iniciei, quando eu era aluno e coisa, tinham aqueles professores que ficavam no pedestal. E tu nunca podia chegar neles. Quando tu chegava, o cara, às vezes, tava num mau dia e aí era um Deus nos acuda”. (docente 7).

Inicialmente, antes de serem questionados sobre quais seriam essas atitudes, os entrevistados foram questionados se eles acreditavam que o professor poderia ser responsável pelo desinteresse do aluno por uma disciplina⁸³. As respostas foram quase unânimes a esse respeito, em sentido de concordância (variando desde “eu acho”, “eu

⁸³ A questão foi a seguinte: “O (a) senhor (a) acredita que o professor pode ser responsável pelo desinteresse (ou desestimular o interesse) de um aluno por uma disciplina?”

acredito”, “pode”, “com certeza”, sendo mencionado até “é o famoso pegar nojo da matéria”). Houve apenas dois apontamentos em que os entrevistados colocaram que o professor “até pode ser um pouco responsável, mas não de todo” e que “não quer dizer que haja um desinteresse completo”. Dito de outra forma, foi relativizada a responsabilidade do professor no desinteresse do aluno. Os motivos defendidos foram de que, às vezes, “o desinteresse vem do aluno” e não ocorreria aquela situação extrema em que o aluno teria um desestímulo completo a ponto de não querer mais estudar aquela área em que o professor interferiu negativamente. De qualquer maneira, fica expresso o papel do aluno no processo: em relação ao seu (bem-vindo) interesse e também ao fato de que o aluno, mesmo sendo desestimulado, poderá “enfrentar” a situação de uma maneira “positiva”.

De posse dessa resposta inicial, procedeu-se ao questionamento sobre quais seriam essas atitudes do professor, tidas como “negativas”. Foram englobadas, neste tópico, aquelas atitudes que poderiam desfavorecer tanto o interesse da disciplina quanto a aprendizagem da mesma, pelo fato de ter existido questionamentos em que foram utilizados um dos dois ou os dois termos e, também, por entender que existe uma complementaridade entre elas⁸⁴. Alguns docentes utilizaram situações por eles vivenciadas, enquanto alunos ou já como professores, para exemplificar tais atitudes.

Após a análise das respostas, verificou-se, que houve um maior número de docentes que referiu atitudes relacionadas à⁸⁵: (1) insatisfação/displícência do professor; (2) ao professor não motivar/ não estimular o aluno; (3) ao distanciamento do professor. Continuando, foram referidas (pontualmente) as seguintes atitudes que podem desfavorecer o interesse: didática ruim; não fazer cobrança; insegurança; postura inadequada; prepotência; não ter conhecimento.

⁸⁴ Foram observadas, enquanto atitudes negativas, somente aquelas referidas pelos docentes ao responder esta questão específica: “quais seriam as atitudes (negativas) que poderiam desestimular o interesse e/ou a aprendizagem?”, delimitando o escopo do material a ser analisado a esse respeito, uma vez que os docentes, no transcorrer das entrevistas, fizeram menção a atitudes que poderiam ser interpretadas/ compreendidas como sendo “atitudes negativas” no processo. Ainda, nas respostas dessa questão, os docentes referiram atitudes que estimulariam os alunos, as quais, não foram computadas.

⁸⁵ Inicialmente, procedeu-se à seleção das respostas dos docentes frente a essa questão específica. Na seqüência, foram identificadas, no texto, quais seriam estas atitudes (apenas as que poderiam desfavorecer o interesse e/ ou a aprendizagem) e, uma vez feito isso, estas atitudes foram visualizadas isoladamente. Aí, buscou-se atribuir um sentido para cada uma destas atitudes, de acordo com “o significado” compreendido a partir da leitura e releitura dos trechos selecionados. Assim, os “grupos de atitudes semelhantes” foram listados e foi observada a freqüência em que os docentes manifestaram tal atitude. Pretendeu-se, com isso, verificar apenas quais atitudes foram mais apontadas pelos docentes.

A questão da insatisfação do docente e, em decorrência disso, a sua atuação não adequada em sala de aula e nas atividades de orientação clínica, foram salientadas enquanto atitudes que podem prejudicar o interesse do aluno. No seguinte trecho, são exemplificadas várias atitudes do professor nesse sentido “negativo”. Neste caso, há um destaque para a postura do docente ao orientar o aluno no atendimento dos pacientes, evidenciando que a maneira como ele se relaciona com o aluno (não o acompanhando e/ou não o orientando no atendimento aos pacientes e, até mesmo, recriminando o aluno ou o tratando mal, por ele não saber fazer ou por não executar bem determinado procedimento) pode fazer com que o aluno tenha receio, inclusive, para chamar o professor e solicitar sua opinião/ajuda durante os atos clínicos. Dessa forma, as atitudes do professor podem até levar a um “desestímulo total” do aluno:

“Ah... alguém que não, que também não esteja interessado em passar aquele conhecimento, que não se sinta estimulado de constantemente exercer a profissão, não é? (...) Chega de mal com a vida: “ah, tá, faz aí, então, esse trabalhinho”. Ou: “ah, atende (o paciente) aí”. Não vai dar assistência, não participa de toda a avaliação (do paciente) durante as sessões clínicas, não dá um apoio pro aluno, não é? Então, um desleixo nosso, uma falta de conhecimento nossa (...). Eu acho que fazer o aluno se desestimular é muito mais fácil. Se a gente não se mantiver, assim, feliz, não sei, eu vejo muitas pessoas chegando na faculdade assim: “vim trabalhar...”(...). Não adianta. E se tu for, assim, desinteressado, mal humorado, qualquer coisa vai fazer com que o aluno: “ah, mas eu nem vou chamar aquele ali pra me orientar nesse caso, porque vai chegar aqui, vai me xingar ainda”. Então, o aluno pode, além de ficar constrangido, pode ter medo. Ou, às vezes, quando faz alguma coisa errada, se o professor reage de uma forma muito áspera, austera, muito sem conversar, sem explicar o porquê aquilo ali não deu certo e mostrar porque que o aluno errou, aí pode ter um desestímulo total”. (docente 15).

Em concordância com o que foi exemplificado “teoricamente” no trecho acima, com relação ao receio que o aluno pode desenvolver, houve, numa das entrevistas, um relato, a partir de uma situação vivenciada, de como estas atitudes “negativas” do docente podem desestimular o aluno. Assim, a atitude de um professor ao perceber que o aluno (no caso, a pessoa entrevistada) talvez não estivesse executando um determinado procedimento da melhor maneira, ao invés de ser aquela de conversar com o aluno e explicar como deveria

ser feito ou, até mesmo, de ajudar o aluno na evolução do atendimento, foi justamente aquela de estar recriminando o aluno, dando a entender que ele era incapaz de aprender/executar tal técnica. O resultado desta atitude pode ser evidenciado pelo receio apresentado em voltar a executar determinado procedimento:

“Sou um exemplo vivo (risos), de uma disciplina, que eu tive um orientador que... por isso posso dar um bom exemplo, assim (...), de professor que não... como é que eu vou explicar? O que tu fez, no caso, eu como aluno, que eu estava fazendo, estava errado, era um absurdo eu estar fazendo daquela forma, que, daquele jeito, eu nunca ia conseguir fazer tal coisa, tal coisa. É, bem se colocando como: eu estou aqui te ensinando e tu não estás aprendendo, não é? Não disse com todas as letras, mas, estava dizendo. Então, eu me senti assim, inclusive, meio receosa depois pra tá fazendo aquele trabalho, achando que eu não ia conseguir fazer”. (docente 11).

Por fim, complementando essa ilustração sobre as atitudes do professor que podem servir de desestímulo para o aluno, houve um apontamento em que foram salientados, os seguintes aspectos: a postura do professor, a não cobrança frente ao aluno (quando deveria existir uma cobrança por parte do professor, no sentido dela se conformar numa responsabilidade dele), bem como a questão da inacessibilidade do professor. Chama-se a atenção, aqui, para o estabelecimento de fatores responsáveis pela adoção de uma postura de distanciamento em relação ao aluno:

“Pela postura dele. Vamos supor: aquele professor que não faz uma avaliação, que não cobra, um professor... Inclusive, uma outra coisa que tem me chamado a atenção em relação a isso [é] que a prepotência, pra mim, é sinônimo de insegurança. Às vezes, têm professores inseguros de serem questionados [e], em cima disso, tomam uma postura de distanciamento, entendeu? Até pra não serem questionados a fundo”. (docente 6).

Portanto, a partir do que foi observado nas entrevistas, pode-se afirmar que os professores demonstraram estarem cientes de que as suas ações, frente aos alunos, podem assumir tanto um sentido positivo quanto negativo no processo de ensino-aprendizagem na

formação do aluno no Curso de Odontologia, mesmo que exista uma certa discordância sobre em que medida estas atitudes podem interferir no processo. A explicitação de quais seriam estas atitudes, bem como os muitos exemplos fornecidos na situação de entrevista caracterizam o entendimento dos entrevistados nesse sentido.

6.3.3- Características do Bom Professor

“Um professor é um profissional que não se diferencia dos outros. É um profissional, como um médico é um médico, um dentista é um dentista, o farmacêutico é um farmacêutico. E eu sou um dentista que é professor. Não por acaso, porque busquei isso, mas essas pessoas têm que ter certas características”. (docente 8).

Durante a realização das entrevistas houve muitas referências, por parte dos docentes, sobre as características⁸⁶ que os professores deveriam ter para otimizar o processo de ensino-aprendizagem.

