

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

José dos Santos Branco Júnior

O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR EM
ODONTOLOGIA

Rio de Janeiro

2011

José dos Santos Branco Júnior

O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR EM
ODONTOLOGIA

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

Orientadora: Dr.^a Arlinda Barbosa Moreno

Rio de Janeiro

2011

B816c

Branco Júnior, Jose dos Santos

O conceito ampliado de saúde e a formação de nível superior em odontologia. / Jose dos Santos Branco Júnior. - 2011.

212 f. : il.

Orientador: Arlinda Barbosa Moreno

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

1. Currículo . 2. Educação em Saúde . 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Saúde bucal I. Moreno, Arlinda Barbosa. II. Título

CDD 375

José dos Santos Branco Júnior

O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR EM
ODONTOLOGIA

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

Aprovado em: 06 / 12 / 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Arlinda Barbosa Moreno - EPSJV/FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Ana Margarida de Mello Barreto Campello – EPSJV/FIOCRUZ

Prof. Dr. Luiz Antonio Saléh Amado - UERJ

*Dedico este trabalho aos meus pais: Branco
(in memoriam) e Nazareth cujo exemplo de
vida e caráter ilibados sempre me serviram
como farol;
à tia Berenice pelo carinho que sempre me
dispensou e ao meu filho Matheus, minha
vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Dra. Arlinda Barbosa Moreno por ter me aceitado como orientando e pela extrema responsabilidade com que conduziu a orientação para este trabalho. Sua postura humilde e paciente muito me ajudaram a trilhar este percurso com mais suavidade. Seu notório saber me inspirou todo o tempo.

Agradeço à minha família pela compreensão dispensada às minhas ausências para poder cumprir o programa com aproveitamento.

Agradeço à coordenação da pós-graduação por ter me selecionado, entre tantos candidatos, para cursar este programa que muito ampliou minha visão sobre saúde e educação, além do esmero com que tratam de nossa formação.

Agradeço ao Professor Gustavo Matta por ter me aceitado como aluno em sua disciplina de Políticas de Saúde em 2009.

Agradeço aos colegas de turma pelo convívio edificante.

Agradeço à coordenação da graduação do curso de odontologia da UERJ, que, através das funcionárias Sra. Vanize de Sá e Sra. Patrícia Almeida, gentilmente cedeu os currículos e ementas do curso de odontologia relativos aos anos de 1987 e 2011.

Agradeço ao meu primo Dr. Mário Antônio Baraúna por me “empurrar” para a pós-graduação *strictu sensu* e não me deixar acomodar com minhas especializações.

Agradeço a minha madrinha Alice de Melo Moura pelo incentivo constante.

Agradeço à Dra. Silvana Malusá pelos trabalhos que me conseguiu, ajudaram muito.

Agradeço a Maria Alice Garcia Jardim pelo apoio emocional e incentivo constantes.

Agradeço aos colegas de trabalho do Posto de Saúde Madre Teresa de Calcutá por “tocarem” o serviço durante minha ausência e a Dra. Márcia Monteiro por haver me liberado para cursar.

Agradeço ao Fábio Toscano por me salvar com as questões de informática e ter recuperado meus arquivos.

Agradeço à Micheli Abreu, da secretaria da pós-graduação da EPSJV, pelo zelo ao cuidar dos aspectos administrativos de nossa vida escolar.

RESUMO

Objetivou discutir e analisar marcos legais com inflexão nos currículos de odontologia - com ênfase dada às Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia (DCNO) - buscando identificar e discutir modificações nos mesmos, devido à adoção de um conceito ampliado de saúde pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e pelo SUS. Faz revisão de literatura e análise documental utilizando uma abordagem histórico-dialética. Constatou que os currículos na área odontológica continuam favorecendo aspectos biotecnológicos da formação apesar das DCNO apresentarem conteúdo, em vários aspectos, consoante a um conceito ampliado de saúde e direcionado a atender aspectos da formação demandados pelo SUS. As DCNO configuram-se num marco diferenciado historicamente com potencial de contribuir para mudanças significativas na formação do cirurgião-dentista em direção a uma atuação condizente com um conceito ampliado de saúde, contudo suas recomendações coexistem com a tradição centrada numa concepção tecnicista de currículo.

Palavras-Chave: Currículo. Educação em Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Promoção da Saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Aimed to discuss and analyze legal frameworks with inflection in the curricula of Dentistry - with emphasis on the Course Curriculum Guidelines for Undergraduate Dentistry (DCNO) - seeking to identify and discuss changes in them due to adopt a wider definition of health by the Brazilian Federal Constitution 1988 and Unified Health System (SUS). Were realized literature review and documentary analysis using a historical-dialectical approach. Found that the curricula in the dental field still give emphasis to biotechnological aspects of the formation despite DCNO submit content, in many respects, according to an expanded concept of health and targeted to meet aspects of training required by the SUS. The DCNO are configured in a historically differentiated brand with the potential to contribute to significant changes in the training of dentists towards a performance befitting a wider definition of health, but their recommendations coexist with tradition centered on the technical.

Keywords: Curriculum. Health Education. Health Public Policy. Health Promotion. Oral Health.

LISTA DE SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BM	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Câmara de Ensino Superior
CD	Cirurgião-dentista
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CONAM	Conselho Nacional de Associações de Moradores
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP	Conselho consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRO-SP	Conselho Regional de Odontologia - São Paulo
CTA	Comitê Técnico Assessor
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNO	Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia
DPNSB	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família

ET-SUS	Escolas Técnicas do SUS
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNO	Federação Nacional de Odontologia
FUNRURAL	Fundo de Amparo ao Trabalhador Rural
FO-UERJ	Faculdade de Odontologia da UERJ
GT	Grupo de Trabalho
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social e Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores Estaduais
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBRO	Movimento Brasileiro de Reforma Odontológica
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos SUS
NSE	Nova Sociologia da Educação
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIASS	Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Plano de Localização de Unidades de Serviços
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PROMED	Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina
PSF	Programa Saúde da Família
SB BRASIL	Projeto Saúde Bucal Brasil
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SCIELO	Scientific Eletronic Library
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESu	Secretaria de Educação Superior
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNEO	União Nacional dos Estudantes de Odontologia
UNESCO	United Nations, Educational Scientific and Cultural Organization
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade
USAID	United States Agency for International Development
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE COLETIVA	19
3 FORMAÇÃO EM SAÚDE E O EMBATE DE CONCEPÇÕES: FORMAÇÃO PARA O SUS OU FORMAÇÃO PARA O MERCADO?	36
3.1 CONCEPÇÕES PARA AS GRADUAÇÕES EM SAÚDE: BREVE TRAJETÓRIA DE UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO	38
3.2 AS CONCEPÇÕES EM EMBATE.....	45
4 O CURRÍCULO COMO CAMPO DE CONHECIMENTO E DISPUTA	53
4.1 CURRÍCULO: CAMPO DE CONHECIMENTO EM PERMANENTE CONSTRUÇÃO	53
4.1.1 Para Além da Grade de Conteúdos: o Adeus à Neutralidade Curricular.....	58
4.2 O DESENVOLVIMENTO DO CAMPO PEDAGÓGICO-CURRICULAR NO BRASIL.....	65
5 SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA: O SUS E O PERCURSO DA SAÚDE BUCAL	68
5.1 A INSCRIÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO	68
5.2 A CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO SUS.....	72
5.3 O SUS EM TEMPOS NEOLIBERAIS	79
5.4 O PERCURSO DA SAÚDE BUCAL	82
6 DISCUSSÃO	93
6.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	93
6.2 ASPECTOS ANALÍTICOS	97
6.2.1 Relativos à Legislação.....	97
6.2.1.1 <i>Considerações iniciais</i>	97
6.2.1.2 <i>Documentos</i>	103
6.2.2 Análise dos Currículos	136
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	161
ANEXOS	169

1 INTRODUÇÃO

Historicamente a formação dos profissionais de saúde, incluindo a do cirurgião-dentista, foi fortemente influenciada por uma visão fragmentada e reducionista da saúde, ancorada intensamente no paradigma biotecnológico e numa concepção reduzida do adoecimento humano que, freqüentemente, o associava a aspectos puramente biológicos e concebia a saúde negativamente, ou seja, apenas como ausência de doença.

Esta formação centrada no paradigma biotecnológico tem se apresentado como um dos fatores que contribuí, sobremaneira, para que a busca pela integralidade do cuidado fique distante das práticas cotidianas do trabalho do cirurgião-dentista, já que este tipo de concepção não está fundamentado em um conceito ampliado do processo saúde e doença e, por conseguinte, limita o escopo de atuação do profissional aos pressupostos que cabem neste modelo explicativo.

Segundo Moysés (2008), o modelo de educação e prática odontológica com estas características tornou-se hegemônico nos Estados Unidos da América (EUA) e nos países sob sua influência, dentre os quais o Brasil, especialmente a partir da publicação de um documento, em 1926, pelo governo americano, que ficou conhecido como Relatório Gies. Este relatório, cujo nome deve-se ao seu elaborador, William J. Gies, seria o correspondente na odontologia do célebre Relatório Flexner, publicado em 1910, que reestruturou o ensino na área médica nos Estados Unidos da América e no Canadá.

A este respeito, em que pese o posicionamento de autores como Almeida Filho (2010), que ressalta o fato da influência flexneriana ter se dado tardiamente no Brasil e dos aspectos positivos propostos pelo Relatório Flexner, como, por exemplo, a redução do número de discentes por turmas, a criação de critérios para ingresso nos cursos de medicina, a associação do ensino à clínica através da criação de hospitais-escola e a preconização de que os professores tivessem dedicação exclusiva ao ensino, sem poder se dedicar à prática privada, é grande o número de autores no campo da saúde coletiva que afirmam que, dentre as influências mais importantes sofridas nas profissões da área médica, inclusive a odontológica, ao longo do século XX, em virtude da repercussão dos relatórios citados, estão a ênfase nas ciências biológicas, a atenção à saúde com foco nos aspectos curativos, a especialização precoce dos profissionais e um enfoque de atuação que valoriza a agregação tecnológica crescente e que prepara para o exercício no mercado privado. Como consequência, o elevado nível de especialização e a divisão/fragmentação do trabalho em saúde, decorrente, em parte,

deste modelo de formação profissional, também têm sido apontados como fatores que contribuem de forma negativa para o alcance da humanização do cuidado e da integralidade na atenção em saúde.

Esta relação entre formação e trabalho em saúde nos coloca, inicialmente, uma questão importante que há muito inquieta o autor desta dissertação e, aparentemente, se apresenta como um dos possíveis desafios a serem transpostos para que se construam práticas de educação e saúde com vistas a uma abordagem que privilegie a transformação social em detrimento da mera reprodução das relações sociais de dominação:

Como os profissionais de saúde formados, em sua maioria, por escolas que adotam sistemas de ensino que incorporaram historicamente o modelo biomédico, que valoriza as práticas baseadas em lógicas curativas, de cunho reducionista e inspiração cartesiana, podem se apropriar de concepções que visem romper com lógicas voltadas à conformação dos indivíduos a situações sociais que refletem a desigualdade intrínseca ao modo de produção da vida no sistema capitalista.

Esta condição, que se expressa no seio da formação profissional em saúde, reflete como fatores ligados às concepções hegemônicas no campo científico e educacional podem se relacionar a fatores político-ideológicos e manifestar-se nos vários domínios da vida, notadamente, na divisão social do trabalho e na produção do conhecimento.

Por isso, a visão sobre a educação e saúde dos profissionais de saúde, enquanto intelectuais e educadores, parece estar fortemente condicionada às políticas sociais da área e aos modelos pedagógicos envolvidos em sua formação, assim como às estruturas do trabalho em saúde, construídas historicamente, e nas quais se inserem.

É nesta direção que Ramos (2009, p. 154-155) observa, ao tratar das concepções e práticas pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ET-SUS), que a educação profissional em saúde e, por extensão entendemos a formação em odontologia, não é área neutra e pode ser melhor avaliada como:

[...] uma mediação específica da formação humana na totalidade das relações sociais. As práticas instituídas não são neutras nem estáticas; ao contrário, têm um fundamento filosófico e ideológico afinado com uma determinada concepção de mundo e com um projeto de sociedade, construídos a partir de um ponto de vista de classe e frações de classe. Desta forma, seu conteúdo expressa uma direção e um sentido que se pretende dar às práticas sociais.

Cabe, então, refletir criticamente sobre os valores políticos, científicos e ideológicos e o papel dos currículos envolvidos na formação dos cirurgiões-dentistas brasileiros posto que, certamente, irão aproximar ou afastar os novos profissionais do ideário do Movimento pela

Reforma Sanitária Brasileira no sentido da busca pelo alcance pleno dos direitos sociais em saúde, como um todo, e na área da saúde bucal, especificamente.

Portanto, entendendo, a partir daí, que nem a racionalidade científica e, tampouco, a educacional são campos axiologicamente neutros, parece aqui interessante resgatar que, no atual contexto, onde há graves problemas sociais como o desemprego estrutural, precarização do trabalho, aumento da violência, desigualdades extremas na distribuição de renda e exclusão social de amplas camadas da sociedade, as mudanças de enfoque na direção de concepções de educação/formação profissional em saúde, comprometidas com a superação da alienação política, poderiam ser de grande valia como ferramenta antagônica às tendências neoliberais que têm se instalado fortemente, na sociedade brasileira, como um todo, e no campo da saúde, enquanto política social, particularmente.

Neste sentido, compreendendo o ensino e a prática odontológica como práticas sociais, ficam evidentes o caráter político das mesmas e a necessidade de repensá-las constantemente. Silveira (2004, p.158) reconhece esta potencialidade quando escreve acerca do: “[...] caráter político das práticas profissionais e da formação universitária na área de saúde, devendo ser elas mesmas alvo de discussão e mudança para que venham constituir-se como bem público.”

Para Feuerwerker (2003, p. 25):

As propostas de mudança na formação dos profissionais de Saúde orientadas pelas novas diretrizes curriculares e apoiadas pelo Ministério da Saúde estão orientadas à superação de alguns desses problemas. Pretende-se com elas chegar a ter profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. Pretende-se que a universidade esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Pretende-se também transformar o modelo de atenção, fortalecendo promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde.

Mas, como os profissionais de saúde podem, por si, atuar como fomentadores de práticas que vão estimular a autonomia dos sujeitos/cidadãos em lutar pela superação de um modelo de atenção à saúde, historicamente, pautado na segregação social se sua própria formação profissional reflete intensa fragmentação e tem sido hegemonicamente tecnicista?

Muitas das vezes esta contradição, que se reflete nas práticas desenvolvidas por eles, contrapõe discursos que propõem a autonomia comunitária a práticas que reforçam a hegemonia do saber médico hierarquizado.

Sendo assim, um obstáculo a ser transposto para que isto aconteça diz respeito à formação do profissional. Formados, em sua maioria, por escolas que adotam o modelo biomédico, o qual valoriza as práticas baseadas em lógicas curativas de cunho reducionista e

inspiração giesiana/flexneriana, como podem se apropriar das concepções características do campo da promoção da saúde e da saúde coletiva a ponto de estabelecerem uma *práxis* que rompa com o modelo hegemônico de abordagem aos problemas de saúde da população?

Além das questões ligadas ao modelo de ensino e de atenção ancorados no modelo biomédico, a questão da formação profissional em saúde mostra-se atravessada por uma série de determinações e fatores sócio-organizativos que influenciam a educação profissional como um todo. Questões, estas, que vão desde os modelos produtivos até mesmo às construções históricas que perpetuam a divisão social entre trabalho manual e trabalho intelectual.

Assim, defendemos ser pertinente e relevante socialmente considerar mais profundamente estas questões ligadas ao campo da educação profissional que apesar de não serem particulares e exclusivas ao campo do ensino odontológico certamente o afetam.

Como o ensino da odontologia no Brasil, tradicionalmente, tem sido marcado por este caráter centrado, predominantemente, nos aspectos técnicos que envolvem a profissão, em detrimento de uma abordagem com ênfase nos determinantes sociais envolvidos no processo do adoecimento humano, ele tem sido alvo permanente de críticas. (ALMEIDA; ALVES; LEITE, 2010).

E o que as pesquisas na área da educação profissional em saúde têm demonstrado, além do cunho tecnicista do ensino na saúde, é que há uma predominância de modelos formadores baseados no pragmatismo, no trabalho parcelizado e fragmentado apoiado numa lógica, atualmente, calcada quase que exclusivamente na pedagogia das competências. (RAMOS, 2009).

Apesar deste contexto hegemônico de formação profissional em saúde se tem preconizado, sobretudo a partir do Movimento da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu no Brasil na década de 1990, a busca pelo ordenamento da formação profissional ancorada num conceito ampliado de saúde. Conceito este, estritamente, vinculado ao campo da promoção da saúde e abraçado pelo campo da saúde coletiva.

Por isso, como os cirurgiões-dentistas são uma categoria profissional essencial para a manutenção e alcance da saúde e da qualidade de vida da população e elementos-chave presentes nas atuais políticas públicas de saúde, como, na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família, justifica-se analisar mais profundamente como a formação destes profissionais vem acontecendo em nosso país.

Postulamos, então, ser relevante apontar meios que contribuam para o

aperfeiçoamento da educação profissional em saúde para esta área, a partir de uma compreensão melhor sobre as diretrizes para a formação de nível superior em odontologia. Também cremos ser possível e importante colaborar com a consolidação dos princípios que norteiam o SUS, especialmente no que diz respeito à adequada formação de recursos humanos para a área de saúde.

Reconhecemos que o campo da educação profissional em saúde se constitui numa arena de disputas por visões de mundo e por projetos de sociedade distintos e, portanto, entendemos que ele expresse contradições de forma distinta em diferentes momentos históricos da sociedade.

Assim, se apresenta como um aspecto de grande relevância compreender como esta tensão se expressa no plano concreto para, a partir daí, serem propostos possíveis caminhos para superação dos limites e dos problemas eventualmente encontrados. Para tanto, se mostra fundamental a compreensão da realidade concreta e dos fatores que a influenciam.

Releve-se também o fato de que um melhor entendimento a respeito dos fatores que contribuíram para moldar a educação profissional em saúde no Brasil poderá contribuir apontando alternativas que auxiliem no rompimento com a lógica dominante da educação para o trabalho em saúde voltada a atender prioritariamente os interesses do mercado. Além disso, a busca por uma compreensão adequada do campo da educação profissional em saúde poderá contribuir para que a mesma possa ser centrada numa lógica de omnilateralidade, a qual tem sido apontada por diversos autores como fundamental para o resgate da capacidade emancipatória da classe trabalhadora.

Pelo exposto e, tendo como parâmetro norteador a necessidade incontestada de incorporação de uma concepção ampliada de saúde, oriunda do campo da promoção da saúde e da saúde coletiva, legitimada pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, e pela lei orgânica da saúde, Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, justifica-se a pretensão deste estudo, qual seja: identificar e discutir mudanças na formulação dos currículos para a formação profissional de nível superior em odontologia.

Igualmente pretende-se discutir e analisar alguns marcos legais com inflexão nos currículos de odontologia, com especial ênfase para as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (DCNO), instituídas em 2002, além de analisar o currículo odontológico de uma instituição educacional pública de nível superior, em dois momentos históricos distintos.

Com a finalidade de ordenar a discussão a respeito do tema, em consonância com os

objetivos supracitados, optou-se por organizar esta dissertação da seguinte maneira:

No primeiro capítulo, item número dois da dissertação, intitulado Promoção da Saúde e Saúde Coletiva, é abordado, prioritariamente, o desenvolvimento e evolução do conceito de promoção da saúde e sua incorporação nas políticas públicas para o setor saúde. Além do desenvolvimento histórico e estruturação dos campos da promoção da saúde e da saúde coletiva, e da relação entre eles, são enfocados conceitos, limites e contradições pertinentes a estes procurando tratar do assunto relacionando-o às questões concernentes à formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde e ao conceito ampliado de saúde.

O segundo capítulo, item três deste trabalho, intitulado: Formação em Saúde e o Embate de Concepções: Formação para o SUS ou Formação para o Mercado? delinea de maneira breve como os modelos de formação relacionado às graduações na área de saúde no Brasil se caracterizaram historicamente e estabelece uma discussão inicial a respeito das concepções e embates que permeiam o campo da educação profissional em saúde procurando, sempre que possível, dialogar com a questão central deste projeto de pesquisa, qual seja, o currículo para formação profissional de nível superior em odontologia.

No terceiro capítulo: Currículo como Campo de Conhecimento e Disputa, item quatro do trabalho, abordamos a questão do currículo a partir da análise de autores de referência na área. Pretende-se discutir o currículo, como temática de uma maneira mais geral e também será tratado, breve e especificamente, o desenvolvimento do campo pedagógico-curricular no Brasil. Serão abordados alguns marcos na construção das teorias do currículo, os contextos de influência na produção das mesmas e a matriz da atual produção curricular no âmbito nacional.

No quarto capítulo, item cinco, denominado: Saúde como Direito de Cidadania: o SUS e o Percurso da Saúde Bucal, traçamos uma breve trajetória da criação do Sistema Único de Saúde e da inscrição do direito à saúde na Constituição Federal do Brasil de 1988. Buscou-se estabelecer uma descrição e análise das Conferências Nacionais de Saúde Bucal associando-as à construção da Política Nacional de Saúde Bucal ressaltando a conjuntura e alguns aspectos políticos envolvidos.

No quinto capítulo, item seis, são descritos os aspectos metodológicos da pesquisa assim como são discutidos os resultados da análise documental, incluindo a análise curricular.

No sexto e último capítulo, item sete, encontram-se as considerações finais deste trabalho.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE COLETIVA

Um dos primeiros autores a utilizarem a expressão promoção da saúde foi o historiador médico Henri Sigerist, em 1946 (FERRAZ, 1998). Naquela ocasião, ele teria definido quatro grandes tarefas essenciais à medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, o tratamento e a reabilitação dos doentes e afirmava que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (SIGERIST, 1946 apud BUSS, 2000, p. 166).

Ferraz (1998), analisando esta afirmação, observa que estas mesmas recomendações viriam a ser reiteradas pela Carta de Ottawa, documento gerado pela primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, quarenta anos depois, no Canadá.