Tendo em vista as respostas dos entrevistados⁸⁷ sobre quais seriam estas características, verificou-se que os docentes acreditam que um bom professor precisa ter características associadas, principalmente a (em ordem decrescente): (1) ter conhecimento da disciplina em que ele atua; (2) continuar estudando “sempre”; (3a) motivar/ estimular o aluno; (3b) ter uma boa didática; (3c) ser dedicado/ interessado; (4a) ter gosto/ satisfação pela docência; (4b) ter um bom relacionamento com os alunos; (5a) ter paciência; (5b) ser disponível; (5c) associar conteúdos (teoria/ clínica);. Em acréscimo, foram destacadas de maneira mais pontual, outras: simpatia/empatia, titulação, perspicácia, senso crítico e postura adequada.

⁸⁶ O termo “características”, neste tópico, está sendo utilizado para designar tanto as características quanto as atitudes.

⁸⁷ Tendo por base as respostas fornecidas por onze entrevistados.

De modo geral, há a idéia de que o professor deve ter conhecimento dos conteúdos e assuntos relacionados com a sua disciplina. Em associação com essa questão do conhecimento, foram feitas colocações de que o professor não precisa ser um profundo conhecedor do assunto, “um papa da coisa”, mas sim, que ele deve estar disposto e interessado em buscar informações, quando ele não as dispuser/ souber. A disponibilidade e a “tarefa” de estimular os alunos também foram associadas ao bom professor:

“Eu acho que aquele professor que tá ciente da disciplina que tá ministrando, sabe, obviamente, conhece o assunto, ou que se não conhece, que, pelo menos, tenta procurar mais subsídios pra conhecer mais e poder passar pros alunos. Que esse estímulo deve partir desse professor. Esse eu acho que seria o professor, não aquele que desestimula, mas o que estimula, sempre estudando mais. Estimula o aluno a estudar mais, a procurar por outros assuntos, que se dispõe em horários fora de aula também”. (docente 11).

De outra maneira, mesmo havendo concordância em relação à necessidade do conhecimento, foi bastante ressaltado em uma das entrevistas, que o bom professor deve ter didática, ou seja, a questão do “saber transmitir” foi vista como fundamental no processo de aprendizagem. De acordo com o que foi referenciado, a titulação do docente, por si só, não significa que o professor tenha capacidade de expor os conteúdos “sabidos” satisfatoriamente. Neste sentido, de pouco adiantaria “saber muito” sem “saber transmitir”, pois um professor que “sabe pouco” e que tem uma didática boa pode fazer a diferença na aprendizagem do aluno:

“Principalmente didática, sim. É o saber se expressar. O conhecimento, lógico, tu não vai chegar e dar uma aula sem saber. Mas, aí é que tá: tu pode saber um pouco, um pouco mais ou bem mais. Mas, eu acho que se esse cara que sabe bem mais, não tiver didática, esse que souber menos, tiver uma didática boa, o que ele vai transmitir pro aluno, ele vai aprender. Esse aqui, o que tem mais, não vai saber transmitir. Então, de repente tem aquele... eu conheço pessoas da universidade que têm títulos e que não sabem se expressar (...). Eu sei que sabem a matéria, só que, infelizmente, naquela parte de transmissão dos dados, não vai”. (docente 9).

A necessidade do professor ter paciência também foi amplamente salientada em uma entrevista. Neste caso, além de ter que estudar continuamente, o bom professor deve se reconhecer enquanto um ‘difusor de saber’ (ou seja, diz respeito à postura do professor) e, também, ter “muita paciência”. Paciência, essa, que foi discriminada nas suas facetas:

“Paciência (risos). Paciência (risos). Paciência (risos). Mais um pouquinho de paciência (risos). Eu acho que o bom professor tem que ter paciência. Tem que ter paciência consigo mesmo, de (...) não apressar os processos. Paciência com o aluno, que não aprende no mesmo ritmo. Paciência com o que aprendeu mais rápido e vai ficar incomodando (risos) os que tão no tempo normal. E o professor não pode parar de estudar nunca. O professor tem que ser um estudante sempre. E tem que ter paciência também (risos) pra se reconhecer como tal. Não como um guardião de saber. Eu não guardo o saber. Eu difundo o saber (...). Então, eu acho que, pra ser um bom professor, tu tem que estudar bastante e ter muita paciência (risos)”. (docente 12).

Ainda foi destacado que o professor, além de ter uma gama de características em relação ao conhecimento e ao estudo contínuo, tais como a vontade de aprender continuamente, o entusiasmo com o aprendizado e o entusiasmo com o ensino, deve ter um bom relacionamento com os alunos, respeitando os aspectos pessoais dos estudantes:

“Como condição imprescindível, o professor deve ter uma capacidade de estudar e aprender como estudante. Isso talvez não seja possível de se resumir numa palavra só, mas eu creio que curiosidade, vontade de aprender continuamente (...) e entusiasmo com o aprendizado. Porque, alguém que tem entusiasmo por saber as coisas, ele vai ter entusiasmo por partilhar isso que ele aprendeu (...). Eu creio que a humildade de tá sempre aprendendo e não ser o dono da verdade, quer dizer, aceitar a dialética como a troca de idéias, a polêmica, o diverso, o discordante como condição natural do gênero humano, da geração de idéias (...). O professor tem que ter uma boa lida com aspectos, como aceitar as pessoas como elas são, não é? Não ser excessivamente crítico aos aspectos pessoais dos educandos, como, por exemplo, às vezes, uma antipatia pessoal ou a maneira do outro falar. Quer dizer, a gente tem que procurar tratar todos muito bem, de modo imparcial, sem se deter demais em simpatias pessoais ou antipatias pessoais”. (docente 14).

6.4- O Aluno em Análise

Embora os docentes tenham sido questionados sobre as possíveis dificuldades que estavam tendo com os alunos no exercício das atividades nas suas disciplinas específicas, no transcorrer das entrevistas, foram feitas várias considerações sobre a atuação e as atitudes dos alunos no processo de ensino-aprendizagem. Esses comentários foram selecionados⁸⁸ de acordo com o sentido explicitado pelos entrevistados e seccionados em: atitudes dos alunos que poderiam estar favorecendo o processo de aprendizagem e atitudes dos alunos que poderiam estar desfavorecendo este processo.

Sobre as atitudes que poderiam estar favorecendo o desenvolvimento das atividades, foram destacados, de maneira pontual, alguns aspectos relativos à “características positivas” dos alunos e ao seu interesse pelas disciplinas, segundo a observação dos docentes.

Assim, inicialmente, houve um apontamento em que os alunos foram caracterizados como sendo “muito inteligentes e estudiosos”. Esta afirmativa foi justificada pelo fato de que o concurso vestibular para o curso de Odontologia é um dos mais concorridos da instituição (UFSM) e, também, ao fato de que o curso tem uma carga horária grande, com aulas em dois turnos e que, por isso, os alunos “precisam estudar muito”.

Já as referências sobre o interesse dos alunos foram assim retratadas (também de maneira pontual): “no geral tá bom” (o docente colocou que as turmas diferem entre si, mas que de modo geral não tem tido dificuldades maiores com os alunos); “me parece que hoje eles estão chegando um pouco mais interessados” (neste caso, o entrevistado também fez alusão ao fato de os alunos terem que ‘enfrentar’ um vestibular dos mais concorridos e que os alunos têm demonstrado interesse pela disciplina em que ele atua); “a fluência às aulas tem sido boa” (o docente referiu que os alunos têm comparecido, em sua quase totalidade às aulas); e que os alunos estavam “bem participativos, bem atuantes e interessados”. O seguinte trecho contempla alguns dos aspectos acima descritos:

“Eles [os alunos] já se preparam pra um vestibular, enfrentaram um vestibular danado, ou um PEIES, no caso hoje, não é? Então, eles já vêm...”

⁸⁸ Foram selecionados então, para fundamentar esse tópico, os comentários feitos pelos entrevistados sobre a questão específica das possíveis dificuldades, bem como aqueles que foram feitos ao longo das entrevistas, que fizessem alusão aos comportamentos, características e atitudes dos alunos, os quais foram englobados sob a denominação de “atitudes”.

(...) me parece que chegam um pouco mais interessados. Dentro de uma turma, eu vou te dizer: uma turma de trinta e cinco, eu acho que tem uns trinta e três que estão interessados, um tá interessado em gandaia e o outro tá ali pra complicar mesmo (risos). Mas, é muito pouco. Eles, normalmente, se sentem interessados pela disciplina, curiosos pela disciplina que vai começar, curiosos pelo professor, pela maneira, pelo método do professor, curiosos pelo tipo de procedimento que vão fazer. Eles se sentem curiosos. Se sentem curiosos e ansiosos, às vezes”. (docente 8).

No entanto, em que pesem estas afirmativas sobre o interesse dos alunos e a “inteligência” dos mesmos, houve um número bem mais expressivo de docentes que referiram atitudes dos estudantes que poderiam dificultar o processo de aprendizagem. Neste sentido, a “imaturidade” dos alunos foi bastante citada pelos entrevistados:

“Tu pega o aluno, ele é educado contigo, ele é querido contigo, ele vai aprendendo a lidar com o paciente, mas é duma imaturidade (...). É imaturo. E eu vejo o quanto assim a gente tem que tá presente pra mostrar. Não se dão conta que aquilo ali é uma profissão”. (docente 6).

Embora os próprios docentes tenham colocado que essas situações não podem ser generalizadas, houve manifestações de que eles encontram dificuldades, inclusive, com relação à postura e ao comportamento dos alunos em sala de aula, quando “não raras vezes” faltam “limites” para os estudantes, com relação às noções básicas de educação e de boas maneiras:

“[eu gostaria] que eles chegassem aqui um pouco mais maduros, porque nós estamos enfrentando problemas de comportamento que, a meu ver, deveriam ter sido solucionados em casa, ou, no máximo, até a terceira série do segundo grau, tá? Então, falta assim... e se percebe isso, não dá pra se dizer que é generalizado, mas, não raras vezes, a gente tem percebido nos alunos falta de limites (...). O aluno não sabe, digamos assim, mudar de atitude na presença ou na ausência do professor. Tô generalizando, mas, algumas vezes, pode a gente se deparar com situações dessas, que são, a meu ver, extremamente, constrangedoras”. (docente 5).

Nesse sentido, alguns docentes referiram estar atuando ativamente nesse processo, ao passar para os alunos não apenas conteúdos, mas também essas noções básicas da boa educação, inclusive aquelas de “não jogar lixo no chão da sala de aula”.

Em acréscimo, foram referidas dificuldades quanto ao interesse e a participação dos estudantes nas aulas (entretanto, de modo mais pontual), tanto teóricas, as quais foram classificadas como sendo “um monólogo” e quando, também, há a dificuldade sentida do aluno em “ir pro livro”, quanto clínicas, em que o aluno, muitas vezes, não “tem iniciativa” para o atendimento dos pacientes. Ainda, nesse sentido, foi referenciado que “os alunos cobram pouco dos professores” e que a prática de procurar o professor para solicitar explicações ou buscar saber algo mais “não é uma prática comum”.

Por fim, também de modo isolado, houve apontamentos de que os alunos, às vezes, apresentam dificuldades de “compreensão de alguns termos”, que não os termos técnicos específicos, mas sim de “português” e também dificuldades de “interpretação de questões de prova”, e que “isso vem do básico” e do “ensino médio”. Ainda, foi expressa a dificuldade dos alunos em fazer leituras, bem como em reconhecer prioridades de estudo. Ou seja, há a idéia de que falhas estão acontecendo na educação, e que elas muitas vezes, devem ser supridas no terceiro grau.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração das considerações teóricas deste estudo permitiu destacar aspectos sobre a Odontologia, sobre a formação acadêmica do cirurgião-dentista e sobre o processo de ensino-aprendizagem na educação odontológica, buscando-se relações e reflexos na atual conjuntura da sociedade brasileira.

O conhecimento dos acontecimentos da Odontologia em outros tempos pode ser útil para se pensar sobre os aspectos de seu comportamento atual. Chama-se a atenção para o fato de que o modelo hegemônico de prática odontológica no Brasil recebeu influências da Odontologia norte-americana e foi desenvolvido com base no profissional liberal. Este modelo tem sido bastante discutido e, ao mesmo tempo, vem sendo alvo de várias críticas, dentre elas a limitada capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, a elitização, a individualização, os altos custos, o baixo impacto social e o distanciamento da realidade epidemiológica e social da nação (II CNSB, 1993). Vários fatores perpassam a conformação deste modelo, tais como o processo de formação dos profissionais, o contexto histórico, o desenvolvimento social e econômico, as necessidades da população, a influência do saber biomédico e das legislações curriculares específicas, bem como dos avanços em ciência e em tecnologia, inclusive, os interesses das indústrias de materiais, medicamentos e equipamentos odontológicos.

Apesar da experiência nacional com o declínio da cárie dentária, pesquisas recentemente divulgadas, demonstram a precariedade das condições de saúde bucal da

população, quando o país possui mais de 30 milhões de desdentados (os primeiros resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, de 2004, apontam que 14,4% dos brasileiros já perderam todos os seus dentes naturais) e ocorrendo, também, um acesso bastante limitado aos serviços odontológicos por grande parte da população, enquanto ainda muitas pessoas nunca consultaram um cirurgião-dentista (de acordo com a PNAD/98, em 1998, mais de 29 milhões de brasileiros nunca tinham consultado esse profissional). Paradoxalmente, observa-se um grande contingente de cirurgiões-dentistas e uma proliferação de faculdades de Odontologia no território nacional.

Desta maneira, percebe-se que a Odontologia, enquanto corpo de conhecimentos e âmbito de práticas, em que pesam os avanços científicos e tecnológicos agregados nas últimas décadas, os quais trouxeram indiscutíveis melhorias para os atendimentos odontológicos, não está efetivamente correspondendo às necessidades acumuladas de saúde bucal da maioria expressiva do povo brasileiro.

Os cirurgiões-dentistas egressos da maior parte das escolas do país continuam sendo formados com ênfase no biologicismo, na sofisticação de técnicas e de instrumentos, na quase exclusão dos determinantes sociais e econômicos do processo saúde-doença e na fragmentação dos conteúdos programáticos, o que acaba por formar profissionais sem uma visão integral do indivíduo, com o qual ele mantém relação, e do meio, no qual ambos vivem como sujeitos.

Explicita-se, nesse sentido, que a formação de recursos humanos é um dos fatores fundamentais para a melhoria do sistema de saúde. Chama-se a atenção para a formação profissional dos cirurgiões-dentistas no contexto atual, tendo em vista a criação do Sistema Único de Saúde, as modificações no mercado de trabalho e as atuais Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia (MEC).

As orientações do MEC enfatizam a formação de um profissional generalista, em conformidade com os conceitos e princípios do SUS. Estrutura-se, desta forma, um ambiente de mudanças em torno das instituições de ensino, o que, por sua vez, está induzindo o estabelecimento de processos de reforma curricular em todas as escolas de Odontologia, de modo a que elas possam se “adequar” às propostas do Ministério da Educação. Salienta-se a necessidade de que estas propostas sejam efetivamente implementadas pelas instituições formadoras de recursos humanos, para além daquelas

mudanças superficiais apenas nos nomes de disciplinas. Para tanto, o engajamento e discussão entre os diversos atores envolvidos e interessados no ensino, ou seja, coordenadores, professores, alunos, funcionários, representantes de entidades de classe, do sistema de saúde (SUS), da comunidade, bem como dos usuários dos serviços prestados torna-se imprescindível. A abertura da universidade à participação da sociedade deve ser mais encorajada.

A pesquisa empírica, realizada junto aos professores de Odontologia, forneceu subsídios para se pensar a educação de recursos humanos a partir de uma perspectiva diferente, ou seja, daqueles que vivenciam o dia-a-dia do ensino-aprendizagem e que desempenham papel primordial no processo, enquanto “formadores de opinião” e responsáveis pela “transmissão” de valores e condutas na profissão odontológica. Afirma-se aqui que os alunos e docentes influenciam e são influenciados através de suas posturas e atitudes.

Cada professor entrevistado referenciou percepções e opiniões diversas quanto os assuntos abordados nas entrevistas, conforme descrito na “Apresentação dos Resultados”, evidenciando que estes processos são mediados pelas relações sociais, pelas experiências de vida do indivíduo (incluindo aquelas relacionadas com a profissão odontológica e com a profissão docente), pela cultura, pelos ideais defendidos por cada um, enfim, da interação de cada entrevistado com os fenômenos do mundo que estão à sua volta. Estas percepções, ditas, então, “singulares” apontaram para a construção de um “mosaico” de idéias sobre os assuntos abordados: algumas vezes sendo consensuais, outras, no entanto, opostas ou simplesmente diferentes, mas que, por serem produtoras de sentidos acerca da formação do cirurgião-dentista, bem como sobre o processo de ensino-aprendizagem podem (e deveriam) ser aproveitadas nos processos de planejamento do ensino.

O fato de oportunizar a fala e a escuta, nos moldes aqueles que aconteceram nas entrevistas, permitiram uma aproximação sobre o que pensam, como procuram e o que efetivamente fazem os docentes no processo de ensino-aprendizagem. Ressalta-se a relevância e a necessidade de serem realizadas estas ações de escuta, permitindo que os professores possam compartilhar suas dificuldades, necessidades e anseios, uma vez que eles atuam decisivamente na formação do aluno.

Destaca-se que a postura de auto-avaliar-se, induzida em determinados momentos na situação de entrevista, demandou, por parte dos entrevistados, a adoção de um certo distanciamento e de uma outra perspectiva de análise, a partir de uma posição diferente, o que desencadeou visíveis processos de reflexão sobre o seu papel ativo na educação dos alunos de Odontologia. A grande maioria dos entrevistados percebeu-se como tal e demonstrou ser possuidora de responsabilidades (e de uma práxis, apesar de todas as adversidades que enfrentam no dia-a-dia numa universidade pública) de atuar no sentido de contribuir para um ensino de qualidade.

Mesmo que a abordagem tenha sido pontual, organizada por meio de um estudo de caso, em um único curso de Odontologia e com um único grupo social (no caso, os professores), há que se ter mente a questão da representatividade dos resultados, resguardado o entendimento da necessidade de que estes resultados sejam compreendidos num contexto de especificidade histórica, completado por outras variáveis determinantes das relações sociais (contexto de classe, pertinentes a uma geração, a um sexo, entre outros) (Minayo, 1992).

Ainda, não pareceu que os docentes tenham feito “o discurso dos professores do Curso de Odontologia”, ou seja, um discurso institucionalizado (já que este processo de institucionalização pode ocorrer no nível mais restrito de grupos sociais, como é o caso dos professores), uma vez que os entrevistados não demonstraram maiores receios em estar respondendo às questões em que foram feitas, inclusive, críticas aos demais colegas e a aspectos relacionados à própria instituição educacional.

Percebeu-se, a partir dos aspectos analisados sobre a formação do aluno no Curso de Odontologia da UFSM, que os docentes acreditam que o cirurgião-dentista egresso esteja recebendo uma ótima formação científica e técnica, quando o aluno pratica, nas clínicas da universidade, uma Odontologia “de ponta”. Assim sendo, foi destacado que os alunos aprendem a utilizar materiais, equipamentos e técnicas mais condizentes com a atividade privada e, muitas vezes, distinta daquela que vão praticar após a formatura, tendo em vista as mudanças no mercado de trabalho para o cirurgião-dentista, quando se observa uma crescente tendência ao assalariamento e uma busca pelos empregos no sistema público de saúde.