No entanto, a utilização da expressão promoção da saúde, historicamente, comportou diferentes abrangências de significados dependendo do momento considerado. Na década de 60, por exemplo, a expressão promoção da saúde passou a ser utilizada para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva onde se enquadrava como parte da prevenção primária, baseada no modelo que ficou conhecido como Modelo da História Natural da Doença.

Neste modelo, criado por Leavell e Clark em 1965, trabalhava-se de acordo com o grau de conhecimento sobre a história da evolução natural das doenças a qual comportaria três níveis em que medidas preventivas poderiam ser utilizadas (BUSS, 2003).

Dentro destes três níveis existiam cinco componentes distintos, a saber: na prevenção primária: promoção da saúde e proteção específica; na secundária: diagnóstico e tratamento precoces e limitação do dano; na terciária: reabilitação.

A promoção da saúde, neste enfoque reduzido, estaria localizada no primeiro nível de prevenção, ou seja, naquele em que se atuava num período pré-clínico denominado como de pré-patogênese. A abordagem preventiva executada nessa fase é aquela que antecede a instalação da enfermidade e caracteriza a prevenção primária.

As intervenções neste nível visam essencialmente impedir a instalação de doenças por meio de ações de educação para saúde e pela proteção específica do homem contra agentes patológicos. Além disso, se busca o estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente que podem conferir riscos a saúde.

O enfoque da promoção da saúde, dentro deste modelo, é centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites, além do que a extensão dos

conceitos de Leavell e Clark se mostra imprópria para aplicação no caso das doenças crônicas não transmissíveis. (BUSS, 2009).

Para esse grupo de enfermidades, as medidas preventivas passariam a associar-se ao ambiente físico e sobre os estilos de vida e, por isso, na década de 70 a atuação sobre fatores de risco caracterizou as concepções ligadas à promoção da saúde por influência do documento que ficou conhecido como Informe Lalonde.

Este informe, cujo título original era '*A new perspective on the health of the Canadians: a working document*' (RABELLO, 2010), foi publicado em 1974 e teve seu principal foco direcionado à modificação de hábitos, de comportamentos não saudáveis e de estilos de vida. Hábitos como fumo, alcoolismo, dieta desbalanceada, drogas e promiscuidade sexual eram abordados na prática educativa em saúde. No entanto, sua abordagem ainda não era tão abrangente quanto aquela ligada à concepção original de promoção da saúde propugnada por Sigerist, a qual enfatizava a importância dos fatores mais gerais como determinantes da saúde.

O alcance ainda limitado deste enfoque, direcionado especialmente ao desenvolvimento de hábitos e de estilos de vida saudáveis nos indivíduos deu margem a críticas e discussões. Ao considerar o indivíduo como responsável pela saúde corria-se o risco de culpabilizar o doente e desresponsabilizar os formuladores de políticas públicas além de desatrelar as condições de saúde ao seu condicionamento social, econômico e político (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Esta corrente da promoção da saúde é tratada, por autores como Carvalho (2007), pela denominação de corrente behaviorista da promoção da saúde justamente pelo fato de que seu principal enfoque estratégico consiste num grupo de abordagens que visam transformar estilos de vida e comportamentos individuais.

Todavia, apesar de o Informe Lalonde esboçar uma visão predominantemente preventivista, já que priorizava ações educativas dirigidas a indivíduos e organizações, ele representou um avanço e um marco na saúde pública com uma ampliação na forma de se pensar o processo saúde-doença-cuidado. Foi questionado, a partir dele, o alto custo e o real impacto da acentuada medicalização sobre os problemas de saúde da população canadense da época (FERRAZ, 1998; BUSS, 2000; BUSS, 2003; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Para Carvalho (2007, p. 147), o Relatório Lalonde seria o documento que, de fato, iniciou a promoção da saúde uma vez que criou a possibilidade para a “[...] constituição de uma tecnoburocracia estatal e de investigadores vinculados a importantes universidades e

institutos de pesquisa” que iriam constituir-se num movimento ligado a este tema.

O reconhecimento de que os problemas de saúde encontram suas origens no ambiente, nos hábitos de vida da população e nas predisposições biológicas do indivíduo permitiu examinar as decisões diferenciadas entre a ação curativa do sistema de saúde e políticas de caráter preventivo passando-se de uma lógica de maximização da oferta de serviços para uma lógica de regulação que objetivava uma melhor relação custo-benefício; já que as ações preventivas intervêm sobre alguns determinantes da saúde que a prática meramente curativa não atinge (CONTANDRIOPOULOS, 1996).

O Informe Lalonde, então, permitiu uma abordagem inovadora para as questões relacionadas às políticas de saúde, abrindo as portas às inovações e colocando a promoção da saúde dentro contexto do pensamento estratégico. O reconhecimento político a estas novas idéias, por sua vez, abriu caminho para que um novo modelo em saúde começasse a se definir (BUSS, 2000).

São quatro grandes eixos do campo da saúde propostos: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. Buss (2009, p. 26) descreve como o Relatório Lalonde define estes quatro eixos nos seguintes termos:

O componente de ‘biologia humana’ inclui todos os fatos relacionados à saúde, tanto física como mental, que se manifestam no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética da pessoa, os processos de amadurecimento e envelhecimento e os diferentes órgãos e aparelhos internos do organismo.

O ‘ambiente’ inclui todos os fatores relacionados à saúde externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle. Os indivíduos, por si sós, não podem garantir a inocuidade nem a pureza dos alimentos, cosméticos, dispositivos ou o abastecimento de água, por exemplo; tampouco está em suas mãos o controle dos perigos para a saúde que representam a contaminação do ar, da água, os ruídos ambientais, a prevenção da disseminação de doenças transmissíveis. Ademais, individualmente, não se consegue garantir a eliminação adequada dos dejetos, nem que o meio social e suas rápidas transformações venham a produzir efeitos nocivos sobre a saúde.

O componente ‘estilo de vida’ representa o conjunto de decisões que toma o indivíduo com relação à sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle.

A quarta categoria do conceito, a ‘organização da assistência à saúde’, consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre pessoas e os recursos na prestação da atenção à saúde.

Assim, na década de 70, ocorreu uma importante mudança de perspectiva em função de conceber-se a saúde, seus determinantes e o próprio sistema de saúde de forma mais ampla. A preocupação essencial passou a ser encontrar um equilíbrio aceitável entre quantidade, qualidade e custos dos serviços de saúde e não mais oferecer a maior quantidade possível de serviços.

Mas ressalte-se que apesar dos benefícios concretos que as estratégias originárias do Informe Lalonde trouxeram para a população canadense a questão da determinação social da saúde foi esmaecida pelo teor interno do documento que, em termos práticos, enfocava prioritariamente a questão da mudança nos estilos de vida da população.

Outro ponto de limitação importante referente à concepção de promoção de saúde baseada em modificação de comportamentos individuais e estilos de vida refere-se ao fato de que a partir deste tipo de abordagem desconsidera-se a natureza histórica do sujeito. Nega-se o caráter sócio-histórico do homem no sentido de que o mesmo possa intervir sobre a sociedade e transformá-la concretamente. A prática educativa em saúde derivada deste tipo de concepção acaba por limitar-se a criar situações de adaptação das pessoas às macroestruturas vigentes.

Dessa maneira o social dilui-se em uma retórica comportamental, a-histórica, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano e sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Estão ausentes temas como poder, sujeitos sociais, capitalismo e luta de classes. O mesmo ocorre em relação a categorias como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito. (CARVALHO, 2007, p. 50).

No Brasil de hoje é possível observar que este enfoque, apesar de ter ampliado um pouco o enfoque relacionado ao modelo da história natural da doença de Leavell e Clark (1965), permeia grande parte das ações ditas de promoção da saúde, sobretudo aquelas executadas nos serviços de saúde. As conseqüências destas limitações na atualidade mostram uma potencialidade de agravamento mediante o aprofundamento do pensamento neoliberal que vem se tornando hegemônico na sociedade brasileira como um todo e na área de saúde inclusive.

Na atualidade, não é difícil constatar, pela observação da realidade cotidiana dos serviços de saúde, que o Sistema Único de Saúde (SUS), sob determinados aspectos, reflete muito mais o que o pensamento neoliberal preconiza do que os preceitos que conduziram o movimento da reforma sanitária brasileira.

Rizzotto (2009) ilustra este aspecto quando resume o quadro atual do SUS mostrando que, apesar da ampliação do acesso aos serviços de atenção básica, houve uma mercantilização dos serviços de média e alta complexidade com cerca de 70% da oferta em mãos da iniciativa privada, além da grande precarização e terceirização do trabalho neste setor.

Ou seja, a área da saúde reflete diretamente o pressuposto neoliberal da redução do tamanho estatal que enseja: políticas sociais focais, privatização do setor público, inserção do

setor privado na administração do público, precarização das relações de trabalho e desregulamentação.

Dentro das linhas do pensamento político neoliberal, o mercado apresenta-se como lugar privilegiado, regulador exclusivo das relações econômicas e sociais, e como espaço de liberdade de escolha. Assim, para esta doutrina, as políticas sociais deixam de ser encaradas como direitos a serem atendidos prioritariamente pelo Estado.

Outro aspecto diz respeito à defesa incondicional do individualismo e da ‘liberdade individual’ de escolha como valores essenciais.

Tal discurso enfatiza, nem sempre de forma consciente, o individualismo e foca no sujeito a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso (saúde ou doença) que o mesmo possa ter, desconsiderando fatores importantes do adoecimento, como os fatores culturais, ambientais e socioeconômicos. O individualismo é uma das referências importantes do pensamento neoliberal que pode impregnar, de forma intencional ou não, as políticas e ações de promoção da saúde que apresentem o caráter descrito acima.

Estimula-se a colaboração e, muitas vezes, o voluntariado como valores democráticos, forma esta de agir consoante com a perspectiva neoliberal de terceira via (GIDDENS, 1999).

Martins (2009), ao analisar as premissas do pensamento político neoliberal, conforme proposto por Friedrich Hayek, um dos precursores deste pensamento, se refere ao individualismo defendido nesta lógica como “valor moral radical”. Ele nos mostra que para a doutrina neoliberal esta atomização dos homens serve como referência na organização da sociedade. Em suas palavras:

[...] a organização coletiva seria uma ilusão causada pelo totalitarismo, pois nela o indivíduo soberano seria diluído e aprisionado, negando a sua própria existência e seus interesses próprios em defesa de uma ideologia muito distante de qualquer realização. Assim, o individualismo como valor moral radical seria uma importante referência para se pensar a organização da sociedade. (MARTINS, 2009, p. 39).

Parece-nos lícito inferir, então, que uma abordagem de promoção da saúde, se conduzida sem que se atente para os riscos de incorrer num viés de responsabilização e culpabilização individual, de forma descontextualizada da realidade e dos condicionantes históricos, econômicos, sociais e culturais envolvidos no processo saúde e doença da população-alvo, poderá alinhar-se com a concepção neoliberal de “cidadania” e “participação” calcadas no convencimento individual e, ao mesmo tempo, no enfraquecimento da ação política coletiva para atuar objetivamente sobre os determinantes estruturais envolvidos no processo saúde-doença-atenção.

A lógica do neoliberalismo, de certa forma, convence homens e mulheres da

necessidade de sua participação colaborativa, voluntariada, no processo de resolução de problemas sociais, de forma individual, minimizando a responsabilidade do Estado nestas questões (MARTINS, 2009).

Assim, para o neoliberalismo não há possibilidade real de um interesse coletivo relativo às necessidades da sociedade como um todo, mas, no máximo, “coincidência de objetivos individuais” e, eventualmente, a organização grupal como elementos organizativos e balizadores da vida social (MARTINS, 2009).

Retomando a questão do desenvolvimento dos campos que influenciariam uma conceituação ampliada do processo saúde-doença veremos que, enquanto o Canadá divulgava o Informe Lalonde, no Brasil, na década de 1970, ocorreu a publicação de vários textos que iriam dar a base teórica para o surgimento do Movimento da Saúde Coletiva (CARVALHO, 2007).

Caracterizou-se esta, também, como um movimento teórico-político-ideológico que, além de expandir a forma de entendimento do processo saúde-doença, viria a contribuir com as origens do SUS. A relação que se estabeleceu, entre o Movimento da Saúde Coletiva e as origens do SUS encontra-se relacionada ao fato de que o Movimento Sanitário Brasileiro iria organizar-se em torno de seu ideário. (PAIM, 2007).

O contexto histórico brasileiro, na área de saúde, desta época se caracterizava hegemonicamente por práticas médico-assistenciais de características essencialmente curativas e apoiadas no modelo biotecnológico. A baixa eficácia do sistema de saúde e as características privatistas deste, aliadas à burocratização e corrupção que existiam à época da ditadura militar estavam inseridas num contexto de crise social que, por certo, contribuiu para que as idéias oriundas do campo da saúde coletiva se arraigassem e que o Movimento Sanitário surgisse e se desenvolvesse como forma de contestação às situações de iniquidade social em saúde. Pelo exposto o Movimento Sanitário, por sua vez, viria a culminar posteriormente com a Reforma Sanitária na década de 1980.

Segundo Carvalho (2007, p. 95), este movimento procurou:

[...] na sua origem, realizar uma incorporação crítica de elementos da produção internacional, entre as quais cabe destacar a de países como Inglaterra, Cuba, Itália e Canadá. No processo de elaboração teórico-epistemológico procura romper com a orientação da sociologia funcionalista norte americana mediante o diálogo com a Medicina Social inglesa, com o Estruturalismo Francês e com a Sociologia Política Italiana.

Paim (2007), referindo-se às concepções do processo saúde-doença associadas à corrente de pensamento do Movimento da Reforma Sanitária constata que esta, ao incorporar

também elementos advindos do materialismo histórico (marxismo) passaria a representar uma vertente de contestação crítica ao pensamento dominante na saúde pública da época.

Lima, (2007, p. 2), relata que entre os anos de 1970 e 1980, no Brasil, o pensamento marxista em saúde:

Vai influenciar o movimento da reforma sanitária, a saúde é definida como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. E, particularmente, como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros. Essa concepção de saúde define um processo no qual a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico. Exige-se considerar também o corpo socialmente investido, isto é, verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade.

Desta forma, no Brasil da década de 1970, as concepções relativas ao processo saúde-doença-cuidado relacionadas ao Movimento Sanitário iriam ser trabalhadas a partir dos intelectuais do campo da saúde coletiva, sobretudo aqueles ligados aos departamentos de medicina social e preventiva das universidades e escolas de saúde pública. O marco conceitual inicialmente utilizado era o do movimento preventivista o qual abrigava as idéias da medicina integral, contudo, à medida que o entendimento crítico destas idéias foi se consolidando e evoluindo, parte da produção passaria a se inspirar no ideário da medicina social europeia do século XIX (PAIM, 2007).

Então, posteriormente, a concepção do processo saúde e doença, no campo da saúde coletiva, viria a ser ampliada ao passar a considerar também a determinação social das doenças uma vez que seu modelo teórico, influenciado também pelo projeto de medicina social latino americana, iria aproximar os conteúdos das ciências sociais aos da área de saúde e pelo fato de que não se pode explicar saúde e doença considerando apenas aspectos de ordem biológicas e ecológicas (CARVALHO, 2007; PAIM, 2007).

Quatro anos após a divulgação do Informe Lalonde aconteceu outro marco importante na construção do campo da promoção da saúde: a conferência de Alma-Ata que ocorreu, em 1978, no Cazaquistão, e tratou, primordialmente, da atenção primária em saúde.

De acordo com Buss (2009) existe um consenso de ter sido a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ou Conferência de Alma-Ata, na União Soviética, um dos eventos mais importantes do campo da saúde pública em termos mundiais; dado seu amplo alcance.

A partir de Alma-Ata se relacionaram junto à educação dirigida aos problemas de

saúde mais prevalentes e os métodos para sua prevenção e controle, outros itens considerados essenciais tais como: promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico adequado; atenção materno-infantil; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes e a distribuição de medicamentos básicos.

Buss (2000) ressalta que apesar de menos divulgados, porém de muita importância, estão outros elementos tratados em Alma-Ata como o direito que a população tem de participar das decisões no campo da saúde e a reafirmação da saúde como direito humano fundamental.

Rabello, (2010, p. 25), ressalta que a declaração de Alma-Ata:

[...] amplia a visão do cuidado à saúde: sai da visão hierárquica do conhecimento especializado (do médico, principalmente, e de todos os outros profissionais da equipe de saúde) e incentiva o envolvimento da população (como paciente, individualizado, e como população). Supera o campo da atenção convencional dos serviços de saúde, valorizando a atenção primária como componente central do desenvolvimento humano. Dessa forma, ressalta os fatores necessários para propiciar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social. Firma o compromisso da meta 'Saúde para todos no ano 2000' ao mesmo tempo que estabelece que esta possibilidade se dá a partir da estratégia de 'atenção primária à saúde.

Após a conferência de Alma-Ata, o marco mais importante para a evolução do campo da promoção da saúde ocorreu a partir da conferência de Ottawa. A trajetória de evolução do conceito de promoção da saúde, com a elaboração da carta de Ottawa, retomou uma concepção mais ampliada da expressão. Nesta concepção, as condições de saúde passaram a ser relacionadas às dimensões social, econômica, cultural e política. O setor saúde deixou de ser considerado o único responsável pela promoção da saúde, pois se percebeu que a mesma deveria constituir-se numa atividade eminentemente intersetorial.

No dizer de Carvalho (2007, p. 56), uma diferença importante entre as proposições de Alma-Ata e a promoção da saúde segundo a carta de Ottawa seria que:

Ao passo que Alma-Ata privilegia a reorganização do sistema de atenção mediante a proposta de Atenção Primária à Saúde como eixo de organização dos serviços, a Promoção da Saúde prioriza ações externas ao aparato assistencial. Essa diferença pode ser explicada, em parte, pelo fato de que a Promoção da Saúde procurou responder no seu início, às demandas sanitárias dos países desenvolvidos. Estes, ao contrário da situação dos países periféricos, contavam com uma estrutura de serviços assistenciais de razoável qualidade o que permitia, naquele momento, a busca de alternativa que não tinha como prioridade a estruturação de uma rede mínima de serviços.

Assim, a aceitação de que diversos setores participam na geração das condições essenciais à saúde advém da observação de que os determinantes de saúde e doença são

múltiplos. Além disso, é interessante observar que a concepção ampliada de saúde ultrapassando formas saudáveis apenas biológicas ou psicológicas, para uma condição de bem-estar ou qualidade de vida, também contribuiu para a visão intersetorial preconizada pela conferência de Ottawa.

A Carta de Ottawa propunha, basicamente, cinco campos para atingir as metas almejadas: estabelecer políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Foram ainda reconhecidos como requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema saudável, a conservação dos recursos naturais, a justiça social e a equidade (FERRAZ, 1998).

As políticas públicas, direta ou indiretamente, acabam por influenciar os níveis de saúde das populações. Daí o reconhecimento de que estas políticas deveriam primar pelo aspecto saudável, ou seja, deveriam colaborar para gerar condições favoráveis à qualidade de vida e ao bem-estar das pessoas.

Da mesma forma reconheceu-se que as questões de saúde estão fortemente relacionadas às questões ambientais. Considerado de forma ampla, o ambiente, neste enfoque, abrange desde a questão da preservação e utilização saudável dos recursos naturais até as questões ligadas à estrutura urbana, às condições dos locais de trabalho, estudo e moradia.

Quanto ao desenvolvimento das habilidades pessoais, Buss (2000, p. 71) diz que:

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações.

A vertente da promoção da saúde originada a partir de Ottawa também é referida na literatura como Nova Promoção da Saúde. Nela a defesa da saúde, a capacitação comunitária e a mediação são consideradas estratégias fundamentais. Aspectos da capacitação, como: acesso a informações para conhecer os determinantes de saúde e doença além da possibilidade de fazer escolhas saudáveis, por parte da população, acabam por relacionar a educação em saúde e a promoção da saúde de forma inextricável.

A proposta de promoção da saúde, trabalhada a partir da Conferência de Ottawa, propunha a reorientação dos serviços de saúde, não apenas pelo provimento de serviços de assistência, mas pela construção de uma visão intersetorial e abrangente que relacionasse o setor saúde a outros setores sociais. Segundo ela, a formação dos profissionais de saúde, igualmente, deveria acompanhar essas mudanças (BUSS, 2009).

No dizer de Rabello (2010), a proposta de promoção da saúde aprovada em Ottawa constituiu-se num novo paradigma na saúde. Segundo a autora este vinha questionar o modelo antigo:

O paradigma que está sendo questionado com a ‘promoção da saúde’ é o flexneriano, que se expressa através do individualismo, da especialização, da tecnologização e do curativismo na atenção à saúde, predominantes nas práticas de saúde. Tal conflagração de um novo paradigma em saúde, da incorporação dos conteúdos sociais nesta abordagem, como tentativa efetiva dos atores sociais de ampliarem a apropriação da interdisciplinaridade em seu processo de trabalho cotidiano, possibilita a compreensão de que o tema da saúde é social e não somente uma questão técnica e está diretamente relacionado com a forma de sociedade e de estado. (RABELLO, 2010, p. 21).

No Brasil, no mesmo ano em que ocorreu a Conferência de Ottawa (1986), realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) a qual viria a ser estratégica na definição dos rumos das políticas de saúde brasileiras e da inscrição, posteriormente, da saúde como direito de cidadania na Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde. (PAIM, 2009).

Mostra-se relevante assinalar que houve uma incorporação das idéias originadas do campo da promoção da saúde, inclusive a assunção de um conceito ampliado do processo saúde-doença-cuidado, pelo Movimento da Saúde Coletiva. Este, por sua vez, influenciou o Movimento pela Reforma Sanitária que teve papel protagônico nos rumos da VIII CNS.

Nas palavras de PAIM (2007, p. 100):

Dessa forma, foram levados para a conferência conceitos e concepções trabalhados pela Saúde Coletiva tais como determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, com matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais, e a noção de sistema de saúde. Portanto, o conceito ampliado de saúde e seus determinantes, assumido pelo relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, incorporado pela constituição da República e pela legislação infraconstitucional, encontra-se presente na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil sumarizada nos itens anteriores.

Assim, apesar da saúde coletiva e, por extensão, o Movimento Sanitário terem sido influenciados pelo desenvolvimento do escopo teórico da promoção da saúde, as diferenças de proposição entre estes dois movimentos estão inseridas, em parte, na diversidade das realidades sociais e históricas dos seus países de origem na época de sua formulação.