Neste sentido, um certo desconforto foi manifestado com relação à preparação dos profissionais, evidenciando-se a necessidade de que sejam propostas mudanças na educação odontológica. Foi salientada a pertinência de serem inseridos conteúdos/ disciplinas na formação do cirurgião-dentista, havendo uma maior expressão no sentido que estes sejam aqueles humanísticos, que instrumentalizem os egressos para um melhor relacionamento com os pacientes e com a comunidade em que irão atuar.

Ao comentar sobre o Sistema Único de Saúde, a maioria dos docentes fez menção às limitações que têm vez na esfera pública (limitações de materiais, de instalações físicas, de equipamentos, dos baixos salários e do reduzido leque de atendimentos oferecidos, entre outros). Assim, o SUS foi muito mais visto em termos de suas carências e aspectos negativos.

Tendo em vista estas idéias, associadas pelos docentes ao Sistema Único de Saúde, às condições disponíveis e ao trabalho em Odontologia no SUS, (apenas) questiona-se em que medida elas podem estar exercendo algum tipo de influência perante os alunos do Curso de Odontologia, que estão em processo de construção da sua práxis profissional, bem como em que medida estas idéias podem estar, acriticamente, sendo reproduzidas no meio acadêmico.

Em relação à formação de Odontologia em Saúde Coletiva, percebe-se que ela acontece basicamente através de três disciplinas, as de Odontologia Preventiva e Social I, II e III, as quais representam apenas 6% do total das disciplinas obrigatórias do Curso. Além disso, elas somam, juntas, 180 horas/aula, ou seja, 4,5% do número total de horas/aula previsto no currículo mínimo (que é de 3960 horas/aula). Os professores relataram utilizar métodos e materiais variados nas aulas teóricas destas disciplinas e referiram ter percebido e acreditar que eles podem interferir na aprendizagem dos alunos. As atividades práticas acontecem em duas disciplinas, uma no segundo e outra no sétimo semestre do curso (OPS II e III, respectivamente).

Os entrevistados manifestaram a idéia de que “algo precisa ser mudado ou acrescentado” na forma como vêm se processando as aulas práticas das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva (Odontologia Preventiva e Social), de modo que os alunos tenham a oportunidade de passar por experiências que lhes permitam desenvolver uma visão mais ampla sobre a abordagem odontológica em comunidades. Considerando a forma

como estão sendo desenvolvidas estas atividades práticas, estimula-se a institucionalização de processos de reflexão para que seja discutido⁸⁹ em que extensão a inserção de alunos de Odontologia (numa clínica “extra-muros” dentro dos “muros” de uma escola) estaria sendo capaz de instigar/estimular os acadêmicos que estão prestes a deixar os bancos universitários de uma instituição pública de ensino superior, a conhecer e a se apropriar das reais condições de saúde de uma comunidade, em seus múltiplos determinantes, bem como de atender a essas necessidades, incluídas aí as de saúde bucal e de atuar para que essa realidade fosse transformada. Os referenciais e os subsídios para tanto já estão disponibilizados pela Saúde Coletiva, através das várias disciplinas que a compõem.

Foram apontados alguns fatores que devem ser alcançados para que se possa avançar na formação em Saúde Coletiva, dentre eles a necessidade de contar com docentes que tenham formação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva (de que essa formação fosse uma responsabilidade institucional e não apenas de poucas disciplinas) e que o ensino se efetivasse nos serviços públicos de saúde.

Neste sentido, chama-se a atenção para o fato de que não estava sendo oportunizada a possibilidade dos alunos conhecerem e desenvolverem algum tipo de ação em interação com a realidade das unidades de saúde, pois os conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde estavam acontecendo basicamente por meio de aulas teóricas.

Os entrevistados demonstraram estar cientes da importância do aluno de Odontologia ter acesso a conhecimentos sobre o SUS. Os docentes ressaltaram diversas maneiras de aproximar os futuros profissionais com o sistema público de saúde, tanto por meio de “observações”, quanto por meio da participação na realidade das unidades de saúde, na qual, além de observar, os alunos poderiam “exercer” atividades nos serviços.

Evidencia-se, no entanto, que a inserção dos alunos na rede está na dependência da obtenção de uma complexa gama de fatores, como aqueles relativos à própria universidade (principalmente em termos de maior número, sensibilização e qualificação dos docentes envolvidos; organização para o funcionamento; divisão das responsabilidades profissionais entre professores/alunos e avaliação dos alunos nos estágios), ou aqueles que dizem respeito aos serviços (principalmente com relação à sensibilização/aceitação, por parte dos profissionais que lá atuam, adequação de espaços/estruturas, etc.), ou também aqueles

⁸⁹ Sem desconsiderar possíveis avanços e o empenho das pessoas envolvidas (docentes, discentes, funcionários) nas ações de educação, de prevenção e mesmo de assistência odontológica desenvolvidas.

relacionados com o processo de negociação em si (análise dos “custos” para cada uma das partes, a efetivação do acordo e a manutenção da decisão, ou seja, a sustentação dos alunos nos serviços de ambos, com divisão de responsabilidades, inclusive, pelos atendimentos prestados).

Considerando as idéias mencionadas pelos entrevistados acerca do ensino e da aprendizagem, prefere-se aqui compartilhar da visão de que o processo de ensino-aprendizagem acontece constantemente, através das mais diversas situações da vida diária, não sendo possível distinguir um momento do outro de modo objetivo ou consciente, nos moldes de “agora estou aprendendo” e/ou “agora estou ensinando”.

Buscou-se, desta forma, esclarecer junto aos docentes como estes se posicionavam no processo e em que medida percebiam a “pró-atividade dos alunos”. Apesar da diversidade de visões, é possível afirmar que os apontamentos dos docentes convergem para o entendimento dos termos “ensinar” e “aprender” como num processo “inseparável” no qual os alunos têm uma grande relevância, muitas vezes “ensinando” mais do que “aprendendo”. Assim, em termos acadêmicos, há que se pensar que tanto o professor quanto o aluno assumem um papel ativo no processo.

No curso de Odontologia a interação professor-aluno ultrapassa aquela que tem lugar nas aulas teóricas, pois grande parte da formação se dá nos ambientes laboratorial e clínico. Nas diferentes clínicas do curso, além do professor e dos alunos, estão presentes os pacientes. Assim, os professores que se dedicam ao ensino odontológico, pelas próprias características do processo de formação do cirurgião-dentista, para serem “bons professores”, segundo a própria visão dos entrevistados, necessitam de múltiplas características e precisam agregar valores e atitudes, de modo que o aluno possa aprender de modo satisfatório e, também, no caso das disciplinas que têm atividades clínicas, para que os pacientes possam ser bem atendidos. As atitudes do professor perante os alunos e, vice-versa, foram entendidas como podendo servir tanto de estímulo quanto de desestímulo para o interesse e a aprendizagem.

Reafirma-se que os professores desempenham função primordial na educação odontológica. Cabe ao professor democratizar o conhecimento, indagar, questionar e estimular os alunos a aprenderem a lidar com os determinantes sociais do processo saúde-

doença e com as condições de vida do indivíduo e da comunidade, bem como guiá-los na adoção de novas “visões”, de modo a se atingir a transformação da prática odontológica.

A situação de entrevista, a posterior transcrição e a leitura exaustiva do material coletado, bem como o manuseio das informações disponibilizadas, possibilitaram perceber que algumas sutilezas (ou idéias latentes) começaram a se tornar mais evidentes, como se estivessem emergindo daquilo que foi apreendido por meio da fala “cristalizada” dos entrevistados.

Arrisca-se afirmar aqui que a idéia⁹⁰ que norteou as práticas discursivas dos entrevistados foi a de “necessidade de integração”, em suas múltiplas facetas. Assim sendo, foram manifestadas pelos docentes: necessidade de integração entre os professores (de uma mesma disciplina e de diferentes disciplinas); necessidade de integração entre docentes e alunos; necessidade de integração entre alunos e pacientes; necessidade de integração entre a universidade e a comunidade que a rodeia; necessidade de integração entre as diversas disciplinas do curso (isso significa também entre os vários andares do prédio onde funciona o Curso de Odontologia); necessidade de integração entre o ciclo básico e o ciclo profissionalizante; necessidade de integração entre o Curso de Odontologia e as Ciências Sociais e Humanas; necessidade de integração entre o “campus” e o “prédio do Centro” (leia-se Antiga Reitoria, onde funciona o Curso de Odontologia), ou seja, da estrutura física; necessidade de integração entre a Saúde Coletiva e a formação técnica do aluno; e, também, a necessidade de integração entre o Curso de Odontologia e os outros cursos da área da saúde (incluídos aí outros espaços, tais como hospital, creches, escolas e até mesmo outros centros de ensino da universidade).

Tendo em vista estas idéias, fica evidente a pertinência do estabelecimento de processos dialógicos de comunicação e de aproximação entre todos esses aspectos destacados pelos professores. Deve-se pensar, desta forma, na adoção de meios para que esta “integração” possa ser realizada efetivamente, ultrapassando as fronteiras da “necessidade” e do “discurso”. Neste sentido, a perspectiva de um planejamento participativo do ensino pode ser de grande valia para a indução de mecanismos de reflexão, que conduzam a transformações tanto na estrutura (ou seja, nas condições objetivas) quanto nas relações entre os atores envolvidos na formação do cirurgião-dentista. Resguardadas as

⁹⁰ Se fosse possível resumir todas as entrevistas da pesquisa empírica em uma só idéia, a necessidade de integração seria a escolhida para o “diagnóstico” da formação do aluno no Curso de Odontologia.

particularidades de cada instituição de ensino, é possível que vários desses aspectos também estejam sendo percebidos em outros cursos e faculdades de Odontologia do país.