No contexto canadense já se apresentava um sistema de proteção social fortemente desenvolvido e um sistema de saúde universal. Daí ter sido prioridade para o movimento da promoção da saúde primar pelo aprimoramento desse sistema, inclusive com a redução de custos e aumento da eficácia do mesmo (CARVALHO, 2007).

No caso do Brasil, que apresentava uma proteção social incipiente e problemas de

ordem social, política e econômica gravíssimos, naquela conjuntura marcada pelo autoritarismo, foi fato que o Movimento da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária representariam movimentos engajados num projeto de reforma social muito mais amplo do que apenas reformular concepções sobre o processo saúde-doença ou um modelo de assistência à saúde (PAIM, 2009).

Outra diferença fundamental nas abordagens oriundas da promoção da saúde e da saúde coletiva parece estar ligada à influência marxista nas abordagens desta última.

Segundo Carvalho (2007, p. 148-149):

Nesse quadro a Saúde Coletiva teve de compatibilizar princípios e estratégias que procuravam criar um sistema nacional de saúde com a participação na luta pelos direitos sociais e políticos. O desenvolvimento do SUS vincula-se organicamente a um processo mais amplo de consolidação da cidadania e da implementação de políticas sociais redistributivas e socializantes.

Assim, na década de 1980, a partir de abordagens teóricas, políticas e ideológicas, o Movimento da Saúde Coletiva, ao assumir um conceito ampliado de saúde e de seus determinantes sociais, contribuiu para a reorganização do Estado brasileiro no que tange ao modelo de assistência à saúde.

Outros marcos foram importantes para a construção das bases para o campo da atual promoção da saúde como, a Conferência de Adelaide (Austrália, 1988), a Conferência de Sundsvall (Suécia, 1991), a Eco-92 (Brasil, 1992), a Conferência de Jacarta (Indonésia, 1997), a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México, 2000) e a VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aconteceu em Bangkok (Tailândia), em 2005. Neste mesmo ano, no Brasil, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela Portaria n.º687 MS/GM, de 30 de março de 2006, e baseada na visão abrangente relacionada à saúde e seus determinantes sociais (BRASIL, 2006 a; GOMES, 2008; BUSS, 2009).

De acordo com Oliveira et al. (2008, p. 76):

Dentre os encontros/conferências citados, destacam-se como os mais importantes os de Ottawa, de Adelaide e de Sundsvall, porque estabeleceram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde na atualidade. Os eventos supracitados sempre reafirmavam as diretrizes estabelecidas pelos anteriores e avançavam na perspectiva de estimular as políticas públicas para a promoção da saúde.

Retomando a Conferência de Adelaide percebemos que esta contribuiu para a reafirmação do princípio da intersetorialidade como fundamental para a promoção da saúde. Na maneira de se definir as políticas públicas de saúde, tema central desta conferência identifica-se o princípio da intersetorialidade. Houve também uma abordagem que visava

uma política internacional de cooperação entre os países. Nesta perspectiva, países desenvolvidos deveriam assegurar políticas que resultassem em impactos positivos na saúde dos países em desenvolvimento. (BUSS, 2000).

Posteriormente, a Conferência de Sundsvall preconizou a criação de ambientes promotores de saúde destacando a íntima relação entre meio ambiente e saúde. Este encontro deu-se em 1991 e abriu caminho para a ECO-92. A partir dela, a ECO-92, a inter-relação entre meio ambiente, saúde e desenvolvimento socioeconômico passou a ser freqüentemente tensionada.

Carvalho (2007), referindo-se ao reconhecimento internacional que o movimento da promoção da saúde gozou desde seu surgimento, ressalta o fato de que, no Brasil da década de 1990, a promoção da saúde passou a ter uma presença constante e crescente no pensamento sanitário. Da mesma forma observa que tanto a Estratégia de Saúde da Família quanto o modelo de vigilância em saúde, que é uma vertente dentro do campo da Saúde Coletiva, teriam sido influenciados por este campo.

Na América Latina esta presença também se deu. Rabello (2010) observa que a promoção da saúde entra na agenda da saúde pública deste subcontinente, especialmente a partir de 1994.

As recomendações sobre a promoção da saúde trazidas pelas conferências anteriores foram reiteradas pela Declaração de Jacarta. A conferência que deu origem a esta declaração, a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, aconteceu em 1997 e ressalta que a saúde é um direito fundamental ao homem além de ser essencial ao desenvolvimento social e econômico.

Dentre as cinco prioridades definidas em Jacarta evidencia-se, novamente, a necessidade de aumentar a capacidade da comunidade e fortalecimento de indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde. São mencionadas as necessidades de educação prática e capacitação para a liderança e acesso a recursos.

No dizer de Olinda e Silva (2007, p. 66), referindo-se à IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, esta:

[...] Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ressaltou em seu produto final, a *Declaração de Jacarta*, a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, o uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade com os elementos necessários e indispensáveis para a saúde. A pobreza passou a ser evidenciada como maior ameaça à saúde.

Na América Latina, um evento que também contribuiu para o avanço do discurso da

Promoção da Saúde foi o encontro que formulou a declaração de Bogotá. Dentre os onze compromissos que esta declaração propunha como indispensáveis para implantação da promoção da saúde na América Latina, o sexto, condiz com a definição de promoção da saúde dada em Ottawa e diz que se deve fortalecer a capacidade da população para participar nas decisões que afetam sua vida e optar por estilos de vida saudáveis.

No ano 2000, aconteceu a V Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, realizada no México. Nela, se avançou nas prioridades definidas, anteriormente, na quarta conferência. Foram propostas as seguintes diretrizes para se alcançar a promoção da saúde: promover a responsabilidade social em matéria de saúde; ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; assegurar infra-estrutura necessária à promoção da saúde e fortalecer sua base científica e reorientar os sistemas e serviços de saúde.

A VI Conferência tratou da saúde como um direito humano e de ações para mudar os determinantes de saúde num mundo globalizado (RABELLO, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 687 de 30 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde. Nesta política de governo coloca-se como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2010a, p. 17).

Nesse documento assume-se que a promoção da saúde é um elemento estratégico para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e se reconhece na promoção da saúde uma parte fundamental na busca da equidade, pela construção da qualidade de vida e da saúde:

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010a, p. 12).

É possível constatar que não há apenas uma corrente de promoção da saúde e, por isso, seu escopo teórico, metodológico e estratégico irá variar e, em função disso, por sua vez, também irão variar os modelos de intervenção sobre o processo saúde-doença-atenção deles derivados.

Nesta direção Rabello (2010, p. 23-24) observa que:

A inserção da ‘promoção da saúde’ no escopo das ciências sociais, demandando este aprofundamento do conhecimento, leva necessariamente a várias abordagens diferenciadas, o que torna esse tema bastante controverso. Para alguns cobre a totalidade dos serviços sanitários; para outros é sinônimo de prevenção; e ainda há os que a entendem como um campo de saúde que delimita um novo paradigma.

Por sua vez, o Movimento da Saúde Coletiva também não é homogêneo. Contemporaneamente, traz em seu bojo duas correntes, a corrente da ‘Vigilância em Saúde’ e a corrente ‘Em Defesa da Vida’, que de formas peculiares também tratam o processo saúde-doença a partir de uma concepção ampliada. A Vigilância em Saúde teve seus princípios e diretrizes incorporados, nos anos 1990, pela Estratégia de Saúde da Família. Por sua vez, algumas estratégias do campo da promoção da saúde, como o Projeto de Cidades Saudáveis, foram incorporadas por ela (CARVALHO, 2007).

Por outro lado, a corrente ligada à Saúde Coletiva denominada ‘Em Defesa da Vida’ entende que a doença é um fenômeno social que reflete relações múltiplas. Segundo esta corrente o indivíduo saudável seria aquele que goza de um sentimento de segurança para viver com liberdade e criatividade e não de forma passiva. Seria alguém capaz de agir com discernimento e autonomia e que possui, obviamente, condições dignas de vida (CARVALHO, 2007).

Assim, o conceito e os pressupostos da Promoção da Saúde vêm sendo aprimorados e discutidos, especialmente após a década de 80, de maneira que as contradições sobre seus limites teóricos e práticos com a prevenção vêm sendo paulatinamente esclarecidos.

Há uma tendência a se considerar, atualmente, os conceitos de promoção da saúde que levam em conta os múltiplos fatores relacionados à qualidade de vida como principais protagonistas sobre as condições de saúde (BUSS, 2000).

A prevenção das enfermidades estaria, por sua vez, baseada na concepção de risco. As intervenções baseadas neste modelo visam a grupos restritos ao passo que no campo da promoção da saúde preocupam-se com os múltiplos determinantes do adoecer, inclusive, e principalmente, aqueles que extrapolam indivíduos e grupos.

A promoção da saúde admite uma concepção ampliada do processo saúde e doença e, por conseguinte, preconiza o enfrentamento dos problemas de saúde e suas determinações a partir da mobilização de diversos setores da sociedade e da articulação de distintos saberes e recursos (BUSS, 1999).

A promoção da saúde está relacionada com aspectos globais da comunidade, tendo maior expressividade fora da prática médica, enquanto a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente médica; principalmente onde indivíduos de alto risco podem ser identificados e colocados sob cuidados especiais (BUSS, 2009).

Nota-se, a partir desta breve trajetória, que a evolução do conceito de promoção da

saúde acompanhou o próprio processo evolutivo do conceito de saúde. Contudo, as ações que objetivam a promoção da saúde, na prática, ainda se confundem sobremaneira com as práticas eminentemente preventivas e isto talvez se deva, ao menos em parte, ao fato de que o conceito negativo de saúde ainda prevaleça em nossa sociedade.

Nesse sentido, Rabelo (2010, p. 32) observa:

Apesar disso, o conceito de saúde como oposição à doença ainda está enraizado na sociedade ocidental e na prática médica da saúde. No entanto, esta contraposição saúde-doença pode ser problemática, uma vez que não existe saúde como sinônimo de cura definitiva, pois à luz de um sistema de diagnóstico moderno e científico sempre será possível que se encontre alguma espécie de desequilíbrio no corpo humano. Essa concepção de saúde como ausência de doença prepondera no mundo ocidental nos últimos cem anos, em consequência principalmente dos avanços tecnológicos, do conhecimento médico, pensamento este considerado como 'referência paradigmática biotecnológica', o paradigma flexneriano. A prevenção baseia-se na concepção de risco ou probabilidade de se tornar doente. Desse modo ocupa-se de estudos clínicos e intervenções que visam a grupos restritos, sejam eles quais forem, sendo componentes deste paradigma.[...].

Portanto, em que pesem os avanços históricos relacionados às concepções associadas ao campo da promoção da saúde que acabamos de descrever, atualmente ainda é predominante a utilização da expressão promoção da saúde com uma conotação reduzida que a restringe ou iguala a aspectos meramente preventivos. Este fato limita sua abrangência e, equivocadamente, a iguala ao termo prevenção.

Czeresnia (1999) discutiu essas dificuldades de estabelecimento de limites entre ações puramente preventivas e de promoção da saúde destacando as inconsistências e áreas nebulosas que surgem quando da tentativa de operacionalização dos projetos de promoção da saúde.

Portanto, é interessante observar que, embora as duas práticas não sejam mutuamente excludentes, as ações direcionadas a grupos e indivíduos, por si só, não conseguem cobrir toda a gama de fatores ligados ao adoecimento. Estas são limitadas para se promover a saúde, dentro de uma concepção ampliada e integral, posto que não atuem sobre os determinantes de ordem política, econômica e sociocultural que influenciam sobremaneira o adoecer humano.

Desta forma, atualmente, a promoção da saúde tende a ser vista como um campo de conhecimento e práticas que privilegia o papel dos condicionantes gerais sobre as condições de saúde da população, caracterizando-se por um discurso que prega a integralidade e a intersetorialidade como formas de atuar sobre a multicausalidade das doenças (FERREIRA; BUSS, 2002).

Assim, a partir desta breve descrição, podemos perceber que o conceito de promoção da saúde vem sendo formulado e reformulado ao longo do tempo em função de tensões

históricas decorrentes da luta pela construção de um pensamento científico hegemônico na área da saúde pública. Sobretudo pela tensão entre modelos que privilegiavam um enfoque predominantemente médico e biotecnológico e aqueles cujo enfoque leva em consideração os aspectos sócio-políticos e ambientais envolvidos no adoecimento humano (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Por isto, para efeito desta dissertação trabalharemos com a concepção ampliada desta expressão, ou seja, aquela que considera os múltiplos determinantes do adoecimento humano em sua análise, como aspectos sociais, econômicos, políticos, ambientais e não apenas aspectos biológicos e psicológicos, mas também estes.

Esta concepção ampliada do que é saúde possui a sua inscrição no texto da Constituição Federal do Brasil, de 1988, e é expressa, também, na Lei n. 8080, de 1990, a qual criou o Sistema Único de Saúde no Brasil. Ela tem servido como parâmetro para a construção de políticas intersetoriais, que incluem aquelas relacionadas ao ordenamento na formação de recursos humanos em saúde, campo de interesse da educação profissional em saúde, para intervenção nos problemas da população e propugna, dentre outros aspectos, a busca pela integralidade da atenção em saúde.

O desenvolvimento histórico do campo da promoção da saúde e da saúde coletiva serão considerados, neste trabalho, em associação ao conceito ampliado de saúde pois este último influenciou as possíveis formas de abordagem à problemática relacionada à saúde, tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo, e na formulação de políticas públicas para a área, inclusive, no que tange à educação profissional em saúde.

Assume-se, portanto, que se estabeleceu uma considerável discussão quanto à importância de ampliação do escopo de atuação dos profissionais de saúde posto que se passou a considerar um conceito ampliado do processo saúde e doença o qual se contrapõe ao conceito negativo de saúde, ou seja, aquele que a reduz a mera ausência de doença.

Também se entende que tem ocorrido um forte questionamento quanto à necessidade de redefinição dos modelos de educação profissional para formação dos trabalhadores que atuarão neste setor. Nesse sentido, o papel que caberia aos profissionais de saúde tem sido fortemente questionado, quanto a seus limites e possibilidades, assim como ao seu potencial em promover mudanças na sociedade. Como consequência a este tensionamento, os trabalhadores desta área, grupo em que se enquadra o cirurgião-dentista, passaram a ser vistos como possíveis agentes de transformação social. Este aspecto se deve à dimensão crítica que suas ações pedagógicas e educativas podem assumir frente à população assistida ou porque

podem atuar tanto no planejamento como na execução de programas de saúde visando construir modelos assistenciais que buscam a integralidade do cuidado/atenção em saúde e que primem pela participação social.

3 FORMAÇÃO EM SAÚDE E O EMBATE DE CONCEPÇÕES: FORMAÇÃO PARA O SUS OU FORMAÇÃO PARA O MERCADO?

Um dos propósitos deste trabalho consistiu em tentar compreender e discutir em que bases as diretrizes curriculares que orientam a formação dos cirurgiões-dentistas se assentam. Entendemos, contudo, não ser possível fazê-lo, adequadamente, dissociando o entendimento da formação profissional desta categoria da formação das demais profissões de saúde uma vez que o ensino da odontologia e destas tem seguido o modelo hegemônico do ensino da medicina. Por este motivo, nesta parte do trabalho, discutiremos um pouco alguns aspectos da educação profissional em saúde como um todo. A abordagem às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (DCNO) também será realizada, porém uma análise com maior profundidade virá a ser desenvolvida, mais intensamente, no capítulo de discussão deste trabalho.

A formação em saúde, ao longo dos últimos anos, em virtude da reforma sanitária que gestou o SUS, vem sendo alvo de propostas de mudanças em face da elaboração de novas possibilidades pedagógicas, assim como outras possibilidades de concepção associadas à compreensão do fenômeno saúde-doença. São exemplos de algumas destas propostas os currículos integrados, as articulações ensino-trabalho, os projetos UNI, os movimentos coordenados pela Rede Unida, o debate e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais e a organização das executivas de curso no Movimento Estudantil. (CARVALHO; CECCIM, 2006).

De acordo com Feuerwerker (2003), para se fazer uma discussão sobre a formação dos profissionais de saúde e as diretrizes curriculares é fundamental que se entendam a natureza das mudanças propostas, seus pressupostos e efeitos sobre os atores responsáveis pelo âmbito institucional das universidades. Segundo a autora supracitada estamos vivenciando um momento histórico de tensão paradigmática a qual se manifesta em diversas esferas. Ela inclui a ciência assim como a universidade no escopo destas mudanças de modelo.

As universidades também vivem um momento especial, em busca de ampliar sua relevância social. Atualmente a universidade não ocupa o mesmo lugar na produção do conhecimento, nem em sua difusão; além do mais, a produção de conhecimento e a formação profissional estão marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos hegemônicos. Encontra-se assim limitada a potência das respostas produzidas pela universidade em relação a temas complexos e contemporâneos. (FEUERWERKER, 2003, p. 24).

Assim igualmente à educação profissional em saúde no nível superior tradicional, a

educação profissional em saúde, que pode dar-se nos níveis do ensino fundamental, médio e superior (modalidade tecnólogo), por sua vez, costuma ser descrita como sendo afetada, também, pela fragmentação, pela especialização exagerada e principalmente por interesses econômicos além de manifestar a dicotomia entre o trabalho manual e o trabalho intelectual como especificidade.

Por isso, acreditamos que uma maneira adequada de se olhar para este campo de práticas e conhecimento que é a educação profissional em saúde, incluindo a formação em saúde de nível superior, é entendê-lo como um campo sob disputa que expressa, em seu seio, muitas vezes, interesses contraditórios.

No caso da formação dos profissionais de nível superior em odontologia embatem-se, dentre outros fatores, a necessidade de formar para o SUS e o modelo de ensino historicamente forjado para preparar profissionais clínicos, liberais, a atuar em seus consultórios particulares (NARVAI, 2006a).

Assim sendo, apresenta-se como um desafio pensar e repensar as formações profissionais em saúde de forma a que os profissionais egressos das universidades e escolas tenham condições de agir criticamente sobre a realidade dos serviços em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (CECCIM, 2005).

Feuerwerker (2003, p. 24), considerando esta necessidade de reformular a formação dos profissionais de saúde, coloca que:

Há, portanto, a necessidade de redefinir referenciais e relações com os distintos segmentos da sociedade no sentido de a universidade construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades. No campo da Saúde, é indispensável que produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática. No campo da Saúde, o momento histórico de tensão se revela pela incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas.

É importante que se ressalte, então, que, como campo sob disputa por parte de projetos de sociedade distintos, o campo da educação profissional em saúde de nível superior e médio expressa contradições inerentes a este embate. Todavia, também se apresenta como locus privilegiado, em potencial, ao resgate do caráter humanístico da formação profissional com vistas a combater a lógica predominante, na atualidade, que é de adaptação dos trabalhadores visando à conservação e reprodução das estruturas sociais ligadas ao modo de produção da existência afeita ao capitalismo neoliberal. (RAMOS, 2009).

Por esse motivo o desenvolvimento das graduações na área de saúde registra momentos de tentativas de reformulação e mudanças em funções de inúmeras variáveis.

Dentre elas, fatores políticos e econômicos, concepções científicas e avanços na área da tecnologia.

3.1 CONCEPÇÕES PARA AS GRADUAÇÕES EM SAÚDE: BREVE TRAJETÓRIA DE UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO

A década de 1920, no Brasil, foi marcada pela predominância da anatomopatologia que fazia com que o hospital fosse encarado como um lócus privilegiado para a formação assistencial já que era o local da doença e da cura. A saúde pública, por sua vez, através da reforma Carlos Chagas, propugnava uma formação que se orientasse pelas prioridades do país, tendo em vista a saúde da nação (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Convém pontuar que em 1910, 1915 e 1923 houve a publicação dos relatórios Flexner, Welch-Rose e Goldmark, respectivamente. Estes relatórios exerceram forte influência na educação dos profissionais de saúde nos Estados Unidos e, posteriormente, nos demais países do mundo sob sua influência. A partir de estudos da situação do ensino médico, naquele período, os três documentos recomendavam importantes reformas educacionais. O objetivo era integrar modernas ciências médicas nos currículos, e promover reformas institucionais que, dentre outros aspectos, favoreceriam o elo entre educação e a pesquisa (ensino e laboratório). Apesar de as propostas trazidas pelos relatórios citados terem contribuído muito para o estabelecimento do modelo que orientou a formação em saúde e modificou profundamente o panorama da saúde mundial durante o Século XX, e que ainda vigora em grande parte dos países e das instituições de ensino em saúde, esse modelo já não atende mais às necessidades do setor saúde no atual cenário do século XXI (REVISTA RETS, 2011).

Na área odontológica, o modelo de educação e prática odontológica, com concepções análogas às do Relatório Flexner, tornou-se hegemônico nos Estados Unidos da América e nos países sob sua influência, dentre os quais o Brasil, especialmente a partir da publicação de um documento, em 1926, pelo governo americano, que ficou conhecido como Relatório Gies (MOYSÉS, 2008).

Os Relatórios Flexner e Relatório Gies, publicados nos Estados Unidos, respectivamente em 1910 e 1926, normatizaram o ensino médico-odontológico. Os (des)caminhos médico-odontológicos, desde então, foram diversos. A concepção mecanicista, com redução da doença à dimensão biológica, levou a maior ênfase no processo curativo-reparador, o que gerou uma prática de alto custo, baixa cobertura, com pouco impacto epidemiológico e desigualdades no acesso. (MOYSÉS, 2004, p. 34).