Curiosamente, por coincidência ou não, pode-se pensar que o próprio termo “cirurgião-dentista”, composto por duas palavras distintas, “cirurgião” e “dentista”, se encontra separado por um hífen. Em sentido contrário, pode-se pensar que exista uma tentativa de união entre essas palavras, através desse “hífen”. Percebe-se então, que essa necessidade de integração pode ser visualizada até mesmo na forma escrita que identifica o profissional de Odontologia.

Além disso, foi interessante observar que os docentes fizeram várias referências à necessidade de os alunos receberem uma formação mais “humanística”. Salienta-se, por hora, que o Curso de Odontologia da UFSM divide a mesma estrutura física (o mesmo prédio) com o Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH/UFSM), evidenciando que, ao menos, geograficamente, esta aproximação já existe.

A partir das informações obtidas na realização deste trabalho e dos aspectos acima mencionados, apontam-se as seguintes recomendações, com o intuito de nortear os processos de formação dos estudantes de Odontologia:

- sensibilização dos docentes e realização de atividades de discussão sobre o papel da universidade e do Curso de Odontologia na comunidade, bem como do papel dos próprios professores no processo de ensino-aprendizagem, com vistas ao levantamento de situações adversas e de possíveis formas de enfrentamento das mesmas;
- inclusão e valorização de conteúdos humanísticos e de Saúde Coletiva na formação do estudante de Odontologia, tais como Psicologia, Sociologia, Saúde e Sociedade, Epidemiologia, Estatística, Políticas Públicas de Saúde, Planejamento e Gestão em Saúde, Promoção de Saúde, entre outros;
- aprendizado e estágios multiprofissionais em serviços, no âmbito do Sistema Único de Saúde, como Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, com a participação dos estudantes de Odontologia e dos estudantes dos demais cursos envolvidos na saúde, tais como Enfermagem,

Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, Educação Física, Terapia Ocupacional, etc.;

- desenvolvimento de projetos de extensão, com envolvimento da parte de prevenção, educação em saúde e promoção da saúde em espaços diversos da sociedade, como creches, escolas, associações de moradores, hospitais, igrejas e demais espaços comunitários;
- realização de projetos de pesquisa e extensão com o envolvimento simultâneo de disciplinas básicas e profissionalizantes do Curso de Odontologia;
- desenvolvimento de aulas conjuntas, ministradas por professores de diferentes disciplinas e especialidades da Odontologia e, até mesmo, de outros cursos da saúde, aproximando o ciclo básico e o clínico e favorecendo o trabalho em equipe de professores;
- realização de atividades de divulgação e apresentação de resultados de projetos e pesquisas realizadas por professores e alunos do Curso de Odontologia, estimulando a integração entre discentes e docentes;
- fortalecimento dos projetos de pesquisa e de extensão interdisciplinares/multiprofissionais, com a participação conjunta dos centros de ensino da universidade, como o Centro de Ciências da Saúde, o Centro de Ciências Sociais e Humanas e o Centro de Educação;
- realização de investigações sócio-culturais, pelos estudantes de Odontologia, junto aos pacientes e usuários dos serviços prestados pelo Curso;
- treinamento de estudantes de Odontologia conjuntamente com os estudantes dos cursos de THD e ACD, num processo de formação interdependente, capacitando os alunos para o atendimento junto à equipe de saúde bucal. Para tanto, desenvolvimento de parcerias com as instituições formadoras de recursos humanos auxiliares;
- realização de parcerias com o Centro de Educação para a capacitação dos professores do Curso de Odontologia em didática de ensino e assuntos afins, para o desenvolvimento de suas atividades docentes;

- motivação dos alunos para a leitura prévia de textos sobre os temas das aulas, bem como a adoção de metodologias participativas no ensino-aprendizagem, como o desenvolvimento de atividades em grupo, oficinas, seminários e a formação de grupos de estudo e discussão, estes sob orientação docente.

Tanto o tema “formação do cirurgião-dentista”, quanto a utilização do material coletado nas entrevistas, não se esgotam nesta pesquisa. Pretende-se continuar desenvolvendo trabalhos a partir das valiosas “horas de conversa” com os docentes entrevistados, as quais estiveram repletas de “sentido”.

Ao mesmo tempo, estimula-se a realização de mais estudos sobre o tema para que seja possível, através de outros arranjos e abordagens (ou simplesmente a partir de diferentes “olhares”), produzir “outros mosaicos” que contribuam para o entendimento das relações que têm lugar no interior das instituições formadoras dos profissionais da saúde, como é o caso das faculdades de Odontologia, neste contexto composto por importantes transformações no sistema de saúde e pelas mudanças preconizadas pelas Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia, levando em consideração, ainda, aquelas que têm acontecido na sociedade contemporânea.

Reafirma-se, nesse sentido, o papel das instituições públicas de ensino superior para a formação de recursos humanos em saúde, em conformidade com as necessidades da população e com o perfil profissional requerido para uma atuação coerente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os cursos mantidos pelas esferas federal, estadual e municipal (portanto, mantidos pela sociedade) devem preocupar-se e direcionar à formação de profissionais de Odontologia capacitados ao exercício de atividades no sistema público de saúde, proporcionando, conseqüentemente, melhoria do atendimento à população. Já é tempo de que acontecer profundas transformações no perfil dos cirurgiões-dentistas egressos de cursos públicos e gratuitos. Assim, estes cursos de Odontologia, após as devidas transformações, poderão ser identificados com a formação de profissionais para o SUS.

Portanto, há que se pensar na formação de cirurgiões-dentistas dotados de múltiplas sensibilidades para perceber e lidar com o adoecimento e o sofrimento alheio, e que sejam

dotados de saberes e capacidades técnicas para intervir no processo saúde-doença dos indivíduos e da comunidade, restabelecendo a saúde bucal (indissociável da saúde global), possibilitando autonomia para os sujeitos, de forma que estes possam atuar como co-responsáveis pela manutenção de sua saúde e, também, estimulando-os a buscar melhores condições de vida e uma sociedade mais justa e humana. Destaca-se a pertinência do reordenamento dos princípios que norteiam a formação odontológica e afirma-se que a institucionalização do ensino de Saúde Coletiva, através das suas várias disciplinas, pode trazer contribuições nesse processo. Desta forma, algumas dificuldades encontradas no SUS em relação à formação dos recursos humanos poderão ser “sanadas”, de modo que se avance na construção do sistema de saúde almejado para a população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENO. Subsídios para o projeto pedagógico do curso de Odontologia, novembro de 2003 <<http://www.abeno.org.br>>.

ÁVILA, F.B. de, 1982. Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo. Rio de Janeiro: FENAME.

BALZAN, N.C. 1989. Sete asserções inaceitáveis sobre a inovação educacional. In: Inovação Educacional no Brasil: problemas e perspectivas (W.E. Garcia, org.), pp.265-283, São Paulo: Cortez.

BARROS, A.J.D, BERTOLDI, A.D., 2002. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (4): 709-717.

BASTOS, J.R. de M., PERES, S.H de C.S. & RAMIRES, I., 2003. Educação para a saúde. In: *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde* (A.C. Pereira, org.), pp.117-39, Porto Alegre: Artmed Editora.

BELLO, J.L. de P., 1993. Didática, Professor! Didática!. *Pedagogia em foco*. Vitória, abril de 2004 <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/filos02.htm>>.

BELTRÁN, R.J.; BELTRÁN, E.D., 2003. Taxonomía de competencias odontológicas. *Revista da ABENO*; (1): 28-32.

BEZERRA, A.C.B & DE TOLEDO, O.A., 1999. Nutrição, Dieta e Cárie. In: *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal* (L. Kriger org.), pp. 2-26, São Paulo: Editora Artes Médicas.

BIRMAN, J., 1991. A physis da saúde coletiva. *Revista Physis*, 1 (1): 7-11.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M., 2004. Estratégias de Ensino-Aprendizagem. Petrópolis: Editora Vozes.

BOTAZZO, C., 1992. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. São Paulo, mimeo, pp.6-9.

- BOTAZZO, C., 2000. Da Arte Dentária. São Paulo: HUCITEC/FAPESP.
- BOTAZZO, C., 2003. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde (A.C. Pereira org.), pp.17-27, Porto Alegre: Artmed Editora.
- BOTAZZO, C. & FREITAS, S.F.T. de (org.), 1998. Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas. Bauru/São Paulo: EDUSC/UNESP.
- BRASIL, 1988. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
- BRASIL, 1990. Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 20/9/1990.
- BRASIL, 1990. Lei N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 31/12/1990.
- BRASIL, 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: 20/12/1996.
- CARVALHO, C.L, 2003. Dentistas Práticos no Brasil: História de Exclusão e Resistência na Profissionalização da Odontologia Brasileira. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CHAUÍ, M., 2003. Convite à Filosofia. São Paulo: Editora Ática.
- CHAVES, M.M., 1986. Odontologia Social. Rio de Janeiro: Artes Médicas.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Faculdades de Odontologia existentes no Brasil, dezembro de 2003 <www.cfo.org.br>.
- CRUZ NETO, O., 1997. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade (M.C.de S. Minayo org.), pp.51-66, Petrópolis: Editora Vozes.
- FERNANDES NETO, A.J. A evolução dos cursos de Odontologia no Brasil, dezembro 2003 <www.abeno.org.br>.
- FERREIRA, A.B. de H., 1963. Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- FERREIRA, A.B. de H., 2000. Miniaurélio Século XXI: O Minidicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- FREIRE, P. 1987. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P., 1996. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

FREITAS, S.F.T. de, 2001. *História Social da Cárie Dentária*. Bauru: EDUSC.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Assessoria de Imprensa: Pesquisa Mundial de Saúde, dezembro de 2004 <www.fiocruz.br/ccs/novidades/mai04/pesquisa2_gabp.htm>.