Por sua vez, em 1920, na Inglaterra, houve a publicação do Relatório Dawson,

elaborado por Bertrand Dawson, com propostas essencialmente distintas do Relatório Flexner. Continha propostas para a gestão e planejamento de sistemas de saúde e para a saúde coletiva como um todo. Dentre suas propostas estava a educação profissional em saúde em crescente e íntima integração com o sistema de saúde e não unicamente nos hospitais. Caracterizava esse relatório a ênfase na incorporação das práticas de atenção básica e não a atenção especializada, usando a rede regular de serviços como escola e não hospitais universitários. As políticas públicas de saúde reguladas pelo Estado eram defendidas e justificadas pelo relatório, assim como uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços que enfatizavam a integração entre prevenção e práticas curativas e o amplo emprego do médico generalista. A adoção das medidas preconizadas sofreu resistência para sua implantação devido, dentre outras coisas, à contrariedade dos médicos pela restrição/limitação à prática liberal-privatista e pela regulação das práticas profissionais, contudo, apesar deste fato, as recomendações influenciaram a constituição do sistema nacional de saúde da Inglaterra, na década de 1940, com a universalização da atenção primária à saúde e com a construção do conceito de médico generalista. Nesta mesma década de 1940, no Brasil, houve a intensa aplicação dos princípios flexnerianos na educação superior na área de saúde. Ocorreu a presença da ciência na qualificação e expansão da educação superior. Houve a consolidação de departamentos no interior das escolas, a construção, a reforma e a ampliação de laboratórios e dos hospitais universitários (hospitais-escola). O eixo desse sistema de ensino era centrado na prática curativa individual com foco nos aspectos biológicos e identificava o ensino da saúde com a pesquisa experimental. (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Nas décadas de 1950 e 1960, através do movimento que ficou conhecido como Preventivismo, fundou-se, em que pese suas limitações, um primeiro momento crítico em que o saber médico passou a levar em conta o aspecto social, uma vez que passou a considerar tarefas essencialmente educativas, enfoque este mais ideológico do que centrado na clínica. A inclusão de ciências do comportamento, epidemiologia, administração de serviços e bioestatística passou a acontecer nas graduações de medicina. Nesta época houve a incorporação de disciplinas ligadas à prevenção em cursos como a medicina, a enfermagem e a odontologia, mas não se observou uma efetiva integração entre a saúde coletiva e a clínica. (CARVALHO, 2007)

A discussão acerca da formação na década de 1970 foi influenciada pelos projetos de saúde comunitária. Coincidiu, também, com a emergência da educação popular apesar de o corpo teórico e social da educação popular no Brasil ter começado a se estruturar na década

de 1950 através de intelectuais influenciados pelo humanismo que florescia na Europa da época. Porém, esta vertente da educação na saúde começou a se estruturar no Brasil a partir de experiências de trabalho comunitário, movimentos sociais populares na área da saúde, pesquisas ativas e formação e capacitação de líderes comunitários na década de 70, fortemente influenciados pelo pensamento de Paulo Freire.

A educação popular, como um todo, apresenta como característica uma intencionalidade política nos modelos pedagógicos com os quais trabalha. O processo de formação é contínua e sistematicamente baseado na reflexão, interpretação e ação sobre a prática de determinada classe ou grupo, de forma dialética e contextualizada historicamente, visando à transformação social. Parte-se da experiência prática dos grupos e não de uma teoria sobre a prática. No entanto, parece interessante considerar que por:

Educação popular não somente deve entender-se como “conscientizar” ou desenvolver consciência crítica, mas deve-se dar a este fato o sentido de “consciência solidária”, e esta, em termos de “solidariedade de classe”, que se torna prática transformadora na medida em que se converte em solidariedade organizada de classe (HURTADO, 1993, p. 2).

É interessante se observar que, posteriormente, no escopo da educação permanente em saúde haveria um retorno às propostas de metodologias de educação muito próximas àquelas preconizadas no escopo da educação popular afinada ao pensamento freireano.

Este período (década de 1970), que correspondeu ao auge da ditadura militar no Brasil, foi marcado por inúmeras contradições e o Estado tentava cooptar os setores da educação e da saúde como tentativa de gerar aceitação ao projeto de sociedade vigente. Neste particular mostrou-se interessante a adaptação da formação dos profissionais de saúde. Contudo, na década de 1980, houve uma maior contestação do modelo de ensino e atenção centrado na clínica. Assim, dentro do escopo da saúde coletiva, foram propostas alternativas que consideravam não apenas o hospital como local da aprendizagem da assistência, mas também os serviços relacionados à atenção básica (unidades básicas de saúde). No entanto a lógica hospitalocêntrica ainda predominava (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Note-se que, em 1980, quando ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde já se questionava o modelo de atenção odontológica regulado pelo mercado, dissociado dos interesses populares e subsumido à lógica do capital. Reconhecia-se que para se criar uma prática odontológica alternativa tornava-se bastante evidente a necessidade e a urgência de serem introduzidas alternativas aos modelos de ensino e pesquisa da época, relacionados à formação de recursos humanos em saúde bucal uma vez que esta formação era voltada para a manutenção do modelo hegemônico, o qual excluía do acesso à atenção em saúde bucal 95%

da população brasileira (SERRA, 1998).

Conforme foi assinalado em outra parte deste trabalho, foi na década de 1980 que se consolidou o movimento que culminou com a inscrição da saúde como direito de cidadania na Constituição Federal do Brasil de 1988: o Movimento pela Reforma Sanitária.

Nesta época surgiram também diversas residências multiprofissionais e foi garantido o amparo à criação do SUS. Igualmente, neste período houve fortes experiências com a integração ensino-serviço as quais já havia se iniciado, na década anterior, com Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) e se aprofundariam através de um projeto que ficou conhecido como Projeto Larga Escala o qual se acha na origem das ETSUS (LIMA, 2010).

Estas experiências foram importantes para a construção da noção de integralidade, de integração entre formação e trabalho e integração entre ensino e pesquisa no campo da saúde coletiva.

Nos anos 1990, houve o reconhecimento da importância da participação popular pelos projetos de integração ensino-serviço. Este reconhecimento incluía a participação na discussão a respeito das modificações pretendidas na formação e nos projetos de exercício das profissões de saúde como forma de gerar serviços com capacidade de acolhimento e escuta aos usuários. Os projetos UNI, propunham mais que uma simples reforma de conteúdo, mas sim, uma articulação ensino-serviço com um forte componente de participação popular e utilização da rede de serviços locais como núcleos onde se daria a formação em saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Os projetos UNI, cuja sigla significa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade, ocorreu desde 1992 e dele participaram onze países da América Latina, universidades, organizações comunitárias e serviços de saúde. Sua intenção era de abrir a formação em saúde para uma articulação com a população e democratizar as relações das instituições de ensino e serviços de saúde como forma de dirimir as desigualdades sociais e produzir mudanças nestas instituições de forma sincrônica. (FEUERWERKER; SENNA, 2002).

Vê-se, desta maneira, que a necessidade de se modificar a educação profissional em saúde aliada ao movimento para a construção do SUS está na gênese de uma profunda discussão, que vem ocorrendo há décadas, nas várias profissões de saúde quanto à necessidade de se transformarem a prática de saúde e a formação dos profissionais. Antes das diretrizes curriculares nacionais, na área da saúde, os movimentos para modificar a graduação

já estavam presentes. Entre estes estavam a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), as tentativas de articulação entre instituições de ensino, sistema de saúde e organizações populares pela Rede UNIDA e a mobilização pela mudança das diretrizes para a graduação feitas pela Associação Brasileira de Enfermagem. (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Na década de 1990, então, se deu a discussão a respeito das mudanças dos currículos mínimos dos cursos de graduação. Esse processo foi intensificado em dezembro de 1997 pela Secretaria de Educação Superior (SESu), do MEC (SENNA; LIMA, 2009).

Em 20 de Dezembro de 1996 foi publicada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei n. 9394/96. No caso da Odontologia houve a extinção da obrigatoriedade do currículo mínimo a partir de seu sancionamento. Passaram a ser necessárias diretrizes para a educação profissional em saúde de nível superior.

Estas diretrizes nacionais para o ensino de nível superior foram estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) para vários cursos de graduação.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN - surge no cenário da educação superior definindo, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade. Tais prerrogativas foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares, para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema Único de Saúde - SUS. Neste momento, as instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos. (MITRE et al, 2008, p. 2135).

Configurou-se, então, nos anos 2000 o rompimento com a lógica do currículo mínimo como forma para organização da educação profissional em saúde no nível de graduação. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, com exceção de veterinária, psicologia, educação física e serviço social, foram aprovadas entre 2001 e 2004. Nestas diretrizes prevaleceu a visão de que a formação do profissional de saúde deve atender, prioritariamente, o SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Também se considerou que a formação deve atentar para as necessidades sociais em saúde. (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Em 07 de dezembro de 2001 foi publicado o parecer CNE/CES n. 1300 com o despacho ministerial aprovando a forma para as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação de Farmácia e Odontologia. Este documento descreve o perfil desejado dos egressos do curso de odontologia como:

Cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico.

Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2001a, p. 9).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED). Este consistiu num Edital de seleção para os melhores projetos a serem incentivados com recursos financeiros para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina que, por sua vez, foram aprovadas em 2001. Dezenove projetos foram financiados. A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) se opôs ao programa assim como também não foi aceito pelas outras profissões da saúde, que não olharam com bons olhos a formulação uniprofissional do mesmo. Para os opositores, os avanços adquiridos através da Rede Unida, do Projeto CINAEM e do Movimento de Educação em Enfermagem seriam perdidos se esta lógica viesse a ser adotada (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Neste mesmo ano, através da publicação da Resolução CNE/CES n. 03, de 19 de fevereiro de 2002, é que foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (DCNCO). Em função disto, a ABENO, através de uma parceria entre a OPAS e o Ministério da Saúde, realizou 60 oficinas com a finalidade de difundir as DCNCO e contribuir para mudanças nos cursos. Este processo ocorreu a partir de 2005 e atingiu 2.200 participantes. Foi desencadeado, a partir dele, um processo reflexivo no meio acadêmico a respeito dos limites do perfil do egresso de odontologia. O discurso da necessidade de mudanças junto às instituições de ensino superior tornou-se oficial (CASOTTI; RIBEIRO, GOUVEIA, 2009, p. 1007).

A educação permanente em saúde, por sua vez, veio a ser contemplada por uma política específica no ano de 2003, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 54):

Em setembro de 2003, o Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde, apresentou e aprovou, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”. Esta tem como objetivo atender aos requisitos citados na NOB/RH-SUS, propondo-se a conquistar relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas). Elegeu como dispositivo de gestão o citado Pólo de Educação Permanente em Saúde: instâncias locais de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço.

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma política do SUS, editada pelo Ministério da Saúde, que visava o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área

da saúde: o Aprender-SUS. Esta política não consistia num programa de governo e era voltada para a educação profissional em saúde universitária. A questão da busca do ensino relacionando-o ao princípio da integralidade foi um elemento central nesta política (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Igualmente em 2004, em função das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente), se assumiu, quanto à educação dos profissionais da área da saúde bucal, o seguinte pressuposto:

Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve se dar através deles (BRASIL, 2004a, p. 5).

Em 2005, foi lançada a Portaria Interministerial n. 2101, de 03 de novembro, que instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Esta consiste num programa de governo que abarca o ensino de três profissões: medicina, enfermagem e odontologia. Houve diversas manifestações em contrário a esta política por parte das profissões não contempladas por ela, estudantes e professores de profissões contempladas e não contempladas. Observou-se que o Pró-Saúde, como ficou conhecida, teve sua importância secundarizada pela Terceira Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, se comparada ao Aprender-SUS (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Por esta breve exposição podemos constatar que as graduações relativas ao campo da educação profissional em saúde vêm sendo alvo de tentativas de mudança. As concepções em embate que permeiam esta seara são complexas e refletem interesses antagônicos, resistências e protagonismos diversos.

Em função disto não podemos negligenciar o caráter político de que se reveste este campo. Continua sendo atual, pela sua importância estratégica, a discussão desta temática e imprescindível à compreensão dos interesses que estão em jogo quando da definição de parâmetros que irão moldar a formação dos profissionais de saúde. Por este motivo, a seguir, delinearemos alguns fatores que contribuem para a conformação deste campo enfocando algumas concepções em embate no campo da educação profissional em saúde.

3.2 CONCEPÇÕES EM EMBATE

No campo da educação profissional em saúde de nível superior (graduação) há uma enorme inflexão decorrente do acentuado desenvolvimento de novas tecnologias além da acentuada especialização que as diversas profissões vêm apresentando. Não há consenso quanto as características ideais da formação geral e também a respeito das contribuições das diversas áreas do conhecimento nesse âmbito. Caracteristicamente, pode-se observar uma oferta multiplicada de disciplinas, de conteúdos e de procedimentos, o que tem gerado fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação de graduação. Isto acarretou a perda da capacidade dos cursos de graduação de preparar os egressos dos cursos para sua inserção adequada e imediata no mercado de trabalho (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Desta forma, na esfera da formação superior em saúde, como forma de tentativa de superação a este modelo hegemônico de ensino centrado no paradigma flexneriano/giesiano/biotecnológico e na busca por atender aos preceitos do SUS, tem-se discutido muito a questão da educação permanente em saúde. Enquanto isso, no campo da educação profissional em saúde, de nível médio, sobressai o embate entre concepções de educação centradas no conceito de politecnia e aquelas que propõem a formação por competências voltadas a atender, prioritariamente, às necessidades funcionais do mercado e do capital.

Nesse sentido, este campo também é palco do embate por distintas concepções de currículo e conhecimento a serem inseridos nas legislações que disciplinam esta área específica de formação profissional e educação (RAMOS, 2009).

Pode-se verificar que as propostas de mudanças, relativas à formação profissional em saúde de nível superior, vem se dando às expensas de duas vertentes principais. A primeira diz respeito ao campo educacional propriamente dito e a outra se relaciona ao campo específico da saúde. No campo educacional as propostas de mudanças têm se concentrado, principalmente, na compreensão da dinâmica relacionada ao processo ensino-aprendizagem. Metodologias ativas têm sido consideradas e, neste particular, costumam ser levadas em consideração as contribuições advindas do Movimento da Escola Nova, da Pedagogia Crítica, da Pedagogia Pós-Crítica, de Piaget e de Vigotsky. Nesse particular, encontram-se os conceitos da aprendizagem significativa, que admitem que as aprendizagens, que acontecem a partir de questões relevantes para o estudante, são as mais marcantes. Estas o são, pois promovem um “desconforto mobilizador”, o qual está na gênese da busca por novos

conhecimentos e porque possibilitam dialogar com os conhecimentos anteriores do estudante. Também é valorizada a aprendizagem ativa, onde o professor atuaria como um facilitador e o aluno é quem constrói o conhecimento. Desta forma houve a incorporação, na área da saúde, da reflexão pedagógica assim como a necessidade de planejar e organizar o processo de ensino-aprendizagem levando em conta as necessidades de aprendizagem dos estudantes. O conceito de relevância social da aprendizagem e da universidade, por sua vez, emerge a partir das contribuições da Pedagogia Crítica. Igualmente se admite que as questões envolvidas no processo ensino-aprendizagem têm que ser significativas do ponto de vista cultural, epidemiológico, social e econômico já que só desta maneira pode-se gerar a produção de conhecimento e a formação de profissionais cujos perfis dialoguem com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país. A vertente que se relaciona à própria história da evolução das práticas e das profissões de saúde vem tentando propor mudanças na formação que atendam, em essência, ao princípio da integralidade da atenção e ao conceito ampliado de saúde. Igualmente há a valorização da integração do ensino-serviço e a proposição de cenários diferenciados de aprendizagem profissional que possam atender aos vários níveis de complexidade que podem ser relacionados à atenção à saúde (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Esse conjunto de reflexões, articuladas à história da formação profissional em saúde, levou a que os problemas da realidade, as vivências e o trabalho sejam reconhecidos como centrais na produção da aprendizagem em saúde, fundamentais para a aprendizagem significativa e para a articulação das várias áreas de saber constitutivas da saúde. Em conseqüência, as diretrizes curriculares nacionais propõem para todas as graduações em saúde que a prática contextualizada ocupe lugar central na formação: presente desde o início da formação e ocorrendo em cenários diversificados ao longo de todo o curso” (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 969).

Isto posto, convém pontuar que, apesar de alguns atores individuais e coletivos da área da educação, da saúde e da educação profissional conduzirem seus esforços de produção intelectual e pedagógica, no sentido de colocar a educação permanente em saúde e a politecnia como uma alternativa para a formação profissional, com perspectivas emancipatórias (do ponto de vista humano e social), ainda é predominante a formação dos profissionais visando a atender prioritariamente as demandas funcionais do mercado.

No entendimento de Ceccim (2005), há que se fazer uma análise da educação dos profissionais de saúde com vistas a modificar a concepção predominante que é biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão do conhecimento para uma concepção de problematização das práticas e dos saberes. Para ele, também será necessário modificar o

preceito lógico-racionalista, elitista e que privilegia a produção de conhecimento tecnicista, por centros de excelência, para o estímulo à geração de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade.

No entanto, o que se observa é que a formação apoiada numa estrutura curricular baseada na lógica das competências é a que tem predominado na educação profissional como um todo e tem atendido às mudanças nos sistemas produtivos pela inflexão do capital. Não sendo diferente na educação profissional em saúde, onde ainda prevalece a formação baseada na epistemologia do pragmatismo aliada à lógica dos currículos baseados no desenvolvimento de competências (RAMOS, 2009).

Como a noção de competências comporta uma natureza polissêmica e mal delimitada, isto permite apropriações por diferentes matizes teórico-conceituais. Contudo, é mais freqüente que seja apropriada por uma lógica que traduz uma visão reducionista a qual, freqüentemente, está atrelada a formar trabalhadores adaptados a uma lógica pós-fordista de produção: a produção flexível.

Contraditoriamente, as propostas de educação permanente e as diretrizes curriculares para as profissões de saúde de nível superior também adotam a noção de competências a despeito da intencionalidade de ruptura com a formação tradicional na área de saúde.

Para Hirata (1994), a noção de competência, diferente do conceito de qualificação, não mostra contornos precisos, e freqüentemente, é impregnada por um viés de natureza político-ideológica o qual exige dos trabalhadores um maior envolvimento nas estratégias de competitividade sem que, necessariamente, isto se traduza em termos de melhorias salariais.

A subjetividade dos trabalhadores passa a ser fortemente mobilizada por este sistema; além do que recai sobre o indivíduo, por si próprio, a responsabilidade exclusiva por valorar seu trabalho. Desta forma desmobiliza-se a negociação coletiva construída historicamente pelos trabalhadores e associada à questão da qualificação profissional.

Nesse sentido, Dubar (1998, p. 18) aponta para a forte relação entre o sistema escolar e o produtivo na formação da sociabilidade que irá contribuir para moldar a subjetividade do trabalhador através da lógica das competências uma vez que para ele:

A noção de competência serve, nessa perspectiva, para significar o caráter fortemente personalizado dos critérios de reconhecimento que devem permitir recompensar cada um em função da intensidade de seu empenho subjetivo e de suas capacidades 'cognitivas' em compreender, antecipar e resolver os problemas de sua função que são também os de sua empresa.

Desta forma, a noção de competência, cuja origem acha-se no mundo empresarial, pode ser utilizada com um viés meritocrático como pretexto para exclusão do mercado de

trabalho, sobretudo, dos mais desprotegidos socialmente e, desde que a noção de competências foi incorporada pela área da educação profissional/educação profissional em saúde, ela tem se hegemonizado, no Brasil, até o momento histórico atual sendo, também, utilizada na formação superior em saúde.

Consoantes a esta observação constatamos que as correntes as quais se opõem à lógica de uma educação exclusiva para o mercado apóiam-se numa concepção de saúde, Homem e sociedade diferentes.

No campo da formação superior em saúde, há os que advogam uma abordagem que privilegia o contexto da realidade dos serviços de saúde, aliando gestão, ensino, atenção e controle social, para forjar profissionais aptos a fazer progredir a construção das bases do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim (2005) refere-se a este modelo de formação em saúde como quadrilátero da formação. Este seria um processo que alia práticas pedagógicas ativas e dinâmicas onde a realidade concreta dos serviços, de forma horizontal, é o ponto de partida para que as práticas de saúde sejam repensadas. Desta forma, pela imersão dos atores no processo de elaboração e reelaboração, esta mesma realidade é modificada e passa a instruir novo processo numa retroalimentação contínua a qual permitiria um fazer-saúde coadunado com as necessidades em saúde entendidas em sua complexidade. Nesse modelo, a gestão não é encarada como atividade meio enquanto os profissionais de saúde também não são reduzidos à mera condição de “recursos humanos”. Exige-se, então, dos profissionais protagonismo e trabalho de equipe. Há reforço na questão da participação social visto que há uma intencionalidade tácita de se estabelecer vínculos com base na alteridade entre profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde.

Nessa direção, a educação permanente em saúde trabalharia consolidando os princípios democráticos que nortearam o Movimento da Reforma Sanitária e tentaria aumentar a permeabilidade da formação de saúde ao princípio do controle social.

Por sua vez, o conceito ampliado de saúde que a associa à questão da qualidade de vida, proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, e as mudanças de enfoque propostas na lógica do sistema de saúde e do cuidado em saúde (sobretudo a questão da integralidade da atenção), fez com que a percepção de insuficiências no ensino das profissões da saúde se exacerbasse. Formar profissionais de saúde, dadas as características do trabalho em saúde, passou a ser visto de maneira diferenciada. Idealmente, se abandonariam os modelos de ensino centrados numa mera transferência de conhecimento e apreensão de recursos de

tecnologia. Privilegiar-se-ia a formação de um quadro de profissionais do setor da saúde para a execução de um projeto de sistema tecnoassistencial e de sociedade compatíveis a uma sociedade de cidadãos (democrática), onde a saúde se relacionasse amplamente com a qualidade de vida e trabalho. Mais do que qualquer padrão técnico, os profissionais de saúde atuariam em consonância com a promoção da qualidade de vida das pessoas, através de suas habilidades, conhecimentos e valores. A formação de profissionais de saúde deveria passar, também, por gerar neles a compreensão a respeito de que concepções estariam em disputa na conquista do SUS (CECCIM; FERLA, 2009).

Pode-se constatar, desta forma, que a consolidação do SUS tem gerado uma tensão que converge para uma reorientação das práticas de saúde, nas formas de exercer o cuidado e acompanhar a saúde individual e coletiva. Igualmente, vem promovendo importantes repercussões nas estratégias e maneiras de ensinar e aprender, contudo sem que isso tenha representado um forte impacto nos modos de fazer a formação em saúde pelas instituições de ensino. Observa-se que, quando muito, se colocaram fatores críticos, ao se revelar a necessidade de “re-formar” os profissionais para trabalhar no SUS. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

CECCIM e FERLA (2009, p. 446), referindo-se às mudanças decorrentes da Reforma Sanitária e à educação na saúde, observam que:

A formação dos profissionais de saúde, no entanto, tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade, fragilizando-o, o que em última instância, não revertido, a fará participar do desmonte de um patamar de cidadania conquistada, exigindo da sociedade novo posicionamento e novo enfrentamento pela mesma causa: saúde como direito de todos e dever do Estado. Diga-se: saúde como direito à vida com qualidade; saúde como direito à atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação e reabilitação dos estados de saúde; saúde como expressão do andar a vida.