GIL, A.C., 2002. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.

GOMES, R., 1997. A análise de dados em pesquisa avaliativa. In: *Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade* (M.C.de S. Minayo org.), pp.67-80, Petrópolis: Editora Vozes.

HARARI, S.G. & WEYNE, S. de C., 2002. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: *Odontologia Restauradora Fundamentos e Possibilidades* (L.N.Baratieri org.), pp.3-29, São Paulo: Livraria Santos Editora/Quintessence Editora.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/ 1998), março de 2004 <<http://www.ibge.gov.br>>.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2003. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)-1999, abril 2003 <www.ibge.gov.br>.

IYDA, M., 1998. Saúde Bucal: uma prática social. In: *Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas* (C. Botazzo & S.F.T de Freitas org.), pp.127-139, Bauru/São Paulo: EDUSC/UNESP.

JEUNON, F.A., SANTIAGO, M. de O., 1999. A formação de recursos humanos e o mercado de trabalho em Odontologia. *Revista do CROMG*; 5 (2):79-94.

JABO, 2004. SB-Brasil é concluído com o apoio da ABO. *Jornal da Associação Brasileira de Odontologia (JABO)*, número 88, março/abril, p.12-14.

KRASSE, B., 1988. *Risco de Cárie*. São Paulo: Quintessence Editora.

KRIGER, L. (org.), 1999. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Editora Artes Médicas.

LUQUE, M.S. & PEÇANHA, U.F., 1998. Poder e aprendizagem: uma breve análise das relações entre aluno e professor. *Pedagogia em foco*. Rio de Janeiro, junho de 2004 <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/filos04.htm>>.

LUZURIAGA, L., 1960. *Diccionario de Pedagogia*. Buenos Aires: Editorial Losada S.A.

MAGALHÃES, H.G.D., 2001. A prática docente na era da globalização. *Pedagogia em foco*. Rio de Janeiro, abril de 2004 <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/prof.04.htm>>.

MALTZ, M., 2000. Cárie dental: fatores relacionados. In: Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto), pp.319-339, São Paulo: Livraria Santos Editora.

MANFREDINI, M.A., 2003. Planejamento em Saúde Bucal. In: Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde (A.C. Pereira org.), pp.50-63, Porto Alegre: Artmed Editora.

MARSIGLIA, R.M.G., 1998. Perspectivas para o Ensino das Ciências Sociais na Graduação Odontológica. In: Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas (C. Botazzo & S.F.T. de Freitas org.), pp.175-196, São Paulo/Bauru: Editora UNESP, EDUSC.

MINAYO, M.C. de S., 1992. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, 1982. Resolução 04/82. Brasília, DF: Diário Oficial da União seção 1, p.17,16/09/1982.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001. Parecer CNE/CES 1300/01. Brasília, DF: Diário Oficial da União seção 1, p.25, 7/12/2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002. Resolução CNE/CES N. 3/2002. Brasília, DF: Diário Oficial da União seção 1, p.10, 4/03/2002.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2003. INEP Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Censo da Educação Superior. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. INEP Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, DF, março 2004 <www.inep.gov.br>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. Portaria N.º 267/GM, de 6 de março de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003. Portaria N.º 673/GM, de 3 de junho de 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de saúde Bucal. Recursos Humanos em Saúde Bucal (CD, THD, TPD e APD) e População Residente por Estado, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF.

MORITA & KRIGER, 2004. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Revista da ABENO, 4 (1): 17-21.

NADANOVSKI, P., 2000. O Declínio da Cárie. In: Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto), pp.341-351, São Paulo: Livraria Editora Santos.

NARVAI, P.C., 1999. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal (L. Kriger org.), pp.448-463, São Paulo: Editora Artes Médicas.

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

NORONHA, A B., 2002. Graduação: é preciso mudar - transformações dependem de políticas de educação e de saúde. Radis Comunicação em Saúde, 5:9-16.

PAIM, J.S. & FILHO, N.de A., 1998. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista Saúde Pública, 32(4): 299-316.

PERRI de CARVALHO, A. C., 1995. Educação & Saúde em Odontologia - Ensino da Prática e Prática do Ensino. São Paulo: Editora Livraria Santos.

PETRY, P.C. & PRETTO, S.M., 1997. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal (L. Kriger org.), pp. 363-370, São Paulo: Editora Artes Médicas.

PINTO, V. G., 1993. A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir. Brasília: Editora Livraria Santos.

PINTO, V.G., 1999. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal (L. Kriger org.), pp. 28-41, São Paulo: Editora Artes Médicas.

PINTO, V. G., 2000. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Editora Santos.

RALDI, D.P. et al, 2003. O papel do professor no contexto educacional sob o ponto de vista dos alunos. Revista da ABENO, 3 (1):15-23.

RICHARDSON, R.J., 1999. Pesquisa Social Métodos e Técnicas. São Paulo: Editora Atlas.

RING, M.E., 1998. História Ilustrada da Odontologia. São Paulo: Editora Manole.

RONCALLI, A.G. 1999. Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996. Natal, setembro de 2004 <www.angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf>.

RONCALLI, A.G., 2003. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde (A. C. Pereira org.), pp.28-49, Porto Alegre: Artmed Editora.

SHI, L., 1997. Qualitative Research. In: Health Services Research Methods, pp.126-142, Columbia: Delmar Publishers, International Thomson Publishing.

SILVA, J.O., 2001. Educação e Saúde: Palavras e Atos. Porto Alegre: Dacasa Editora.

SILVEIRA FILHO, A.D., 2002. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Revista Saúde da Família, 6:36-43.

UFSM. Portal da Universidade Federal de Santa Maria, fevereiro 2004, <www.ufsm.br>.

UNFER, B, 2000. O Cirurgião-Dentista do Serviço Público: Formação, Pensamento e Ação. Tese de Doutorado, Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista.

VALENÇA, A. M. G., 1998. A Educação em Saúde na Formação do Cirurgião-Dentista: da necessidade à prática participativa. Niterói: Editora UFF.

VASCONCELLOS, E.D., 2002. Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa. Petrópolis: Editora Vozes.

VIANA. A.L. & DAL POZ, M. R., 1998. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva, 8 (2):11-48.

WEINE, S.de C., 1999. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde-Um Desafio para as Novas Gerações. In: ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal (L. Kriger org.), pp.2-26, São Paulo: Editora Artes Médicas.

ZANETTI, C.H.G., 1999. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa, junho de 2004 <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>.

ZANETTI, C.H.G., 2001. Odontologia: habilidades e escolhas, junho de 2004 <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>.

YIN, R.K., 2001. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

I- Conhecendo um pouco da História do Docente

Naturalidade; idade; sexo; cargo atual; graduação: faculdade; universidade; ano de conclusão; pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado): faculdade; universidade; tema/ título do objeto de estudo; ano de conclusão; formação adicional: outro tipo de curso; treinamentos; estágios; experiências profissionais fora da faculdade: trabalhos realizados; cargo atual; atuação no curso de Odontologia da UFSM: departamento; disciplina lecionada; carga horária semanal na universidade; tempo de docência; projetos de pesquisa/extensão; orientação de alunos.

II- Falando sobre a Odontologia

Modelo de prática odontológica; organização do atendimento no curso de Odontologia/UFSM; conhecimento e/ou experiência de modelo de prática diferenciado; Odontologia nas políticas públicas.

III- Alguns Conhecimentos Básicos sobre Odontologia em Saúde Coletiva (apenas para docentes das disciplinas básicas e clínicas)

-opinião sobre o SUS; definição de saúde; finalidade da saúde coletiva em Odontologia; conhecimento das Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia; processo de reforma curricular.

III- Sobre a formação do aluno de Odontologia em Saúde Coletiva (apenas para docentes de Odontologia em Saúde Coletiva)

Conteúdos abordados (temas das aulas); procedimentos metodológicos: materiais didáticos e desenvolvimento das aulas; possível interferência dos materiais e métodos na

aprendizagem dos alunos; contato dos alunos com o SUS e em outros espaços comunitários; diferenças com formação passada; satisfação com a carga horária e com recursos disponíveis para desenvolver atividades; opinião sobre a formação em saúde coletiva; conhecimento das Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Odontologia; processo de reforma curricular.

IV- O papel do Professor na Educação Odontológica

Escolha pela docência; definição para “ensinar” e “aprender”; possível responsabilidade do professor pelo interesse do aluno e atitudes do professor podem favorecer interesse e/ou a aprendizagem dos alunos*; possível responsabilidade do professor pelo desinteresse do aluno por uma disciplina e atitudes do professor podem prejudicar o interesse e/ou a aprendizagem dos alunos*; situações vivenciadas em relação a esses aspectos*; maior responsável pela aprendizagem (aluno; professor; em %)*; alunos em análise (responsabilidade; interesse; dificuldades encontradas); características de um bom professor.

* Questões baseadas no modelo de entrevista usado por Raldi et al, 2003 (O papel do professor no contexto educacional sob o ponto de vista dos alunos. Revista da ABENO 3 (1): 15-23)

V- Algumas visões, anseios, expectativas do Professor

Opinião sobre o perfil do aluno egresso; a formação ideal para o cirurgião-dentista; mudanças que faria na estrutura e no processo de formação no curso; estratégias para formar os futuros cirurgiões-dentistas para atuar no SUS;

ANEXO 2

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “*Saúde Coletiva na formação acadêmica do cirurgião-dentista*”. Esta pesquisa conforma-se num estudo de caso e está sendo realizada junto aos professores do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por fazer parte do corpo docente desta instituição.

Os objetivos deste estudo são analisar aspectos da formação do cirurgião-dentista, tendo como balizas a criação do Sistema Único de Saúde e as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (MEC), compreender conceitos do processo de educação odontológica; descrever a operacionalização do ensino de saúde coletiva no Curso de Odontologia; conhecer o perfil dos professores do curso; conhecer suas visões enquanto docentes no processo de ensino-aprendizagem e suas percepções sobre o ensino da saúde coletiva e sobre a formação acadêmica do cirurgião-dentista.

Sua participação nesta pesquisa acontecerá por meio de entrevistas semi-estruturadas acerca dos assuntos relacionados aos objetivos acima descritos. As informações obtidas através das entrevistas serão confidenciais e, portanto, asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados e informações serão divulgados de acordo com numeração que cada professor receberá, respeitando, entretanto, o grupo de disciplinas a que ele faz parte. Os docentes estão divididos em três grupos, compreendendo docentes das disciplinas básicas, das disciplinas clínicas e das de Odontologia em Saúde Coletiva. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Além disso, o (a) senhor (a) 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.

Deison Alencar Lucietto

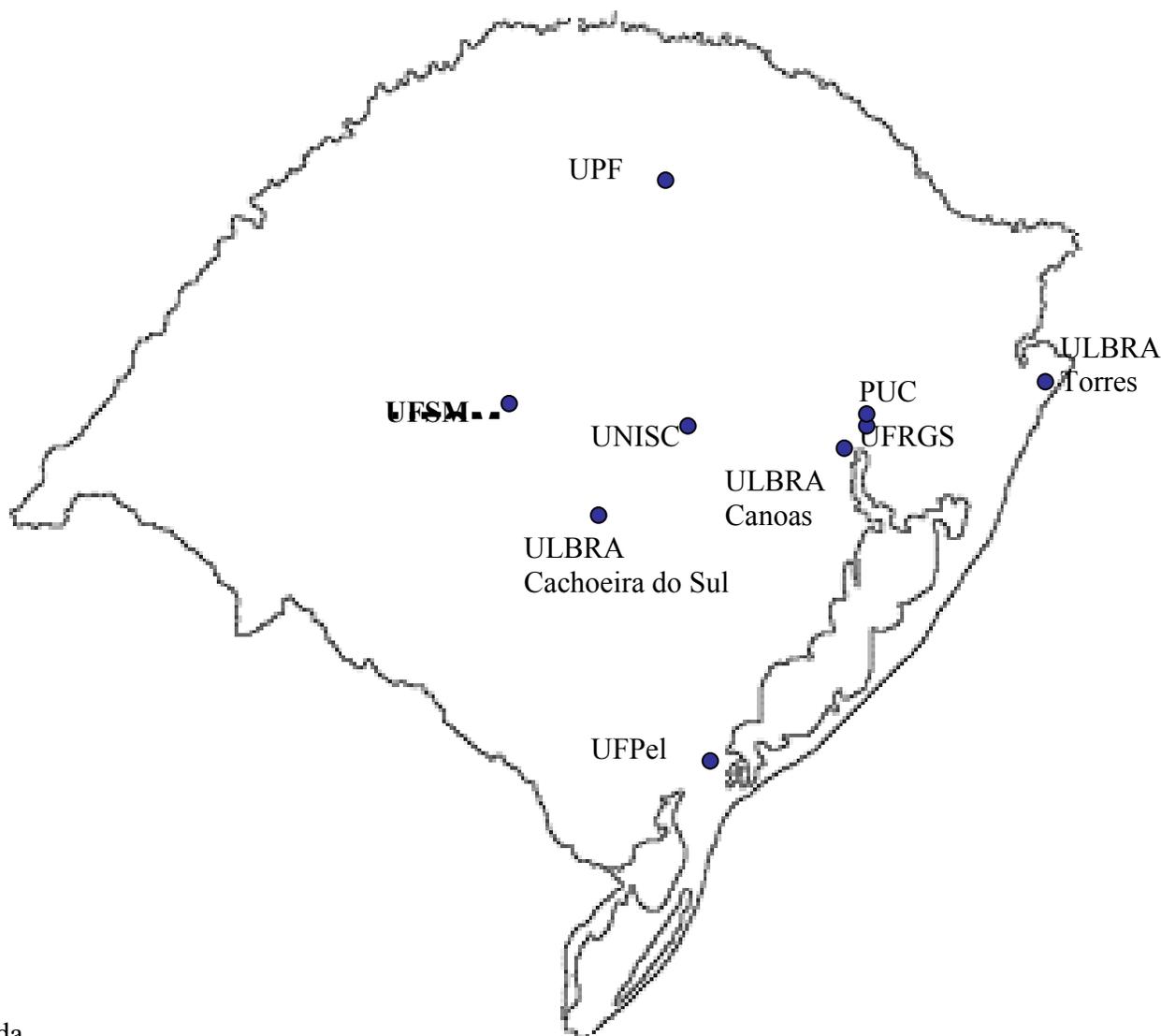
Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Professor

Contato:
Deison Alencar Lucietto
Rua Djalma Ulrich 91/1207 Copacabana Rio de Janeiro – RJ Fone: 21 3813 0536 / 21 8119 2773
e-mail: deisonodonto@hotmail.com/ deisonlucietto@yahoo.com.br
Rua Venâncio Aires 2061/403 Centro Santa Maria – RS Fone: 55 221 4977 / 54 9125 9888

ANEXO 3

ILUSTRAÇÃO 1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA NAS UNIVERSIDADES DO RIO GRANDE DO SUL



Legenda

PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre/RS

UFPel: Universidade Federal de Pelotas - Pelotas/RS

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre/RS

UFSM: Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria/RS

ULBRA: Universidade Luterana do Brasil - Canoas/RS, Cachoeira do Sul/RS, Torres/RS

UNISC: Universidade de Santa Cruz do Sul - Santa Cruz do Sul/RS

UPF: Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo/RS

ANEXO 4

ILUSTRAÇÃO 2. FOTOS UFSM E CIDADE DE SANTA MARIA

[fonte: www.ufsm.br]

Vistas Parciais da Cidade Universitária
Campus da UFSM



Prédio da “Antiga Reitoria” onde
funcionam clínicas e laboratórios do Curso
de Odontologia/UFSM



Vista aérea da cidade de Santa Maria/RS



ANEXO 5

QUADRO 2. GRADE CURRICULAR DO CURSO DE ODONTOLOGIA/ UFSM

(Ano currículo: 93)

DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS

1º semestre	GENÉTICA E EVOLUÇÃO	HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA GERAIS	ANATOMIA GERAL	ANATOMIA E ESCULTURAS DENTÁRIAS "A"	MICROBIOLOGIA GERAL "B"	BIOQUÍMICA BÁSICA	ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL I	
2º semestre	FISIOLOGIA I-A	ANATOMIA HUMANA APLIC. A ODONTOLOGIA		HISTOLOGIA E EMBRIOL. APLICADAS A ODONTOLOGIA	MICROBIOLOGIA ORAL "A"	BIOQUÍMICA ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL II	
3º semestre	FARMACOLOGIA GERAL E DO SIST. PERIFÉRICO	FISIOLOGIA II -A	FUNDAMENTOS DE CIÊNCIAS SOCIAIS "A"	IMUNOLOGIA GERAL "C"	DENTÍSTICA I	MATERIAIS DENTÁRIOS I-A	PATOLOGIA GERAL A	SEMIOLOGIA I
4º semestre	METODOLOGIA CIENTÍFICA "A"	FARMACOLOGIA ESPECIAL "A"	PARASITOLOGIA GERAL	DENTÍSTICA II	PATOLOGIA BUCO-FACIAL "A"	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA I-A		
5º semestre	DENTÍSTICA III	MATERIAIS DENTÁRIOS II -A	CIRURGIA E TRAUM. BUCOMAXILOFACIAL I		ENDODONTIA I – A	PERIODONTIA I-A	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA II-A	
6º semestre	PRÓTESE DENT. PARCIAL FIXA I		CIRURGIA E TRAUM. BUCOMAXILOFACIAL II		ENDODONTIA II-A	ODONTOPEDIATRIA I	PERIODONTIA II-A	SEMIOLOGIA II-A
7º semestre	CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA I-A		PRÓTESE DENT. PARCIAL FIXA II		CIRURGIA E TRAUM. BUCOMAXILOFACIAL III		ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL II	
8º semestre	CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA II-A			PRÓTESE DENTÁRIA REMOVÍVEL		PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL		ORTODONTIA "A"

Fonte: www.ufsm.br [acessado em 27/Nov/2004].

**QUADRO 2 (continuação). GRADE CURRICULAR DO CURSO DE
ODONTOLOGIA/ UFSM
(Ano currículo: 93)**

DISCIPLINAS COMPLEMENTARES

ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE GRADUAÇÃO
- TRABALHO PEDAGÓGICO EM ODONTOLOGIA
CLÍNICA INTEGRADA DE ODONTOLOGIA
- ESTÁGIO EM ODONTOLOGIA
ODONTOLOGIA RESTAURADORA
- COMPLEMENTOS DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA - COMPLEMENTOS DE MATERIAIS DENTÁRIOS - COMPLEMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA REMOVÍVEL - COMPLEMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL - DENTÍSTICA RESTAURADORA - MATERIAIS DENTÁRIOS III - CLÍNICA DE OCLUSÃO
ESTOMATOLOGIA
- COMPLEMENTOS DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL I - COMPLEMENTOS DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL II - COMPLEMENTOS DE PERIODONTIA - COMPLEMENTOS DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA I - COMPLEMENTOS DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA II - COMPLEMENTOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL - ODONTOPEDIATRIA II - ODONTOLOGIA PARA PACIENTES ESPECIAIS - DIAGNÓSTICO BUCAL - CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL IV - FARMACOTERAPÊUTICA ODONTOLÓGICA

Fonte: www.ufsm.br [acessado em 27/Nov/2004].