Coadjuvam para compor essa situação, jogos de influência das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, a disputa pelos imaginários profissionais promovida pelas corporações e pelo ideário social neoliberal e conflitos de posição em estruturas de poder no trabalho, mas também deficiências no processo de educação dos professores, de composição dos cenários de aprendizagem e de interação das instituições formadoras com as instâncias de condução setorial e atuação profissional da saúde.

No campo da saúde bucal, como já afirmamos anteriormente, predominou a prática privada como foco da formação e da atuação dos cirurgiões-dentistas. No entanto, atualmente, em virtude da expansão de cobertura na área da saúde bucal promovida pela Política Nacional de Saúde Bucal e a inclusão de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família, o SUS tem empregado contingentes significativos de profissionais de odontologia de nível superior, técnico e fundamental (MOYSÉS, 2008)

Moysés (2004), ao realizar uma análise do setor da saúde bucal, no Brasil, valendo-se da Sociologia das Profissões como eixo para a reflexão crítica sobre os aspectos contraditórios da área da odontologia, é da opinião que urge que se realizem mudanças na formação e no trabalho do cirurgião-dentista brasileiro. A formação profissional e a visão de mundo reproduzida dentro das universidades são, para este autor, um primeiro momento para que estas mudanças aconteçam. As academias são espaços onde, igualmente, começa a formação das possibilidades para o futuro emprego do cirurgião-dentista e de sua “relevância social”.

Desta forma podemos constatar que existe uma indução e inflexão na formação em saúde para a área de saúde bucal em decorrência da efetiva integração do subsetor ‘saúde bucal’ ao SUS. Contudo, é comum que os profissionais da área transfiram a lógica da atuação no setor privado ao setor público e isto se expressa por uma inadequação às novas atribuições que uma abordagem centrada num conceito ampliado de saúde vem a exigir dos cirurgiões-dentistas, na atualidade do sistema de saúde estatal brasileiro.

Igualmente, têm contribuído para delimitar o quadro na área da saúde bucal o fato do mercado privado apresentar-se com uma enorme concorrência interprofissionais. É comum uma agregação tecnológica crescente nos serviços prestados em consultórios privados como forma de granjear uma clientela que se mostra cada vez mais reduzida dado o fato dos custos inerentes a este tipo de abordagem serem elevados e inatingíveis a uma expressiva parcela da população brasileira. Além disto, devido ao fenômeno da transição epidemiológica, a cárie dentária, assim como outras doenças infecciosas, tem se polarizado em alguns grupos populacionais, sobejamente aqueles mais pobres e que apresentam menos condições de pagar por serviços privados (FEUERWERKER, 2003).

Diante do exposto pode-se inferir que o SUS, na atualidade, representa um campo de atuação profissional significativo para a área da odontologia. Contudo, como foi colocado antes, nos perguntamos: até que ponto as instituições formadoras estão atentas a estas mudanças da realidade política, epidemiológica e do mundo do trabalho e absorvendo em seus currículos as necessidades que são colocadas como um desafio a formar profissionais comprometidos com o SUS e seus princípios?

As diretrizes curriculares para formação de nível superior em odontologia estariam, assim, inseridas num contexto de mudanças no mundo do trabalho na área de saúde bucal; o que acaba por exigir a formação de profissionais com perfis diferentes dos perfis tradicionais.

Já no campo da educação profissional em saúde de nível médio, além da formação para atuar no SUS, o embate por visões distintas marca-se, basicamente, pelo fato daqueles

que advogam uma educação omnilateral defenderem o entendimento de que a formação profissional integrada supõe que conhecimento e homem são social e historicamente construídos de forma dialética com a realidade concreta a qual, por sua vez, seria determinada por múltiplos fatores que, quando considerados em sua totalidade, permitiriam explicar os fenômenos sociais em sua concretude (RAMOS, 2007 apud BRASIL, 2010 b).

Desta forma, a busca por uma educação profissional/educação profissional em saúde centrada numa lógica de omnilateralidade parece fundamental para o resgate da capacidade emancipatória da classe trabalhadora. A noção de omnilateralidade ou universalidade para dar a direção e o sentido na construção curricular e de concepção de conhecimento para a educação profissional, quando da seleção de conteúdos, deverá dar ênfase à formação de sujeitos sociais críticos contemplados em todas as suas dimensões: ontológica (tendo o trabalho como elemento central), cultural, científica, técnica, tecnológica, artística e humana.

É importante que se ressalte que uma concepção de formação omnilateral não exclui o preparo para a inserção nas atividades produtivas, ao contrário, o potencializa por poder agir na direção de formar profissionais críticos e atuantes e levar em consideração as potencialidades sócio-produtivas, em nível local, como elemento importante a ser considerado no planejamento das políticas de educação profissional. (BRASIL, 2010b).

Neste sentido, se combateria uma visão adaptativa e prescritiva, subsumida à lógica neoliberal de exaltação ao mercado, onde os futuros trabalhadores seriam meros executores de tarefas, ou seja, a concepção de educação se reduziria a um exclusivo fator técnico de produção ou equivaleria a um mero treinamento/adestramento descompromissado em desenvolver nos educandos a capacidade de analisar, criticamente, as relações que se produzem na esfera das relações sociais a partir dos modelos de produção.

A concepção de educação profissional em saúde voltada à formação integral se opõe à idéia de forjar a educação profissional com base na epistemologia do pragmatismo, visando unicamente o atendimento funcional às demandas do sistema produtivo (PEREIRA; LIMA, 2009).

Assim, acreditamos ser possível gerar um deslocamento da centralidade da formação em saúde de uma polarização tecnicista a uma concepção que tenha sua centralidade no ser humano. É possível inferir, também, existir uma inter-relação entre a formação do cirurgião-dentista e o tipo de educação profissional em saúde que norteia a formação de profissionais de nível técnico e auxiliar na área da saúde bucal uma vez que estes profissionais, usualmente, são formados por aqueles quando atuam na docência.

Portanto, há que se levar em consideração que as relações existentes entre os processos sociais e as origens dos problemas no mundo do trabalho e do conhecimento também aparecem como aspectos centrais a serem considerados caso pensemos em não restringir a educação profissional em saúde a aspectos meramente técnico-científicos, de maneira linear e a-histórica.

Nesse sentido, as concepções de educação profissional contra-hegemônicas tentam devolver a centralidade do elemento trabalho às práticas educativas não somente como princípio pedagógico, mas, também, como elemento constitutivo essencial do homem. Trabalho como princípio educativo, não alienado e, sim, ontologicamente fundante. (SAVIANI, 2007).

Portanto, como alternativa a uma formação profissional em saúde hegemônica e unilateral, coloca-se como contraponto uma concepção de educação que contemple trabalho, ciência e cultura como elementos indissociáveis de uma educação ampla onde a educação geral e a educação profissional, em todos os campos, sejam indissociáveis.

Pelo exposto, então, torna-se possível inferir que a partir de uma formação profissional em saúde que tenha como foco o sujeito social consciente e não alienado isto se refletirá, possivelmente, na forma como os próprios profissionais de saúde trabalharão junto à população.

4 O CURRÍCULO COMO CAMPO DE CONHECIMENTO E DISPUTA

4.1 CURRÍCULO: CAMPO DE CONHECIMENTO EM PERMANENTE CONSTRUÇÃO

Segundo SCHIMIDT (2003), a origem da utilização do termo currículo, aplicando-o ao contexto escolar, remonta ao século XVI estando relacionada à reforma protestante.

Contudo, na história da humanidade, em qualquer época, onde existiu a necessidade sistematizada de se promover alguma ação de natureza educacional, visando à formação de sujeitos particulares, podemos afirmar que, de forma tácita ou não, tínhamos presente a questão do currículo.

Apesar do termo currículo, derivado do latim *curriculum*, ter passado a ser utilizado, de maneira ostensiva a partir da década de 1920, podemos perceber que sempre que houve uma intencionalidade, explícita ou não, de seleção do “*que*” se ensinar, como se organizar o “*que*” ensinar ou “*que tipo de sujeito formar*” ou ainda “*para que formar*”, estava-se lidando diretamente com este campo de conhecimento.

Segundo Silva (2011), o currículo surgiu como campo de estudo formal nos Estados Unidos da América especialmente após a publicação do livro “*The Curriculum*”, de John Bobbitt, no ano de 1918. A visão prevalente à obra citada conferia ao currículo atributos que o aproximavam de uma lógica taylorista transposta para o campo educacional. Este tipo de abordagem iria predominar até a década de 1960 na perspectiva do maior enfoque aos aspectos organizativos e de desenvolvimento curricular em detrimento da observação e discussão de aspectos sociais, econômicos, políticos, ideológicos e culturais subjacentes à questão curricular.

Estes aspectos viriam a ser explorados e debatidos, principalmente, a partir da década de 1970, junto ao desenvolvimento da Nova Sociologia da Educação (NSE), na Inglaterra; aos ensaios franceses sobre reprodução social e cultural e ao movimento de reconceptualização nos EUA. Esse arsenal teórico iria servir de base para compor a crítica neomarxista de Michael Apple que iria colocar-se posteriormente. Contudo esta se daria de forma distinta uma vez que em sua obra o currículo ocuparia lugar central às críticas enquanto nos movimentos, anteriormente citados, a educação era discutida como um todo.

Dentro do contexto histórico em que emergiu a concepção de currículo propalada por John Bobbitt havia uma série de fatores que influenciariam o desenvolvimento deste campo de modo afinado ao sistema produtivo e econômico da época. Por exemplo, havia a necessidade da escolarização de massas, nos Estados Unidos da América em fins do séc.

XIX e no início do séc. XX, devido à consolidação do capitalismo industrial além da necessidade da manutenção de uma identidade cultural nacional. Esta se encontrava ameaçada dado o forte fluxo migratório, que trazia à convivência uma miríade de novas culturas de vários países aos Estados Unidos da América naquela época do pós-guerra civil.

Assim, a preocupação com o sistema produtivo vigente, ou melhor, a preocupação em formar educacionalmente um homem capaz de atender aos ditames econômicos da época parece ter influenciado sobejamente Bobbitt na criação de sua teoria curricular uma vez que o caráter das necessidades advindas do sistema produtivo e a necessidade de produzir e reproduzir a força de trabalho fabril se impunha socialmente. A educação clássica humanista, herdada da Antiguidade, não atendia a estas demandas nem tampouco a Teoria das Faculdades Mentais o fazia.

Silva observa a natureza do currículo originário da educação humanista clássica:

Como se sabe, esse currículo era herdeiro das chamadas “artes liberais” que, vindo da Antiguidade Clássica, se estabelecera na educação universitária da Idade Média e do Renascimento, na forma dos chamados *trivium* (gramática, retórica, dialética) e *quadrivium* (astronomia, geometria, música, aritmética). Obviamente, o currículo clássico humanista tinha implicitamente uma “teoria” do currículo. Basicamente, nesse modelo, o objetivo era introduzir os estudantes no repertório das grandes obras literárias e artísticas das heranças clássicas grega e latina, incluindo o domínio das respectivas línguas. Supostamente essas obras encarnavam as melhores realizações e os mais altos ideais do espírito humano. O conhecimento dessas obras não estava separado do objetivo de formar um homem (sim, o macho da espécie) que encarnasse esses ideais. (2011, p. 26)

Já a Teoria das Faculdades Mentais, que, Segundo Conde (2001), predominou no século XIX, sustentava-se numa relação ensino-aprendizagem baseada nas qualidades morais dos alunos e em castigos físicos e, nesta forma de educar, a ordem pedagógica dominante incutia nos alunos repetir, obedecer, cumprir e honrar. Esta se viu substituída pelo ideário de Bobbitt (1918) e Cubberley (1916) para o currículo escolar no século seguinte. A concepção curricular destes autores absorvia o impacto da administração científica do trabalho humano característica do taylorismo. Para eles os alunos eram vistos como produtos brutos a serem moldados e transformados para atender às demandas do setor produtivo.

Nesse sentido, Silva (2011, p. 12) expressa: “Aqui o currículo é visto como um processo de racionalização de resultados educacionais, cuidadosa e rigorosamente especificados e medidos. O modelo institucional dessa concepção de currículo é a fábrica. Sua inspiração teórica é a administração científica de Taylor”.

Referindo-se ao taylorismo como um dos pilares que, juntamente à teoria dos sistemas (C.W.Churchman) e à psicologia comportamental (B.F.Skinner; B.S.Bloom), contribuiria

para a construção do tecnicismo, Ramos (2010, p. 192) observa:

Na realidade, a administração científica de tempos e movimentos, de Taylor, se iniciou na produção de bens e serviços, mas se alastrou para todas as dimensões da vida moderna, incluindo a escola. Na base da administração científica dos tempos e movimentos esteve a busca de máxima eficiência. Para isto, Taylor formulou quatro princípios de gerenciamento. O primeiro pregava a substituição do empirismo na execução do trabalho pelo cientificismo, isto é, pela teorização dos elementos que subjazem e ordenam a execução de tarefas a serem prescritas aos trabalhadores. O segundo, como desdobramento do primeiro, preconizava que a seleção e o treinamento dos trabalhadores deveria se basear nesses fundamentos teóricos, justamente para evitar o empirismo. O terceiro constituiu-se no controle da execução das tarefas exatamente de acordo com seus fundamentos teóricos prescritos. Por fim, o quarto apregoava a divisão coerente do trabalho e da responsabilidade entre os administradores e os operários. Este último princípio implicava que administradores e operários deveriam realizar as tarefas para as quais foram mais qualificados. Disto deduz-se que aos primeiros caberia o planejamento do trabalho, enquanto aos segundos a execução.

Em outras palavras: podemos notar que mais do que uma divisão técnica do trabalho, configurava-se uma divisão social do mesmo posto que, usualmente, os administradores eram oriundos de classes mais abastadas ao passo que os operários, das classes mais humildes. Dicotomia nítida também entre trabalho manual e trabalho intelectual a qual repercutiria igualmente no sistema de ensino.

Para Dias (2007, p. 3), tratando do desenvolvimento do tecnicismo no Brasil:

O desejo de maior objetividade, produtividade e eficiência educacional, nessa perspectiva, relaciona-se a um projeto de transformação social visando às novas relações no mundo do trabalho. Era preciso, nesta perspectiva, formar trabalhadores eficientes, disciplinados e acima de tudo produtivos. Esse anseio de eficiência, disciplina e produtividade desejado pelos reformadores sociais acabou por fundamentar uma teoria educacional denominada por Saviani (1984) como 'pedagogia tecnicista.

Ainda nesta direção, para Saviani (1984), o processo tecnicista buscou planejar a educação de modo a dotá-la de uma organização feita de forma racionalizada para diminuir as interferências subjetivas que, de alguma forma, tivessem o potencial de pôr em risco a eficiência da educação.

Para Ramos (2010, p. 191):

O tecnicismo, como uma teoria pedagógica, é tributária da concepção produtivista da educação, que confere um importante papel à educação no processo de desenvolvimento capitalista. De fato, à medida que as relações sociais de produção foram se pautando pelos padrões tayloristas-fordistas, a educação incorporaria métodos e conteúdos básicos para uma determinada conformação moral e psicofísica dos sujeitos a esses padrões, tais como planejamento e organização racional dos tempos, movimentos e espaços; disciplina rígida; fiel obediência a normas de execução do trabalho; e atendimento aos padrões convencionais de comportamento.

Portanto, a teleologia associada a esta concepção particular de currículo visava, essencialmente, atender às demandas oriundas da vida funcional do adulto. Os demais

aspectos envolvidos como os aspectos políticos, ideológicos, econômicos, culturais e, inclusive, os aspectos da subjetividade do aluno não eram considerados como prioridade ao questionamento mais aprofundado neste tipo de abordagem teórica. A ênfase em aspectos técnicos conferia ao currículo ares de uma suposta condição de neutralidade política.

Assim sendo, destaca-se um pensamento impregnaria todos os níveis da educação formal:

Em meados do primeiro decênio do século XX, meninos e meninas passam a ser avaliados sob novas técnicas e segundo metodologias estatísticas, conferindo cientificidade aos padrões escolares: os testes padronizados. Os alunos passam a ser pontuados ao longo de uma curva normal de distribuição. Destarte, eram colocados em uma curva de “normatividade” escolar. Estar abaixo ou acima da média escolar foi vivenciado, de uma certa forma, como *ser* abaixo ou acima da média de seu grupo social. As disciplinas e seus conteúdos, os métodos de ensino, os padrões fixados para aprovação constituíram-se na referência social mais típica da infância. Se, independente do bom ou mau desempenho em matemática ou geografia, eram afetuosos, solidários, éticos, simpáticos, tímidos ou sensíveis, as escolas não consideravam tais aspectos face aos boletins. Assim, a escolarização inicia sua grande escalada social, abrindo-se para um número cada vez maior de pessoas, baseada em ideais comportamentais aos quais todos deveriam ser ajustados. (CONDE, 2001, p. 161).

Neste momento da estruturação do campo do currículo, nos EUA, houve, ainda que dentro do escopo da teoria curricular tradicional, uma corrente de pensamento progressista que se distinguia do tecnicismo estrito de Bobbitt justamente por considerar os aspectos psíquicos do aluno como eixo norteador do processo ensino-aprendizagem. Trata-se da ênfase que autores como Dewey e Kilpatrick iriam conferir às metodologias educacionais ativas.

No Brasil, a abordagem típica da teoria tradicional curricular também viria a ser adotada nas primeiras décadas do século XX. As correntes mais afeitas à Bobbitt foram identificadas aqui como tecnicismo enquanto aquelas mais influenciadas pelo pensamento de Dewey iriam integrar um movimento que ficou conhecido como escolanovismo, embora ambas achem-se no escopo teórico tecnicista.

Segundo Dias (2007, p. 2):

Nas reformas educacionais ocorridas entre as décadas de 1920 e 1930, tendo como pano de fundo as idéias da Escola Nova brasileira, os reformadores partindo de pressupostos da neutralidade científica e inspirados nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, com o intuito de tornar o processo educativo mais eficiente, enfatizaram a ‘racionalização’ e ‘tecnificação’ das atividades educacionais.

Porém, apesar de John Dewey surgir como teórico do currículo que se diferenciava por ter seu enfoque nos processos subjetivos dos educandos, relativos ao binômio ensino-aprendizagem, numa concepção distinta da de Bobbitt, ele também foi fortemente influenciado pela conjuntura política e econômica dos EUA do início do século XX. Sua

preocupação, contudo, era trabalhar no sentido de desenvolver comportamentos que viessem a contribuir para a consolidação do processo democrático. Fato também explicado pelo momento histórico pelo qual passavam os EUA no início do século XX. Atitudes como liderar, participar e colaborar passaram a ser valorizadas no aluno com foco em se assegurar atitudes favoráveis ao processo democrático a ser consolidado, em última instância.

Em que pese suas diferenças com a abordagem eminentemente tecnicista de Bobbitt, Dewey também se enquadrava numa concepção tradicionalista de currículo uma vez que este não era pensado no escopo maior dos processos sócio-políticos e atribuía-se um caráter individualista, muitas vezes, às questões educativas. Apesar de atribuir papel importante à questão da subjetividade do aluno no processo educativo esta era vista como decorrente de qualidades individuais inatas e não era considerada como passível de desenvolvimento e construção a partir da interação com o outro e com o próprio arranjo curricular, educacional e pedagógico vigente. (CONDE, 2001).

Silva (2011, p. 26), nos ensina que este autor também guarda em comum com Bobbitt, o fato de que seu trabalho, em algum grau, reflete ou representa uma reação ao currículo clássico humanista herdado da antiguidade.

Posteriormente, teríamos em Ralph Tyler (1949) uma elaboração teórica curricular com características também tecnicistas onde ainda não afloravam os elementos críticos que irão relacionar o currículo às estruturas econômicas e sociais. A publicação, em 1949, da obra: “Princípios básicos de currículo e ensino”, lançaria as bases de seu pensamento. Segundo esta visão particular, ainda se recorreria à idéia de um currículo neutro e desinteressado desde que fontes de senso comum e eminentemente técnicas representariam um recurso de imparcialidade na organização e seleção do “*que*” se ensinar.

Segundo Conde (2001), Tyler entendia o currículo como um “corpo” forjado por um conjunto de normas regimentais que viriam a se estruturar em torno de princípios norteadores.

Destaque-se que este autor serviu, durante um bom tempo, como referência no Brasil para se pensar a organização curricular. A preocupação principal deste referia-se aos aspectos organizativos do currículo e não numa análise mais aprofundada sobre como a realidade social, política e econômica concretas se impunham ao universo educacional colocando-o sob determinada forma hegemônica. Os currículos eram pensados de forma linear. Tampouco seria questionado como ou se os conhecimentos dados como legítimos poderiam representar interesses específicos de classes, fração de classes ou grupos específicos de poder.

Segundo Ramos (2010, p. 193-194):

Os princípios lógicos de planejamento curricular foram elaborados precisamente por Tyler, nos quais se determinavam os fins educacionais antes de qualquer experiência e se perseguia a aprendizagem como um resultado especificamente pretendido, dirigido e controlado, possível também de ser medido. Os princípios lógicos de Tyler materializaram nos currículos escolares os objetivos comportamentais e o movimento pela educação baseada na competência das décadas de 1960 e 1970. Esses padrões assentavam-se no preestabelecimento de objetivos, na seleção e no direcionamento de experiências e na avaliação precisa. Juntamente com o ordenamento linear desta seqüência e sua separação dicotômica dos fins e dos meios, existia uma visão instrumentalista ou funcionalista da natureza da educação, de modo a torná-la dirigida e controlada por propósitos que estavam fora dela. Numa sociedade industrial e capitalista, isso assumiu a forma de profissionalização e de condução aos empregos.

Temos, então que o desenvolvimento do currículo, como área temática específica dentro do campo educacional, deu-se em íntima ligação com a instituição do tecnicismo.

Podemos constatar também que o currículo, como campo de estudos, segundo Silva (2011), está estritamente relacionado com fatores como: a formação de uma burocracia estatal educacional especializada em currículo, a formação de disciplinas e departamentos universitários sobre o currículo, a formação de um corpo de especialistas em currículo além da criação de revistas acadêmicas sobre esta área temática.

4.1.1 Para Além da Grade de Conteúdos: O Adeus à Idéia de Neutralidade Curricular

Com o caminhar da história e as mudanças na esfera social e política na Europa, EUA e vários outros países ocidentais, como o Brasil, por exemplo, nas décadas de 1960 e 1970 as teorias educacionais, de maneira geral, e as teorias curriculares tradicionais viriam a sofrer contestações.

Do enfoque das questões meramente organizativas e operacionais ligadas ao campo do currículo, a partir das teorias críticas, passou-se a tensionar outros aspectos que permeiam esta seara como: poder, ideologia, reprodução cultural, produção de subjetividade, intersubjetividade, cultura, currículo oculto e reprodução social. Assim como questões relacionadas à etnia, raça, gênero e cultura também viriam, num momento posterior, a ser questionados pelas teorias pós-críticas.

A concepção original de currículo originada em Bobbitt que, no Brasil, veio a ser conhecida como tecnicismo e viria a associar-se ao que se denominou de concepção tradicional de currículo ou teoria tradicional passou a dividir espaço com outras correntes teóricas que têm estado em embate acerca da teoria curricular. Estas viriam a se instaurar como: teorias críticas e teorias pós-críticas.

Segundo Moreira e Silva (2001, p. 7):

O currículo há muito tempo deixou de ser apenas uma área meramente técnica,

voltada para questões relativas a procedimentos, técnicas, métodos. Já se pode falar agora em uma tradição crítica do currículo, guiada por questões sociológicas, políticas, epistemológicas. Embora questões relativas ao “como” do currículo continuem importantes, elas só adquirem sentido dentro de uma perspectiva que as considere em sua relação com questões que perguntem “por que” das formas de organização do conhecimento escolar.

Segundo Saviani (2008), as visões críticas sobre currículo, por ele denominadas em conjunto como crítico-reprodutivismo, iriam surgir principalmente a partir de maio de 1968 devido à revolução cultural dos jovens franceses. Este movimento buscava transformar a base da sociedade a partir da revolução no campo da cultura. Ele observa que o principal conjunto de obras e teorias que iniciaram um movimento crítico em relação à pedagogia ou educação tradicional são próximos a este ano.

As teorias colocadas em questão pelo autor supracitado são as seguintes: teoria dos aparelhos ideológicos de Althusser (1969), a teoria da violência simbólica de Bordieu e Passeron (1970) e a teoria da escola capitalista de Baudelot e Establet (1971).

A obra de Althusser: “A Ideologia e os Aparelhos Ideológicos de Estado” tratou, basicamente, da questão da ideologia associada à educação, rompendo com a idéia da mesma como veículo de transmissão desinteressada de conhecimentos. Para ele a escola transmitia conceitos e idéias de forma diferente para os alunos dependendo de sua origem social. Aos oriundos das classes dominantes seria transmitida uma visão de mundo adequada aos que estariam aptos a dominar enquanto aos oriundos das classes subordinadas seriam passados valores e atitudes “próprios” das classes subalternas. Esse caráter diferencial seria garantido mediante os diferentes momentos em que os alunos deixam o sistema escolar. Os alunos das classes subalternas, que saem nos primeiros anos da formação, levam consigo a visão de mundo das classes sociais subordinadas, enquanto os das classes dominantes, que concluem a escolarização, saíram socializados com a visão de mundo típica dessas classes (MOREIRA; SILVA, 2001).

Bordieu e Passeron trabalharam a questão da reprodução social através do conceito de “capital cultural”, onde a cultura funcionaria como uma economia. Para estes autores a reprodução do sistema social se dá através da reprodução da cultura.

Para Bordieu e Passeron, a dinâmica da reprodução social está centrada no processo de reprodução cultural. É através da reprodução da cultura dominante que a reprodução mais ampla da sociedade fica garantida. A cultura que tem prestígio e valor social é justamente a cultura das classes dominantes: seus valores, seus gostos, seus costumes, seus hábitos, seus modos de se comportar, de agir. Na medida em que essa cultura tem valor em termos sociais; na medida em que ela vale alguma coisa; na medida em que ela faz com que a pessoa que a possui obtenha vantagens materiais e simbólicas, ela se constitui como *capital* cultural. Esse capital cultural

existe em diversos estados. Ele pode se manifestar em estado objetivado: as obras de arte, as obras literárias, as obras teatrais etc. A cultura pode existir também sob a forma de títulos, certificados e diplomas: é o capital cultural institucionalizado. Finalmente, o capital cultural manifesta-se de forma incorporada, introjetada, internalizada. Nessa última forma ele se confunde com o habitus, precisamente o termo utilizado por Bordieu e Passeron para se referir às estruturas sociais e culturais que se tornam internalizadas. (SILVA, 2011, p. 34).

Baudelot e Establet consideraram a questão da escola como reprodutora das relações sociais de dominação. Segundo os autores, a burguesia utilizaria a escola para inculcar sua ideologia na classe proletária além de também realizar o recalque de sua ideologia particular, quer dizer, enfraquecer o ponto de vista ideológico próprio da classe trabalhadora (SAVIANI, 2008).

Para Silva (2011), além do movimento estudantil na França, outros aspectos históricos da década de 1960 estariam forjando o pano de fundo que serviu para que eclodisse um movimento de contestação às teorias curriculares e educacionais tradicionais em várias partes do mundo ao mesmo tempo, inclusive no Brasil. O autor cita, por exemplo, a guerra do Vietnã, o movimento feminista, o surgimento de uma contracultura, a liberação sexual e, no Brasil, as lutas contra a ditadura militar. Diante deste panorama, teriam surgido novos aportes teóricos contestando o pensamento tradicional na área educacional. Nos EUA, ocorreu o chamado movimento de reconceptualização, no Brasil, desenvolveu-se o pensamento de Paulo Freire e, na Inglaterra, surgiu a chamada “Nova Sociologia da Educação”, além das teorizações francesas anteriormente citadas de Althusser, Passeron, Bordieu e Baudelot e Establet.

A partir do desenvolvimento desta construção teórica, parece lícito afirmar que o campo do currículo passou a ser encarado de forma diferente, não-ingênua, onde os componentes curriculares deixaram de ser vistos como elementos neutros e passaram a ser entendidos, dentre outros aspectos, sob sua dimensão política.

Ocorre, então, em função das críticas às teorias tradicionais, uma tentativa de relacionar a questão do currículo ao quadro social mais amplo. Desta forma, acontece o tensionamento de aspectos ligados à ideologia, à questão das classes sociais, à dominação cultural e econômica, dentre outros.

As formulações mais gerais a respeito do campo educacional, como a de Althusser, por exemplo, e a de Pierre Bourdieu certamente contribuíram para este fato. Contudo as questões mais especificamente voltadas ao campo do currículo viriam a ser tocadas a partir da Nova Sociologia da Educação (NSE), na Inglaterra que teve como principal representante Michael Young, e do movimento de reconceptualização nos Estados Unidos da América e

pela crítica neomarxista de Michael Apple.

Segundo Silva (2011), a referência para as críticas oriundas da NSE se centrava na sociologia da educação tradicional, sobretudo pelo fato desta dar ênfase, em seus estudos, ao fracasso escolar considerando como variáveis as condições do aluno na entrada no sistema de ensino (classe social, renda, situação familiar) e as condições de saída (sucesso ou fracasso escolar e desempenho em testes de verificação escolar) sem levar em consideração a problemática situada entre estes dois momentos distintos. Não havia questionamento quanto ao protagonismo do currículo no sentido da produção ou manutenção das desigualdades ou sequer se considerava a natureza do conhecimento e seu processamento. Ainda para este autor:

Diferentemente de uma filosofia do currículo centrada em questões puramente epistemológicas, a questão, para a NSE, não consiste em saber qual conhecimento é verdadeiro ou falso, mas em saber o que conta como conhecimento. Em contraste com a psicologia da aprendizagem, a NSE tampouco está preocupada em saber como se aprende. Como argumenta Schaffer citado por Young, a “questão de saber como as crianças aprendem matemática pressupõe respostas à questão prévia de quais são as bases sociais daquele conjunto de significados que são designados pelo termo ‘matemática’.” Ao contrário de perspectivas críticas mais propriamente pedagógicas sobre o currículo, a NSE tampouco se preocupará em elaborar propostas alternativas de currículo. Seu programa está centrado na crítica sociológica e histórica dos currículos existentes. (SILVA, 2011, p. 66-67).

A NSE teve como principal representante Michael Young e surgiu dentro do panorama das reformas educacionais, tendo como ideário a democratização educacional. Na década de 1980, a NSE começou a ceder espaço a outras vertentes teóricas e de análise como o pós-modernismo, estudos de gênero, raça, pós-estruturalismo e estudos culturais.

Notou-se, a partir do crescimento da hegemonia do movimento neoliberal, um arrefecimento da NSE dada a mudança do contexto sócio-político conseqüente a este fato. Contudo, o tensionamento gerado pela análise dos princípios envolvidos nas desigualdades como, por exemplo, a relação entre poder, distribuição dos recursos econômicos na sociedade e a seleção e organização do conhecimento permitiu várias inflexões sobre a questão do currículo que se mostram igualmente importantes até hoje.

Nesta direção, porém posteriormente à NSE, mostra-se também interessante a perspectiva crítica neomarxista de Michael Apple já que, para este autor, a ligação entre a economia e o currículo não se dá de forma simples e direta. Não há uma relação mecânica entre estes fatores. Não basta estabelecer um vínculo entre as estruturas sociais e econômicas gerais com o currículo e a educação. O vínculo é ativamente produzido e mediatizado pela ação dos homens de onde se deduz que o currículo é um espaço de produção ideológica

(SILVA, 2011).

A partir de suas análises, ficou estabelecido que o campo do currículo é dotado de uma dinâmica própria. Para que se reproduzam as relações sociais na educação e no currículo é de extrema importância como irão se estabelecer as relações sociais dentro da escola. A dominação seria conseqüente a um esforço permanente de convencimento de forma a se criar uma hegemonia cultural afinada ao sistema. Seria através da dominação cultural que se legitimaria a dominação econômica de classes.

Silva (2011, p. 46-47) pontua:

Na análise de Apple, a preocupação não é com a validade epistemológica do conhecimento corporificado no currículo. A questão não é saber qual conhecimento é verdadeiro, mas qual conhecimento é *considerado* verdadeiro. A preocupação é com as formas pelas quais certos conhecimentos são considerados como legítimos, em detrimento de outros, vistos como ilegítimos. Nos modelos tradicionais, o conhecimento existente é tomado como dado, como inquestionável. Se existe algum questionamento, ele não vai além de critérios epistemológicos estreitos de verdade e falsidade. Como conseqüência, os modelos técnicos de currículo limitam-se à questão do “como” organizar o currículo. Na perspectiva política postulada por Apple, a questão importante é, ao invés disso, a questão do “por quê”. Por que esses conhecimentos e não outros? Por que esse conhecimento é considerado importante e não outros? E para evitar que esse “por que” seja respondido simplesmente com critérios de verdade e falsidade, é extremamente importante perguntar: “trata-se do conhecimento de *quem*”? Quais interesses guiaram a seleção desse conhecimento particular? Quais são as relações de poder envolvidas no processo de seleção que resultou nesse currículo particular?

Em que pesem as críticas que iriam se suceder às teorias críticas, justamente pelo fato destas não se preocuparem em apontar estratégias alternativas e novas abordagens práticas aos problemas associados à área curricular, elas foram fundamentais para a ampliação da forma de se conceber o campo do currículo. No Brasil, por exemplo, serviram de base para que se desenvolvesse uma literatura de contestação aos métodos tradicionais e autoritários típicos da época da ditadura militar.

Como conseqüência a esta colocação poderíamos nos perguntar: quais interesses e valores, socialmente construídos, legitimam as escolhas de conhecimentos quando de uma formulação curricular? Que interesses políticos, profissionais, de grupos de poder ou institucionais estão representados no momento de se construir um currículo?

Outro desdobramento importante seria o fato de que, sob esta perspectiva, no momento de uma dada construção curricular deveriam ser levados em conta não apenas os interesses das classes dominantes, mas também das classes subalternas como forma de dirimir desigualdades.

Contudo, convém fugir ao determinismo, posto que, ainda que um dado arranjo

educacional ou curricular aconteça em privilégio de uma classe ou grupo, este fato, por si só, não garante a recepção passiva dos ensinamentos, sem resistência ou contestação, por parte dos educandos. A contradição está presente no campo educacional e do currículo como uma constante.

Talvez, neste sentido, as abordagens pedagógicas dialéticas, como a proposta por Saviani (2008), nomeada por ele como histórico-crítica, venha ajudar a suprir esta lacuna posto que nesta abordagem, fundamentada no materialismo histórico, se considera a categoria da contradição sistematicamente e também se diferencia por procurar trazer alternativas às práticas pedagógicas ao invés de apenas deter-se nos fatores macro estruturais abordados nas teorias crítico-reprodutivistas, ou seja, naquelas teorias que apesar de críticas partem do pressuposto de que a educação, invariavelmente, reproduz as relações sociais de dominação sem, necessariamente, oferecer propostas educacionais práticas alternativas.

A principal limitação das teorias reprodutivistas talvez se deva ao fato de estas considerarem a condicionalidade da educação aos fatores oriundos da sociedade, mas não consideram o caminho inverso, ou seja, a contradição representada pelas condicionalidades que a educação também, potencialmente, pode colocar à sociedade.

Saviani (2008, p. 92) chega a considerar as abordagens críticas, não dialéticas, apoiadas na questão da reprodução social como abordagens crítico-mecanicistas. Pois, para ele, essa abordagem:

Considerava a sociedade capitalista, de classes, como algo não susceptível a transformações, um fenômeno que se justifica em si mesmo; uma estrutura que se impõe compactamente, portanto, de forma não contraditória. Em outros termos, não considerava esta sociedade contraditória, dinâmica e, portanto, em transformação. Com efeito, foi a partir das contradições do modo de produção feudal que se desenvolveu o capitalismo. Conseqüentemente, a sociedade capitalista contém, também em seu interior, um caráter contraditório cujo desenvolvimento conduz à transformação e, mais tarde, à sua própria superação. A questão era, pois, a seguinte: como compreender a educação nesse movimento histórico? Tratava-se de percebê-la como também determinada por contradições internas à sociedade capitalista, na qual se inseria, podendo não apenas ser um elemento de reprodução mas um elemento que impulsionasse a tendência de transformação dessa sociedade.

Poderíamos dizer, então, que a superação da ênfase na estrutura curricular que precedeu à construção de um corpo teórico com características críticas se deu à custa do questionamento associado às formas de currículo, conhecimento e organização escolares hegemônicos assim como pela tentativa de relacionar como se dá a inserção deste campo frente à realidade social concreta, incluindo suas mazelas.

Assim, ao invés da suposta neutralidade do currículo característica do tecnicismo (suposta porque não seriam a própria “cientificidade” e a racionalidade técnica um tipo de

ideologia?), as vertentes críticas passaram a tentar identificar que papel caberia ao currículo e à escola frente a manutenção do *status quo*.

Fica também patente que as contradições que permeiam a realidade e, portanto, o campo do currículo, fazem com este tenha a potencialidade de ter conseqüências ambivalentes. Tanto pode funcionar como um elemento que favorece a reprodução das estruturas sociais existentes assim como atuar no sentido de criar elementos para a sua superação.

Num senso estrito, o termo currículo, que etimologicamente significa “pista de corrida”, tende a ser naturalizado e equiparado à grade curricular vinculando-o inextricavelmente ao que se ensina (conteúdos). Contudo, a noção de currículo e teoria de currículo não se restringem a este aspecto particular, pois não encerram, em si, um caráter de neutralidade uma vez que, por de trás ‘do que ensinar’, está associada uma concepção de homem, mundo e sociedade, posto que esta questão nos remete ao seguinte fato: ‘quem’ ou ‘que’ sujeito formar a partir do ‘que’ se ensina, revela inexoravelmente uma teleologia associada a este ato.

Nesse sentido, podemos inferir que a elaboração curricular passa a ser permeada inclusive pela questão do poder. Poder de escolher um conteúdo e não outro, um método e não outro, uma seqüência formativa e não outra para atender a uma finalidade específica de formação. Há, pois, a manifestação de interesses distintos bem como a expressão de diferentes níveis de poder social na elaboração curricular. Podemos, assim, constatar que o currículo configura-se num campo político.

É fato também que as categorias que são enfatizadas nas diversas correntes teóricas curriculares acabam por imprimir uma direção à forma como o currículo será interpretado e que irão revelar este campo de estudo como uma arena de disputas e contradições onde se confrontam e manifestam diferentes concepções de homem, mundo e sociedade e projetos associados a teleologias distintas.

Assim, as contribuições que se originaram a partir das concepções críticas e pós-críticas nos permitem enxergar melhor como este campo se configura, em última análise, numa construção social. Este fato se impõe a despeito das divergências teóricas entre estas correntes de pensamento.

4.2 O DESENVOLVIMENTO DO CAMPO PEDAGÓGICO-CURRICULAR NO BRASIL

De acordo com SCHMIDT (2003), o conceito de currículo no Brasil, de forma similar ao que acontecia no primeiro mundo, associava seu significado a um rol de matérias e conteúdos. Esta ênfase predominou até o final do século XIX quando o sentido para o termo foi sendo ampliado e enriquecido.

A educação formal no Brasil, até a expulsão dos Jesuítas, no ano de 1789, esteve sob influência direta da Igreja Católica a qual a monopolizava. A partir daí, sua influência continuou existindo, porém houve que dividir espaço e embater-se com as idéias advindas do Iluminismo e do liberalismo clássico que foram o eixo interpretativo para a questão educacional implementada pelo Marquês de Pombal. Esta situação perdurou até o início do século XX quando, neste momento, tornou-se relevante o movimento associado à Escola Nova (escolanovismo) em nosso país.

O escolanovismo, que tem no pensamento de John Dewey forte inspiração teórica, teve nas décadas de 1920 e 1930 uma forte influência sobre o pensamento educacional e no campo do currículo no Brasil. Este movimento ganhou força especialmente após o lançamento do manifesto dos pioneiros da educação nova, em 1932, e a promulgação da constituição federal de 1934 sendo reforçado após a constituição de 1946 quando a União passou a fixar as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, tendo na comissão que as elaborou uma predominância de intelectuais afetos ao movimento da escola nova (SAVIANI, 2008).

Segundo este autor esta corrente de pensamento educacional predominou até a década de 1960 e, a partir daí, foi sendo substituída pela corrente tecnicista que iria se consolidar, especialmente, a partir de 1969. Influência marcadamente notada na Lei de Reformulação do Ensino Superior, a Lei nº. 5.540, o tecnicismo, cujas premissas descrevemos anteriormente, iria ser reforçado na década de 1970 e adotado como base pelas políticas educacionais do regime militar que em 1971 sancionaria a Lei nº.5.692 a qual tornava obrigatória a profissionalização no ensino médio (à época ensino de segundo grau):

A influência tecnicista, então, impõe-se; é na década de 1970 que o Regime Militar tenta implantar uma orientação pedagógica inspirada na assessoria americana, através de acordos MEC-USAID, centrada nas idéias de racionalidade, eficiência e produtividade, que são características básicas da chamada pedagogia tecnicista (SAVIANI, 2008, p. 90).

Como contrapartida, no fim da década de 1970, ocorreu a emergência de uma produção literária ligada à área de currículo comportando um caráter crítico e progressista.

Este momento coincidiu com a abertura política. A produção da época foi predominantemente influenciada pelas teorias sociológicas europeias e pelas teorias de reprodução. O foco central destes trabalhos era a crítica e as denúncias relacionadas às diretrizes curriculares da época e do tecnicismo hegemônico à época da ditadura militar.

Na década de 1980 coexistiriam, basicamente, duas tendências associadas à produção crítica: a educação popular, associada ao nome de Paulo Freire, e a pedagogia crítico-social dos conteúdos ligada aos teóricos Dermeval Saviani, José Carlos Libâneo e Guiomar Namo de Melo. É nesta mesma época que as idéias de Michael Apple e Henry Giroux começariam a se difundir e contribuir para a visão prevalente da Nova Sociologia da Educação (MOREIRA, 1999).

Para Schmidt (2003, p. 65):

Na década de 1980, com a crítica ao tecnicismo, verifica-se que o pensamento pedagógico brasileiro desenvolveu-se e alcançou acentuada autonomia, a influência de Marx e Gramsci aumentou consideravelmente e verifica-se a expressão de uma política educacional alternativa, intensificando-se a tendência crítica com educadores identificados com a concepção de Educação Popular e da Pedagogia Histórico-crítica - alguns até ocupam espaço na política tentando implantar suas idéias, neutralizar posições e orientações conservadoras e lutar pela questão do ensino básico universal de boa qualidade.

Em 1986, foi criado o Grupo de Trabalho (GT) de currículo da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED). Predominavam nas discussões do grupo a influência das análises sociológicas inglesas e das provenientes dos Estados Unidos da América. A preocupação com a questão do ensino curricular universitário assim como a direção do pensamento curricular no Brasil estavam presentes nos primeiros encontros (MOREIRA, 1999).

Ainda nesta década, houve muita discussão acerca da questão dos conteúdos e métodos de ensino. Havia os defensores de currículos que privilegiassem conhecimentos objetivos e universais e os que defendiam a construção do conhecimento a partir de uma escola alternativa. Entre 1988-1992, os trabalhos produzidos e publicados na área de currículo ainda iriam mostrar-se influenciados pela sociologia do currículo da Inglaterra (MENDES, 1997 apud MOREIRA, 1999).

Em meados da década de 1990, os pesquisadores associados à ANPED passaram a discutir os Parâmetros Curriculares Nacionais sobretudo no que tange ao controle do governo sobre a educação através destes e dos mecanismos de avaliação como forma de resolver os problemas da educação nacional.

Resumindo, podemos observar que nas décadas de 80 e 90 floresceram os estudos

sobre currículo apoiados nas teorizações ditas críticas, mas observou-se, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1990, uma ampliação da discussão acerca das teorias curriculares com a incorporação de novos enfoques. Houve uma incorporação do pensamento pós-moderno o qual vem se expressando em parte da produção curricular na atualidade. Nota-se, também neste contexto, novamente, grande influência da produção intelectual estrangeira nesta área temática.