ANEXO 6

QUADRO 3. EMENTA E PROGRAMA DA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL I

Nome	ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL I
Carga horária	15 horas/ semestre
Créditos	1
Objetivos	Analisar o compromisso social e a atuação da Odontologia na resolução dos problemas de saúde oral da comunidade.
Ementa	SAÚDE. EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS ORAIS. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA PROFISSIONAL ODONTOLÓGICA. O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.
Programa	<p>UNIDADE 1 – SAÚDE</p> <p>1.1. Fatores determinantes na manutenção da saúde. 1.2. Saúde oral.</p> <p>UNIDADE 2 – EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS ORAIS</p> <p>2.1. Prevalência. 2.2. Incidência. 2.3. Doenças orais mais prevalentes.</p> <p>UNIDADE 3 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA PROFISSIONAL ODONTOLÓGICA</p> <p>3.1. Modelos de atenção à saúde bucal. 3.2. Análise da prática odontológica exercida no setor público e no setor privado. 3.3. O compromisso social da profissão odontológica.</p> <p>UNIDADE 4 – O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE</p> <p>4.1. Sociedade, governo e saúde. 4.2. Princípios e diretrizes do Sistema Nacional de Saúde.</p>

ANEXO 7

QUADRO 4. EMENTA E PROGRAMA DA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL II

Nome	ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL II
Carga horária	90 horas/ semestre
Créditos	4
Objetivos	Selecionar e aplicar métodos de prevenção das doenças orais mais prevalentes, segundo os fatores de risco de tais doenças e a aplicabilidade desses métodos em Saúde Pública.
Ementa	EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS ORAIS. DOENÇAS ORAIS PROBLEMAS EM SAÚDE PÚBLICA. PRINCÍPIOS DE EDUCAÇÃO APLICADOS A PROGRAMAS DE SAÚDE ORAL. PROGRAMAS PREVENTIVOS DE DOENÇAS ORAIS EM COMUNIDADES. ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA.
Programa	<p>UNIDADE 1- EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS ORAIS.</p> <p>1.1 Unidade de medida e índices. 1.2 Seleção dos índices. 1.3 Aplicação dos índices de utilização mais freqüentes em programas de saúde pública.</p> <p>UNIDADE 2- DOENÇAS ORAIS PROBLEMAS EM SAÚDE PÚBLICA</p> <p>2.1. Cárie. 2.1.1.Determinação dos fatores de risco. 2.1.2.Métodos de controle. 2.1.2.1.Controle da placa bacteriana dental. 2.1.2.2.Controle da dieta. 2.1.2.3.Fluoterapia. 2.1.2.4.Outros métodos de interesse da saúde pública. 2.1.3. Aplicabilidade dos métodos de controle em programas de saúde pública.</p> <p>2.2. Doença Periodontal. 2.2.1. Determinação dos fatores de risco. 2.2.2. Métodos de controle. 2.2.3. Aplicabilidade dos métodos de controle em programas de saúde pública.</p> <p>2.3. Mal-oclusão.</p>

- 2.3.1. Determinação dos fatores de risco.
- 2.3.2. Métodos de controle.
- 2.3.3. Aplicabilidade dos métodos de controle em programas de saúde pública.

(continua)

Programa

(CONTINUAÇÃO DO QUADRO 4)

- 2.4. Câncer Oral.
 - 2.4.1. Determinação dos fatores de risco.
 - 2.4.2. Métodos de controle.
 - 2.4.3. Aplicabilidade dos métodos de controle em programas de saúde pública.

- 2.5. Lesões congênitas oro-faciais
 - 2.5.1. Determinação dos fatores de risco.
 - 2.5.2. Métodos de controle.
 - 2.5.3. Aplicabilidade dos métodos de controle em programas de saúde pública.

UNIDADE 3- PRINCÍPIOS DE EDUCAÇÃO APLICADOS A PROGRAMAS DE SAÚDE ORAL.

- 3.1. A construção do conhecimento.
- 3.2. A educação para a saúde.

UNIDADE 4- PROGRAMAS PREVENTIVOS DE DOENÇAS ORAIS EM COMUNIDADES.

- 4.1. Planejamento.
- 4.2. Execução.
- 4.3. Análise.

UNIDADE 5- ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA

- 5.1. Racionalização do trabalho.
- 5.2. Simplificação do trabalho.
- 5.3. Desmonopolização do conhecimento.

Fonte: www.ufsm.br [acessado em 27/Nov/2004].

ANEXO 8

QUADRO 5. EMENTA E PROGRAMA DA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL III

Nome	ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL III
Carga horária	75 horas/ semestre
Créditos	3
Objetivos	Planejar, executar e avaliar programas de atenção odontológica que tenham ênfase na atenção primária e sejam resolutivos em termos de atenção básica ou secundária. Conhecer os princípios éticos e legais do exercício profissional odontológico.
Ementa	ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS. RECURSOS HUMANOS EM PROGRAMAS DE SAÚDE ORAL. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM PROGRAMAS DE SAÚDE. ODONTOLOGIA LEGAL.
Programa	<p>UNIDADE 1- ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.</p> <p>1.1. Sistemas de saúde. 1.2. Princípios gerais da organização dos serviços odontológicos.</p> <p>UNIDADE 2- RECURSOS HUMANOS EM PROGRAMAS DE SAÚDE ORAL.</p> <p>2.1. Pessoal profissional. 2.2. Pessoal auxiliar. 2.3. Agentes de saúde.</p> <p>UNIDADE 3- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM PROGRAMAS DE SAÚDE.</p> <p>3.1. Análise da produtividade. 3.2. Análise do equipamento. 3.3. Análise do mercado de trabalho. 3.4. Análise de custos.</p> <p>UNIDADE 4- ODONTOLOGIA LEGAL.</p> <p>4.1. Jurisprudência odontológica. 4.2. Código de ética odontológica.</p>



Fonte: www.ufsm.br [acessado em 27/Nov/2004].

ANEXO 9

TABELA 1b

**Número de cirurgiões-dentistas (CD), população e relação habitantes/ CD por Estado
Brasil 2003**

UF/ Região	CD	População	Relação hab/ CD
AC	260	600.607	2310
AP	177	534.821	3021
AM	1183	3.031.079	2562
PA	2259	6.574.990	2910
RO	640	1.455.914	2274
RR	178	357.296	2007
TO	690	1.230.188	1782
Norte	5387	13.784.895	2558
AL	1541	2.917.678	1893
BA	5268	13.440.544	2551
CE	3445	7.758.437	2252
MA	1377	5.873.646	4265
PB	2420	3.518.607	1453
PE	4691	8.161.828	1739
PI	1304	2.923.695	2242
RN	1951	2.888.087	1480
SE	988	1.874.597	1897
Nordeste	22985	49.357.119	2147
DF	4299	2.189.792	509
GO	5479	5.306.424	968
MT	2035	2.651.313	1302
MS	2294	2.169.704	945
Centro-Oeste	14.107	12.317.233	873
ES	3138	3.250.205	1035
MG	23491	18.553.335	789
RJ	22033	14.879.144	675
SP	64603	38.709.339	599
Sudeste	113265	75.392.023	665
PR	11145	9.906.812	888
RS	10624	10.511.009	989
SC	5565	5.607.160	1007
Sul	27334	26.024.981	952
Brasil	183.078	176.876.251	966

CD= cirurgião-dentista; hab/CD= relação entre número de habitantes e de CD por Estado
Fonte: Ministério da Saúde; CFO (abril 2003); IBGE (população estimada, 2003).

ANEXO 10

TABELA 3b

Distribuição das Faculdades de Odontologia existentes no Brasil - 2003

UF/ Região	Dependência Administrativa				Número de Faculdades
	F	E	M	P	
AC	-	-	-	-	0
AP	-	-	-	-	0
AM	1	1	-	3	5
PA	1	-	-	1	2
RO	-	-	-	2	2
RR	-	-	-	-	0
TO	-	-	-	1	1
Norte	2	1	0	7	10
AL	1	-	-	1	2
BA	1	1	-	3	5
CE	1	-	-	1	2
MA	1	-	-	2	3
PB	1	1	-	-	2
PE	1	1	-	2	4
PI	1	1	-	2	4
RN	1	-	-	1	2
SE	1	-	-	1	2
Nordeste	9	4	0	13	26
DF	1	-	-	3	4
GO	1	-	-	1	2
MT	-	-	-	2	2
MS	1	-	-	1	2
Centro-Oeste	3	0	0	7	10
ES	1	-	-	1	2
MG	5	1	-	11	17
RJ	2	1	-	15	18
SP	-	7	5	36	48
Sudeste	8	9	5	63	85
PR	1	4	-	9	14
RS	3	-	-	6	9
SC	1	-	5	1	7
Sul	5	4	5	16	30
Brasil	27	18	10	106	161

F= Federal; E= Estadual; M= Municipal; P= Particular.

Fonte: CFO (2003).

Acesso a serviços odontológicos Brasil 2003

Tempo desde a última consulta	Grupo etário (anos)		
	15 a 19	35 a 44	65 a 74
Nunca foi atendido	13,50%	2,84%	5,83%
Menos de 1 ano	48,55%	37,84%	16,83%
De 1 a 2 anos	23,26%	22,53%	11,66%
3 ou mais anos	14,68%	36,79%	65,69%

Fonte: SB 2003 (2004)