SCHIMIDT (2003, p. 62) relaciona alguns dos autores que influenciam esta linha de pensamento:

O pensamento pós-moderno tem marcado grande parte da produção recente no campo do currículo, destacamos Giroux (1983-1987), Sacristán (1998), McLaren (1997), Cherryholmes (1993), Hall (1998), Silva (1992,1996,1999), especificamente sobre a seleção e organização do conhecimento escolar, destacamos Willians (1984), Forquim (1993), Hernandez e Ventura (1998), Coll (1999), Kress (1993) e Santomé (1998).

A visão crítica, que contestava e rompia com a concepção tradicional-tecnicista do currículo e da educação se concentrava mais ao nível das diferenças de classe social. No contexto de pós-modernidade houve o tensionamento de outras áreas onde podiam se estabelecer relações sociais assimétricas e opressivas, sobretudo questões envolvendo a raça e a etnia, o gênero e a sexualidade.

Enfim, podemos observar que as teorias pós-críticas do currículo colocam a questão da diversidade cultural e da diferença, no centro dos estudos curriculares. Essas vertentes de pensamento curricular e educacional, por não se utilizarem de metanarrativas, características das Teorias Críticas, deslocam seu foco para a interpretação, por meio da linguagem, dos micro-contextos e das relações de poder assim como da construção das identidades e subjetividade. Nesses aportes há uma maior valorização dos contextos locais.

Sinteticamente poderíamos dizer, então, que na atualidade as teorizações sobre currículo no Brasil assentam-se sobre múltiplos referenciais dentre os quais se inscrevem as Teorias Tradicionais, as Críticas e as Pós-Críticas ou Pós-Modernas configurando este campo como uma área de disputa por visões epistemológicas diferenciadas.

A partir do que foi exposto, cabe colocarem-se algumas questões: como o ensino na área de odontologia se comportou e se desenvolveu historicamente a partir deste constructo teórico no campo curricular? Quais os contextos de influência na produção dos currículos da área odontológica? Que correlação de forças está inscrita nos currículos odontológicos, sobretudo no que tange o perfil de formação profissional? Que visões acerca do campo da saúde são expressas nesta seara?

5 SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA: O SUS E O PERCURSO DA SAÚDE BUCAL

5.1 A INSCRIÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

A saúde, no Brasil, passou a ser tratada como direito universal e de cidadania a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. O Sistema único de Saúde (SUS) teve sua inscrição no Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde, deste mesmo diploma legal. O texto constitucional incorporou vários avanços, dentre eles o da saúde ser entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais, de ser direito de todos e dever do Estado, além de se ter enfatizado a relevância pública das ações e dos serviços de saúde e da criação de um sistema de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. (BRASIL, 2009).

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008, p. 437), o conteúdo deste capítulo constitucional, no que tange a seus aspectos ideológicos, demonstra a preocupação com o “bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, concretizados com o exercício dos direitos sociais”.

Convém assinalar, então, que nesses termos, o conceito de saúde adotado pela Constituição de 1988 está baseado em uma acepção ampla do conceito de saúde condizente com o campo da promoção da saúde e da saúde coletiva. Podemos identificá-lo, assim como também é nítido que se contempla uma concepção integral e intersetorial de saúde. Este aspecto fica evidenciado claramente no trecho que diz que a saúde deve ser garantida mediante: “[...] políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004b).

Assim, observamos que se ampliou a forma de se conceber as políticas de saúde. Isto ocorreu tanto do ponto de vista da mudança de concepção associada ao processo saúde-doença como na esfera da responsabilidade político-administrativa imposta pelo caráter intersetorial que uma visão ampliada de saúde enseja.

Convém observar aqui, em virtude do escopo desta dissertação, que esta mudança de enfoque, potencialmente, também pode ter repercussão na formação de recursos humanos em saúde.

No dizer de Lima (2007, p. 3):

Do ponto de vista da prática educativa ou da formação profissional em saúde, essa nova concepção de saúde vai exigir uma nova concepção de educação, segundo a qual os trabalhadores deveriam ser educados não apenas para compreender o seu papel como membro de uma equipe de saúde, mas principalmente para participar da gestão do sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle. Quer dizer, o par ‘formação-participação’ é consequência direta do lema central do movimento da reforma sanitária, sintetizada na idéia Saúde e Democracia. A formação profissional é entendida aí como uma condição sine qua non para a própria participação, no sentido de qualificar a intervenção dos trabalhadores na definição e organização do sistema de saúde, aliando com isso, a dimensão técnica e a dimensão política na formação dos futuros dirigentes do sistema.

Antes, a concepção de saúde era associada primordialmente à ausência de doença, isto justificava a lógica de direcionar as políticas de saúde ao estabelecimento de serviços e ações numa estrutura para curar doenças e agravos. Essa forma de pensar deu lugar a outra que relaciona saúde à qualidade de vida da população. Com isso, são levadas em consideração a multicausalidade do adoecimento o que faz com que ações de prevenção e promoção da saúde sejam tão valorizadas quanto o tratamento das doenças. Para tanto, são considerados aspectos como moradia, nível de renda, educação, lazer, meio ambiente, vigilância sanitária e epidemiológica, etc. Há a aceitação de que existe uma relação direta entre os níveis de saúde populacional e o grau de desenvolvimento e organização de um país (BRASIL, 2000).

No dizer de Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), a Constituição Federal de 1988 deu um novo formato para a saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. Ocorreu uma ampliação na forma de entender-se a saúde inclusive no que diz respeito ao dever constitucional de todas as esferas de governo no que concerne a esta área. O conceito de saúde passou a ser vinculado às políticas de ordem social e econômica.

Por sua vez, a universalidade do acesso ao sistema de saúde, ou seja, a possibilidade de que qualquer cidadão em território brasileiro possa usufruir de seus benefícios foi formalmente garantida a partir do Art. 196 da Constituição Federal, que explicita que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” [...]. (BRASIL, 2004b).

Em que pese o fato do reconhecimento do caráter social da saúde e desta como direito de cidadania, legalmente estabelecido, ter representado um grande avanço para o país, pontue-se que o direito à saúde já vinha sendo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1948, quarenta anos antes de o Brasil reconhecê-la como um direito social. (PAIM, 2009).

Ressalte-se, também, que países como o Canadá, por exemplo, já dispunham de um sistema de saúde universal desde a década de 1960 (CARVALHO, 2007). Enquanto, no

Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) só veio a ter sua implantação na década de 1990 a partir da promulgação da Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990. (NORONHA; LIMA, MACHADO, 2008).

Além desta lei para regulamentar o SUS, como reação aos limites impostos a ela, foi criada outra: a Lei n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990.

Os vetos impostos pelo presidente Fernando Collor inseridos nesta Lei [n. 8080] atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil organizada gerou a Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que no seu artigo 1º. regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. (BRASIL, 2009, p. 18)

As duas leis supracitadas ficaram conhecidas como leis orgânicas da saúde. Enquanto a primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a segunda trata, essencialmente, da questão do controle social.

As Leis n.º. 8.080/90 e a n.º 8.142/90 são extremamente importantes para o atual sistema de saúde brasileiro. A Lei n.º 8.080/90 fortalece e detalha as orientações constitucionais do SUS e a Lei n.º. 8.142/90 versa sobre a participação comunitária no trato das questões relativas à saúde criando as conferências e os conselhos de saúde, em todas as esferas do governo, como instâncias colegiadas que orientam e deliberam a respeito das políticas de saúde. A Lei n.º 8.142/90 também trata da transferência de recursos financeiros fundo a fundo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Registre-se que o controle social (da sociedade para o Estado), que foi conseguido através das mudanças na Constituição e pela Lei n.º 8142/90, constituiu-se num avanço democrático ímpar na história das políticas de saúde brasileiras.

A inserção do princípio do controle social, na área das políticas públicas de saúde, passou a ter um caráter central na luta pela democratização. Teve impacto no conjunto das políticas e tem permitido que várias forças da sociedade civil e do aparelho de Estado se mobilizem e que se desenvolvam muitos embates, em diversos níveis, que representam uma experiência histórica de inovação, ainda em curso. (BRASIL, 2006b).

A Lei n.º 8142 só veio a ser regulamentada a partir da publicação do Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011. Até este momento a questão da descentralização de que trata a Lei n.º. 8142/90 era organizada a partir de normas editadas através de portarias e a partir de arranjos institucionais que ficaram conhecidos como Normas Operacionais Básicas (NOB) publicadas em 1991, 1993 e 1996 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) publicada em 2001 e, em 2006, o pacto de gestão. Desta forma, há um reordenamento jurídico importante

em questões organizativas do SUS como a criação de regiões de saúde, através de uma articulação interfederativa, a criação de Comissões Intergestores Regionais e de Contratos Organizativos da Ação Pública que permitirão uma forma diferenciada de planejamento em saúde com vistas a atender o princípio da regionalização. (MONTEIRO, 2011)

Dessa forma a retomada da democratização brasileira redefiniu novos caminhos para as políticas públicas e gerou novos atores sociais que trabalharam para criar um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

É importante observar que para que as bases jurídicas do SUS fossem efetivamente criadas houve um intenso esforço político emanado da sociedade civil e dos movimentos democráticos o qual aconteceu numa perspectiva de reforma social nas décadas de 1970 e 1980. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Desta forma podemos constatar que:

O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção. Apesar de sua instituição formal ter se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam a partir da crise do modelo médico assistencial privatista hegemônico na segunda metade do século passado que teve como principais características: A extensão de cobertura previdenciária. O privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas. A criação de um complexo médico-industrial. O deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não-lucrativos. (BRASIL, 2009, p. 18-19).

A inscrição da saúde, como direito de cidadania, na Constituição e a criação de um sistema de saúde unificado e universal foram conseguidos em função da mobilização da sociedade civil dentro de um panorama político que permitiu uma correlação de forças favorável a estes avanços. No entanto, foi um processo de luta política que envolveu vários avanços e retrocessos até que a saúde fosse reconhecida como direito social. Trataremos um pouco mais sobre estes aspectos em seguida.

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta pelo regime militar (1964-1985). Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando, sob o conceito de seguridade social, a proteção dos direitos individuais (previdência) à proteção dos direitos coletivos (saúde e assistência social)” (BRASIL, 2009, p. 18).

Para que acontecesse, então, a expressão da materialidade do SUS, inicialmente na forma da criação e promulgação das leis orgânicas para a saúde, iniciou-se na década de 1970 um forte movimento ideológico, político e social que culminou, na década de 1980, com a inscrição, na Constituição, da saúde como direito de cidadania. Este movimento ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária.

5.2 A CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO SUS

O Movimento pela Reforma Sanitária e pela implantação do SUS constituíram-se como um movimento social que foi organizado e proposto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, instituições acadêmicas e de pesquisa e sindicatos. Esse movimento também ficou conhecido como movimento pela redemocratização da saúde (PAIM, 2009).

As origens do Sistema Único de Saúde, então, encontram-se atreladas a um processo de luta política que se inseriu em um quadro societário em transformação. A busca pela redemocratização do país se refletiu nas propostas do movimento da reforma sanitária e, posteriormente, iria se refletir nos princípios que seriam propugnados a partir da implantação legal do sistema.

Apesar de o nome ‘reforma sanitária’ sugerir uma ligação explícita à área da saúde pública, o mesmo contemplava em seu âmago aspirações por uma reforma social e política muito mais ampla. Não tinha como foco apenas melhorar o sistema de saúde vigente à época da ditadura militar, mas também lutar pela restauração da democracia e pela redução das desigualdades socioeconômicas vivenciadas pela população brasileira naquele momento histórico.

Lima (2007), nesse sentido, constata que além do projeto da Reforma Sanitária extrapolar uma proposta de reforma meramente setorial ela iria implicar, também, em modificações na forma de se pensar e fazer saúde e nos processos de trabalho em saúde. Este aspecto se expressa na ampliação do conceito de saúde e na necessidade de reestruturação do processo de trabalho em saúde, a partir da redefinição do seu modelo assistencial. Estas mudanças fazem com que se demande um novo compromisso político e ético dos trabalhadores de saúde. Compromisso este fundamentado na questão da construção democrática e da defesa da dignidade humana, assim como em mudanças das práticas e da formação em saúde.

Desta forma, ao que tudo indica as origens tanto do Movimento da Reforma Sanitária quanto, por extensão, do SUS encontram-se na reação da sociedade brasileira, dentre outros aspectos, à hegemonia e à falência do modelo médico assistencial previdenciário da época do regime militar. Esse sistema estava imerso em uma crise pelo seu alto custo, ineficácia, seu caráter excludente e privilegiador do setor privado.

A conjuntura político-econômica que se construiu a partir do regime militar, iniciado

em 1964, veio a culminar com o agravamento das desigualdades entre os distintos extratos sociais. Reflexo da crise econômica mundial, exacerbada após a crise do petróleo da década de 1970 e pelas políticas internas de arrocho salarial e queda do poder aquisitivo da classe trabalhadora. Enquanto isso as classes mais ricas experimentaram uma maior concentração de renda. No campo político, a sociedade civil era suplantada e silenciada por mecanismos autoritários e repressivos, muitas vezes violentos, que garantiam que o poder do Estado (restrito) preponderasse. Houve, num primeiro momento, uma supressão do estado de direito e, num segundo momento, uma democracia de fachada. Contraditoriamente, na década de 1970, os efeitos deletérios da política macroeconômica sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora geraram rupturas com a própria base de sustentação do regime.

Segundo Lima (2010, p. 162):

A conseqüente crise econômica impede assim que os interesses econômicos das frações das classes dominantes sejam atendidos como antes e se desdobra numa crise política com a crescente insatisfação com o regime militar, que entra progressivamente em colapso com as derrotas sucessivas nas eleições parlamentares de 1974, 1978 e 1982. A vitória eleitoral da oposição a partir de 1974 deixa patente a perda de apoio das classes médias e populares, inclusive entre alguns segmentos da burguesia monopolista que haviam apoiado o regime. Desse ano em diante, o processo de ‘distensão lenta, gradual e segura’ do Governo Geisel e, logo após, a ‘abertura’ democrática do Governo Figueiredo permitem a retomada do processo de politização da sociedade, capitaneada pela Igreja Católica, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), os sindicatos de trabalhadores, principalmente os metalúrgicos do ABC paulista, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido de oposição ao regime militar.

Em função desse contexto há a emergência dos movimentos sociais como forma de resistência ao regime hegemônico. A sociedade civil organizada enxergava o Estado comopositor e classista. Através da participação popular, o povo resistiu à exclusão social. Essa concepção se inseriu no contexto dos movimentos sociais urbanos do final da década de 1970 e início da década de 1980, fortalecidos com o desgaste da ditadura militar. As demandas por políticas de saúde vão, então, se deslocando para demandas de acesso ao poder (BRASIL, 2006b).

Pelo fato do governo no regime militar, no setor saúde, ter privilegiado o setor privado e a assistência curativa, isto contribuiu para o surgimento de um complexo médico-industrial regulado pela lógica do capital. Esse sistema privilegiava interesses econômicos corporativos e não rompia com a lógica excludente que garantia diferentes níveis de acesso ou não-acesso à assistência à saúde em função da capacidade de pagamento do segmento populacional considerado.

Neste período, anterior ao SUS, o Ministério da Saúde (MS) era responsável

prioritariamente por ações preventivas, usualmente através de ações direcionadas a certas patologias específicas, campanhas de vacinação e controle de endemias. Essas ações eram oferecidas à população como um todo, quer dizer, sem restrições de acesso ou acesso universal. No que diz respeito à assistência, o MS atuava apenas por meio de alguns serviços hospitalares, sobretudo nas áreas de psiquiatria, tuberculose, hanseníase e também agia na questão da fiscalização sanitária (PAIM, 2009).

Em outras palavras: a atuação do Ministério da Saúde na assistência médica era mínima. O grande responsável neste aspecto era o Ministério da Previdência Social. Contudo apenas os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal eram contemplados com a assistência médica mediante contribuição previdenciária.

Os que recebiam assistência médica através do Ministério da Saúde eram os brasileiros excluídos do sistema previdenciário.

Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de favor, como caridade. A grande atuação do poder público nessa área se dava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAP) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros). O Inamps tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (ANDRADE; ANDRADE, 2010, p.66).

A assistência à saúde prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e posteriormente Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) não tinha o caráter universal que existe hoje no SUS. Como o investimento na estrutura para o atendimento dos beneficiários da medicina previdenciária era feito de maneira proporcional à arrecadação de recursos, por sua vez diretamente relacionada ao tamanho das categorias profissionais com carteira assinada, os estados mais desenvolvidos economicamente acabavam por ser privilegiados (Sul e Sudeste) em detrimento dos mais pobres (Norte e Nordeste) (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Paralelamente a esses subsistemas de saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, existia ainda um terceiro: a assistência médica privada. Esta era reservada aos que podiam pagar pelos serviços prestados por desembolso direto, seja a profissionais de saúde autônomos ou a serviços ambulatoriais ou hospitalares privados.

Desta forma, os brasileiros recebiam tratamento diferenciado quando assunto era assistência à saúde. Havia o grupo dos que podiam pagar pelos serviços; os que eram assistidos pela previdência (INAMPS) e os que eram desprovidos de quaisquer direitos, chamados indigentes (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Paim (2009), tratando da crise do sistema de saúde desta época relata o conteúdo de um estudo, feito pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que foi censurado pelo regime militar, o qual definia os aspectos de falência do mesmo. Em suas palavras o documento descrevia o sistema de saúde brasileiro vigente à época com seis características: insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz. O autor, criticamente, ainda atribui ao sistema, que ele chama de *não-sistema*, os adjetivos: autoritário, centralizado, corrupto e injusto.

Então, na segunda metade da década de 1970, ocorreu concomitantemente ao aprofundamento das contradições no setor saúde, um renascimento dos movimentos sociais. Neles estavam envolvidos trabalhadores, estudantes, profissionais da classe média e setores populares. A expressão da luta desses movimentos também se daria no campo da saúde como resistência às políticas de saúde autoritárias do regime militar (PAIM, 2007).

Também na década de 1970, aconteceram diversas experiências que contribuíram para se conceber um novo modelo de atenção à saúde. Desenvolveu-se o campo da medicina comunitária e foram criados alguns projetos que trabalhavam a questão da extensão da cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Enquanto ocorriam os primeiros projetos de medicina comunitária, criados por secretarias estaduais de saúde e instituições acadêmicas, simultaneamente desenvolviam-se as primeiras experiências de municipalização da saúde (BRASIL, 2009).

No dizer de Lima (2010), a medicina comunitária abriu espaço para a retomada das medidas de saúde pública e ampliou a atuação desta apesar de não ter rompido com a lógica hegemônica da prática médica individual. A partir dela o Estado uniu às ações tradicionais de imunização, campanhas sanitárias e controle de endemias, ações diretamente relacionadas à assistência médica individual e à prestação de serviços de saúde. O fez sob a égide da ideologia do cuidado progressivo e integral.

Em 17 de julho de 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, pela Lei nº. 6229, como tentativa de regulação dos papéis dos municípios na saúde. Contudo, como observam Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), sob seus auspícios, a municipalização não prosperou.

Paim (2009), referindo-se ao período acima, observa que além do sancionamento da

Lei n.º 6229/1975, que criava o Sistema Nacional de Saúde e definia as competências dos seus componentes foram implantados programas de extensão de cobertura em áreas rurais, especialmente no Nordeste do país. Igualmente foi organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica (Lei n.º 6259/1975). Este era separado da vigilância sanitária. Programas especiais para controle de doenças e de atenção materno-infantil, foram implantados na época. O autor observa que, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em sucessão ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a partir da incorporação do Ipase, junto ao Funrural e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), ofereceria serviços de saúde para amplos contingentes da população dentro do escopo da medicina previdenciária.

Um marco importante, no campo das políticas públicas de saúde, que contribuiu rumo à construção de práticas em saúde que seriam incorporadas à organização do SUS foi o PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. O PIASS foi implantado em 1976 e foi inspirado em um projeto de 1972, que ocorreu na região do Norte de Minas Gerais, em Montes Claros, e cujo objetivo era buscar modelos de extensão de cobertura. O PIASS parece ter sido a primeira grande experiência brasileira de extensão de cobertura da assistência que tinha como características o baixo custo e integração interinstitucional (BRASIL, 2009).

Contudo, o PIASS, assim como as demais práticas da área da medicina comunitária, iria apresentar limitações. Lima 2010, referindo-se a este e ao PPREPS, observa que ele manteve as mesmas características do modelo de assistência médico-previdenciário apesar de ter expandido a cobertura por meio da adoção de serviços básicos de saúde. Ele observa que em função da conjuntura político-econômica exigiu-se uma nova postura em relação às políticas sociais. Segundo ele, a ênfase nas medidas coletivas nesse momento visava a dois propósitos: a conter a demanda que não podia mais ser absorvida pela medicina previdenciária e contribuir para a absorção de tensões sociais. Em verdade, uma tentativa de resposta à crise política do regime, à crise financeira da Previdência Social e à necessidade da inclusão de grupos sociais antes excluídos do cuidado médico.

Então, neste final de década, o movimento sanitário iria apresentar maior densidade devido à atuação de diversos atores coletivos dentre os quais a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) da Universidade de Brasília (UnB), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS) e, posteriormente, a

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (SERRA, 1998; PAIM, 2007).

Nesse aspecto particular, o CEBES representou um importante papel de intelectual coletivo associado ao movimento da saúde coletiva que iria ter grande protagonismo na busca pela democratização da saúde perseguida pelo Movimento da Reforma Sanitária. Segundo Paim (2007) o CEBES foi criado em 1976, durante a 32ª reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada em Brasília, e isto aconteceu enquanto o governo implantava medidas racionalizadoras e reatualizava o discurso oficial sob o contexto da crise sanitária e de legitimidade por que passava.

Em 1979, ocorreu o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, onde o CEBES, através do documento: ‘A questão democrática na área da saúde’, já sinalizava com princípios e diretrizes para o sistema de saúde que mais tarde seriam incorporados na Constituição (PAIM, 2009).

Bahia (2009, p. 358), observa que o documento supracitado:

[...] sinalizou para a necessidade de criação de um sistema único e para a necessidade de transformação da saúde em bens sociais gratuitos sob responsabilidade do Estado a partir de uma base eficaz de financiamento. Tais premissas justapostas às acepções sistêmicas e universalistas sobre previdência e assistência social fundamentaram a inscrição do SUS como integrante das ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social no artigo 194 da Constituição de 1988.

Em 1983, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que, segundo Lima (2010), representaram uma estratégia do movimento sanitário, no interior do INAMPS, possível graças à operacionalização do plano CONASP (Conselho consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) Este teve por base a experiência adquirida através dos seguintes projetos da década de 1970: o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS), o Projeto Montes Claros e o PIASS.

Paim (2009) considera que as Ações Integradas de Saúde (AIS), juntamente com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), significaram uma estratégia ponte para a implantação do Sistema Único de Saúde. Estas iniciativas foram adotadas visando a unificação e integração dos serviços de saúde mediante convênios entre os governos federal, estadual e municipal. Paralelamente debatia-se a legislação no Congresso Nacional.

O movimento pela reforma sanitária, especialmente na figura do CEBES, foi responsável pela mobilização e convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e cujas recomendações foram, em parte, absorvidas pela Constituição Federal de 1988. A partir daí se preconizaria um novo modelo assistencial que se opunha às

desigualdades em saúde. Privilegiava a equidade e a assistência primária de saúde como contraponto e resistência ao regime político da época.

Desta forma, a VIII Conferência Nacional de Saúde produziu, então, um relatório que serviu de subsídio para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988. Foi um evento de grande porte que propôs, dentre outros aspectos, que a saúde fosse tratada como direito universal e de cidadania, o acesso aos serviços e ações de saúde fossem igualitários, além de apregoar a descentralização administrativa do sistema.

Segundo Bahia (2009, p. 357), a VIII Conferência adotou uma concepção de saúde tomada como:

[...] resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economicista.

Fica evidente que esta concepção ampliada de saúde, condizente com o pensamento oriundo do campo teórico da Saúde Coletiva e da promoção da saúde, foi a que prevaleceu no texto constitucional. Por sua vez, o arcabouço jurídico-institucional do SUS também iria ser gestado a partir da VIII CNS.

Esta afirmação vai de encontro ao que observa Paim (2009) quando escreve que na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram discutidos vários estudos e proposições para a Reforma Sanitária Brasileira. Segundo este autor o SUS representa uma conquista do povo brasileiro uma vez que emanou da sociedade e dos movimentos sociais. O relatório final do evento influenciou o capítulo “Saúde” da Constituição. De maneira similar iria desdobrar-se, posteriormente, nas Leis nº. 8080/1990 e nº. 8142/1990. Teriam participado mais de 5000 pessoas de vários setores da sociedade na VIII CNS.

Constata-se, desta forma, que, na década de 1980, são criadas as referências essenciais para que se dê a consolidação democrática na saúde. Através da regulamentação, implantação e operacionalização do SUS, na década de 1990, consolidam-se a conquista de direitos, tanto no campo da saúde, como no campo da educação.

Contraditoriamente, foi nesta mesma década que o pensamento político neoliberal penetrou no Brasil, durante o Governo Collor de Melo, impondo, por pressão dos organismos internacionais, restrições de gastos com políticas sociais. Assim, iremos observar que os princípios que nortearam a criação e implantação do SUS, sistema de natureza democrática, irão estar em disputa com o ideário neoliberal.

Em função disto, as conquistas asseguradas pelas lutas dos movimentos sociais e

demais atores envolvidos na reforma sanitária, passaram a conviver, contraditoriamente, com o retorno da privatização e de políticas focais, especialmente na segunda metade da década de 1990 (LIMA, 2007).

5.3 O SUS EM TEMPOS NEOLIBERAIS

A doutrina neoliberal estruturou-se, especialmente no período que sucedeu à segunda guerra mundial, como forma de oposição às políticas keynesianas que eram prevalentes nos países de capitalismo central. Teve como alguns de seus principais teóricos Frederich Hayeck, Popper e Milton Friedman. No entanto, a exacerbação e arraigamento do pensamento neoliberal acentuaram-se após a onda de inflação da década de 1980 que aconteceu em decorrência da crise do petróleo (1973) o que levou à queda do Estado de Bem-Estar Social. (RIZZOTTO, 2009).

Na segunda metade dos anos 1970, a esfera financeira passou a comandar intensamente a repartição e a destinação social da riqueza. Este aspecto predominaria a partir da eleição de Margareth Thatcher (1979-1990) e Ronald Reagan (1981-1989), na Inglaterra e nos Estados Unidos, respectivamente, com grandes repercussões no Brasil, nos anos 1990, após o denominado Consenso de Washington (LIMA, 2010, p. 318).

A década de 1990, no Brasil, converge para um amplo consenso neoliberal favorável à implementação [sic] do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do FMI e do BM, conforme o Consenso de Washington e suas metas principais de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado com a privatização das empresas estatais e demissões em massa. No plano das políticas sociais, se assiste a privatização do financiamento e da produção de serviços, a precarização das políticas sociais públicas com corte nos gastos sociais, a focalização dos gastos nos grupos mais carentes e a descentralização em nível local.

Dentro das concepções atribuídas à doutrina neoliberal, o mercado é tratado como lugar privilegiado, regulador exclusivo das relações econômicas e sociais, e como espaço de liberdade de escolha. O neoliberalismo se opõe a atuação do Estado, intervindo na economia, no sentido de que o mesmo restrinja a dita liberdade de mercado. Assim, para esta doutrina as políticas sociais deixam de ser encaradas como direitos a serem atendidos prioritariamente pelo Estado.

Na atualidade, o neoliberalismo, influenciando o campo das políticas, tem contribuído para o aprofundamento das desigualdades. Estas se dão indistintamente entre países ricos e pobres, grupos sociais e regiões e este resultado relaciona-se a uma visão peculiar sobre o

papel do Estado e dos indivíduos na sociedade. No campo da saúde esta deixa de ser um bem comum e passa ao status de mercadoria submetida às regras do mercado (CARVALHO, 2007).

Segundo Rabello (2010), o discurso neoliberal sobre o papel do Estado mínimo tem sido o que prevalece, atualmente, nos países ocidentais e nos organismos internacionais, impactando diretamente a área de saúde. A autora observa que tem ocorrido, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a predominância de uma presença mínima do Estado na regulação da saúde de suas populações. Prevalecem os seguros de saúde e a atuação do setor privado.

No dizer de Carvalho (2007), o pensamento neoliberal trata as políticas sociais universais e redistributivas como um retrocesso. O núcleo do pensamento é de que estas políticas drenam recursos que seriam produtivos para o subsidio de bens e serviços que o mercado poderia prover. Defende que gastos desnecessários produzem déficit fiscal e prejudicam a economia diminuindo sua capacidade competitiva (das economias nacionais). O neoliberalismo considera as políticas de caráter universal como responsáveis pelo desestímulo ao trabalho.

Na área da saúde, o pensamento neoliberal apregoa que esta seria de responsabilidade privada. Os problemas de saúde teriam que ser resolvidos mediante a atuação de sistemas de seguro que garantissem o acesso a alguns tipos de serviços ou as necessidades de saúde deveriam ser resolvidas em família. (CARVALHO, 2007).

A resolução dos problemas sociais é, então, prioritariamente, compartilhada com a sociedade através de mecanismos como o voluntariado ou através das chamadas organizações não-governamentais (ONG), como forma de desobrigação do Estado que, por sua vez, restringe suas ações a áreas como segurança pública e manutenção da propriedade privada num modelo ideal-típico.

Desta forma, sob o discurso das liberdades e responsabilidade dos indivíduos com suas próprias vidas o que se faz, de fato, é desresponsabilizar os formuladores de políticas públicas. (MARTINS, 2009).

Este enfoque, de viés economicista, vem priorizando a economia nos gastos públicos, inclusive com saúde, o que justifica as políticas seletivas e focalizadas em grupos de maior risco como forma de atingir maior eficácia e eficiência a custos mínimos (Rabello, 2010).

Este modelo tem sido fomentado com a colaboração dos organismos internacionais que passaram a adotá-lo como referencial e discurso em expansão.

De acordo com Rabello (2010, p. 97):

Programas Globais têm sido defendidos por agências, tais como o Banco Mundial (Bird) com vistas à privatização do setor saúde e ao aumento do financiamento privado, por meio da cobrança de taxas dos usuários. Além disso, interesses comerciais têm sido promovidos pela Organização Mundial do Comércio (OMC) que tem tentado abrir os serviços públicos para mercados e investidores estrangeiros. Esta política conseguiu pavimentar o caminho para o financiamento público dos operadores privados nos setores de saúde e educação, especialmente nos países ricos do hemisfério norte nas últimas décadas. Embora tais tendências para minar os serviços públicos gerem uma ameaça concreta para a equidade nos sistemas de bem estar social estruturados da Europa e Canadá, para os países de renda baixa e mediana são ameaças imediatas, pois seus sistemas são frágeis. Duas dessas tendências - a introdução de taxas de usuários para serviços públicos e o crescimento das despesas desembolsadas para serviços privados - podem, se combinadas, constituir uma armadilha maior para o empobrecimento.

Muito embora, no âmbito do SUS, não ocorra, no momento, pagamento de taxas pela utilização dos serviços de saúde, temos observado a construção de uma relação público-privada que privilegia o repasse ao setor privado da prestação de serviços assistenciais de média e alta complexidade (LIMA, 2007; RIZZOTTO, 2009).

Este setor, que é referido na literatura como burguesia de serviços, tem se expandido na atual conjuntura do Sistema Único de Saúde da mesma maneira que, na década de 1970, desenvolveu-se a burguesia relacionada ao complexo médico-industrial tendo a burguesia de serviços de saúde, dos anos 1990, de maneira distinta daquela se mostra organizada no campo assistencial em saúde, funcionando como uma rede de serviços próprios e terceirizados. Caracteriza-se, igualmente, por sua atuação e especialização na área de alta complexidade, pelo uso intensivo de equipamentos de última geração, pela multiconveniência com planos e seguros de saúde, pela busca da certificação no âmbito nacional e internacional, por práticas de boa governança e pela incorporação do ensino e da pesquisa no seu interior. Além disto, alinha-se com o modo atual de acumulação de capital o qual é dirigido pela esfera financeira. Empresas de planos e seguros de saúde têm se transformado em empresas de capital aberto com atuação no mercado financeiro. (LIMA, 2010)

Paim (2009, p. 86), observa que:

Na composição do gasto total em saúde verificado em 2003 (R\$ 85,16 bilhões), 42% correspondiam ao gasto público, 21,34% representavam gasto privado com planos e seguros de saúde e 37,65% constituíam gasto privado direto das famílias. Diferentemente dos países europeus, em que mais de 60% dos gastos com saúde são públicos, no Brasil a situação é inversa, justamente onde o SUS deveria atender diretamente a pelo menos 75% da população.

Assim, apesar da democratização que aconteceu com o sistema de saúde nas últimas décadas, em função do Movimento da Reforma Sanitária, e os esforços na direção da

operacionalização do SUS, este irá confrontar-se com a subordinação das políticas sociais, no caso da saúde, à economia, sobretudo pelo fato das políticas de saúde virem assumindo um caráter compensatório não condizente com o princípio de universalidade inscrito no texto constitucional e da acentuação das desigualdades sociais que atingem enormes contingentes populacionais (LIMA, 2007).

Para Rizzotto (2009), no Brasil os preceitos neoliberais, a partir da década de 1990, criaram um quadro no setor saúde que tem as seguintes propriedades: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário; (70% da oferta é privada); precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; delineamento de um sistema de saúde complementar regulamentado; e institucionalização da participação social através dos conselhos e conferências de saúde em todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal). Nessa mesma década, começava a implantação do SUS.

Diante deste contexto, apesar da inscrição constitucional, e seu respaldo em legalidade, do direito à saúde em seu caráter universal, amplo e integral, tem-se expresso, na concretude, a contradição entre os interesses privatizantes do ideário capitalista neoliberal e os preceitos da reforma que delinearão os princípios e diretrizes do SUS. Assim, o Sistema de Saúde brasileiro expressa conflitos e tensões, não sendo diferente no que concerne à sua função relacionada ao ordenamento e à formação profissional em saúde. Neste campo, também estarão em disputa concepções que priorizam o mercado com formações que estão em conformidade com os princípios eleitos para consolidar o SUS sob um conceito ampliado de saúde.

5.4 O PERCURSO DA SAÚDE BUCAL

O campo da saúde bucal, na esfera da saúde pública, historicamente, refere uma história de descaso e abandono com a saúde bucal da população brasileira (MOYSÉS, 2008). É interessante que se registre que apesar de o SUS ter sido implantado na década de 1990, somente em 2004 é que o Brasil iria emanar as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o então denominado Programa Brasil Sorridente.

Nesse sentido, observa-se que a prestação de serviços odontológicos no território brasileiro, ao longo da história, foi marcada por ações de baixa complexidade, em sua maior parte de natureza curativa e mutiladora, com acesso restrito. Os municípios brasileiros, de

uma maneira geral, centravam suas ações no grupo de faixa etária entre 06 e 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Esse quadro caracterizava o setor da saúde bucal, que fazia com que o mesmo se expressasse como uma das áreas da saúde com enorme exclusão social. Somente algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional para o setor (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

A área odontológica, hegemonicamente, priorizou a atuação no mercado privado. No setor público, a exemplo do que acontecia na área médica, foi centrada na assistência individual à saúde, com pouco enfoque nas questões relacionadas à prevenção e à promoção da saúde. Frequentemente com uma baixa capacidade de resolução dos problemas de saúde bucal da população além da baixa cobertura de acesso e características elitistas.

Em parte, este tipo de abordagem centrada no paradigma biotecnológico, deu-se por influência do modelo de atenção e formação na área de odontologia inspirado no modelo norte-americano.

[...] a consolidação dos Estados Unidos (EUA) como potência no início do século XX teve como consequência o deslocamento da atenção às práticas odontológicas realizadas por países europeus para aquelas realizadas por esse país. Destaca-se a prática odontológica do setor privado, que seguia os padrões assistenciais da medicina e reproduzia, integralmente, o modelo educacional de prática odontológica da escola norte-americana, adotado nas universidades brasileiras. Essa prática, caracterizada como cientificista ou flexneriana, privilegiava o indivíduo como objeto de prática e responsável pela saúde (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Moysés (2008) registra que na assistência predominante na área da saúde bucal, até a Constituição Federal Brasileira de 1988, prevaleceu a prática privada, que atingia pequena parte da nossa da população. A previdência social, no Brasil, ofertava tratamento odontológico somente para aqueles trabalhadores privados urbanos segurados. A contratação de serviços era feita com profissionais particulares, ou seja, transferia-se ao setor privado a assistência que extrapolava a baixa complexidade. Os programas direcionados ao público escolar, introduzida, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), no início da década de 1950, influenciados pelo pensamento sanitário norte-americano, minimizaram, um pouco, a rigidez da demanda espontânea do modelo prevalente de atenção odontológica, contudo continuou-se a empregar a lógica giesiana de atenção.

Prevaleceu, então, a prática odontológica privada com características de mercado condizentes com os preceitos políticos e ideológicos neoliberais, sendo esta predominante no país durante décadas (NARVAI, 1994).

Dessa forma, a área da saúde bucal pública destoava dos princípios que foram eleitos, posteriormente, para direcionar a consolidação do SUS, em especial, aqueles que dizem respeito à equidade, integralidade e universalidade da atenção, uma vez que a grande maioria da população brasileira ficava de fora dos serviços assistenciais e a atenção prestada era limitada a procedimentos de baixa complexidade.

No entanto houve, dentro do escopo da reforma sanitária, atores críticos que contribuíram para repensar o papel da saúde bucal dentro do contexto da cidadania e da concepção ampliada de saúde. A saúde bucal acompanhou, a seu ritmo, o contexto das transformações políticas que iriam afetar as políticas do setor saúde.

Inserido no contexto geral das políticas públicas, o subsetor da saúde bucal viveu um processo de institucionalização e um estágio de participação na arena política semelhantes àqueles pelos quais passou a medicina. Por isso, tem refletida em suas ações uma prática assistencial excludente, à qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas na arena política. Essa participação pode ser percebida quando, com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 e 1986 e para as prefeituras e as assembleias legislativas em 1988, cirurgiões-dentistas comprometidos com a nova realidade proposta para a área da saúde conseguem se inserir nas coordenações municipais e estaduais desse novo contexto político (SERRA, 1998).

Os movimentos contra-hegemônicos na área da saúde bucal começaram nos anos 1950, mas ganharam mais consistência na década de 1980. (SERRA, 1998). Entretanto, os movimentos que atuaram no sentido de viabilizar a ampliação do acesso e melhoria na qualidade dos serviços de saúde bucal prestados à população vieram a se materializar, na forma de uma política de Estado, apenas no Governo Lula da Silva, mas a trajetória de discussão, por certo, antecedeu, e muito, esse momento tendo representado um processo de construção política ainda em curso.

É possível constatar que, da mesma forma que as Conferências Nacionais de Saúde, dentro do movimento sanitário, foram importantes para o estabelecimento das bases que criaram o Sistema Único de Saúde, na área da saúde bucal este ideário também iria se manifestar e se consolidar, principalmente, através das Conferências Nacionais de Saúde Bucal.

É interessante destacar que enquanto se realizava a VIII Conferência Nacional de Saúde, já referida anteriormente, realizou-se, como parte integrante da mesma em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

De acordo com Moysés (2008), a etapa nacional havia sido precedida por várias pré-conferências nos estados e contou com mais de 286 delegados e mil participantes. Segundo este autor, nesse evento, foi discutida a saúde como direito de todos e dever do Estado,

afirmando-se a saúde bucal como elemento indissociável da saúde geral dos indivíduos. A saúde bucal, assim como a saúde geral, estaria então diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, transporte, lazer, renda, acesso aos serviços de saúde, acesso à informação, liberdade, acesso e posse de terra.

As conclusões da 1ª Conferência constituíram uma produção democrática e progressista sobre a saúde bucal, realizada pela odontologia e pela sociedade civil organizada do país. Tais conclusões apontaram para o início de um amadurecimento social técnico e político, com a responsabilização no combate aos índices epidemiológicos caóticos constatados em todo o Brasil. Trouxeram ainda a questão das prioridades e do confronto entre a “nova” proposta, contida no relatório final da 1ª CNSB, tendente à universalização, e a “antiga” forma de se planejar, definindo, apenas em bases epidemiológicas e a priori, pequenos segmentos da população como público a ser coberto pelos programas a serem implantados (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006, p. 27).

Como resultado desse acontecimento foi elaborado um documento de referência para as decisões e as definições da assistência à saúde bucal em todo o país. Além dos cirurgiões-dentistas (CD), técnicos em higiene dental (THD) e auxiliares de consultório dental (ACD), (atualmente conhecidos como técnicos em saúde bucal (TSB) e auxiliares de saúde bucal (ASB), respectivamente), várias entidades e organizações relevantes no âmbito do setor de saúde bucal participaram deste evento tendo suas posições retratadas e, de certa forma, legitimaram o compromisso do subsetor odontológico com a reforma sanitária. Participaram dentre outros: a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Federação Nacional de Odontologia (FNO), A Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), e a União Nacional dos Estudantes (UNE) e a (UNEO) União Nacional dos Estudantes de Odontologia (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Em relação a este evento, Serra (1998), observa que também houve participação da população, contudo havia alguma resistência a isto por parte de alguns atores como, por exemplo, o CFO. Ainda assim, a participação popular aconteceu. O autor supracitado relata, também, que, no ano de 1986, aconteceu o Segundo Encontro Anual do Movimento Brasileiro de Reforma Odontológica (MBRO), como evento paralelo à I CNSB, o qual teria reunido cinquenta representantes de variados estados brasileiros. Baseado no MBRO (1986), ele atribui grande importância a este movimento, pois, sem ele, o CFO teria organizado mais um encontro restrito a cirurgiões-dentistas, excluindo a população do centro de decisões. A contribuição do MBRO teria sido decisiva na I CNSB, pois, sinalizou para as divergências, internas ao MBRO, e entre os estudantes em relação a CUT, à CGT e à Coordenação Nacional de Associações de Moradores (CONAM) e impossibilitou a atuação das entidades

da categoria odontológica que tinham como intenção impedir a realização das Pré-Conferências à I CNSB e de excluir a participação popular das discussões e, também, a postura do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CRO-SP) que tentou desabonar a organização da I CNSB.

Houve muitos avanços relacionados às concepções ligadas ao setor da saúde bucal, que assumiu os princípios e diretrizes do SUS e uma postura modificada junto à sociedade, e novas propostas para seu planejamento. Contudo, o relatório que emanou da I CNSB ainda expressou o predomínio de uma racionalidade técnica já que a representatividade dos usuários foi suplantada pela presença majoritária de cirurgiões-dentistas no evento (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Moysés (2008) observa que, em 1989, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal como forma de criar uma base legal e orçamentária que garantisse uma prioridade política ao setor da saúde bucal já que as recomendações emanadas da VIII CNS não tinham gerado os efeitos concretos esperados.

Desta forma, podem-se observar as tensões e contradições que permeiam o campo da saúde bucal enquanto seara de disputa política que expressa as tensões de diferentes olhares sobre a saúde e a sociedade além das correlações de força inerentes à sociedade civil e ao Estado.

Apesar da I CNSB ter assumido uma concepção ampliada de saúde e esta como direito de cidadania, Bartole (2010, p. 11) observa que a II CNSB somente veio a acontecer em 1993. Segundo ela:

Na II conferência foram retomados para o debate assuntos de interesse da saúde bucal da sociedade brasileira. Sendo assim, o que se pode perceber é que houve uma retomada da luta, que já existia, por alguns atores na arena da saúde bucal coletiva na II CNSB, mas de maneira insuficiente, uma vez que a saúde bucal no país continuava sendo encarada predominantemente de maneira segmentada, iatrogênica, elitista e mercantilista, inclusive na própria saúde pública.

Como já foi assinalado anteriormente, na década de 1990 houve a penetração dos preceitos neoliberais na sociedade brasileira com efeitos e impactos diretos sobre as políticas sociais, pela diminuição da aplicação de recursos estatais nas mesmas. Por esta razão, Moysés (2008), registra que na II CNSB o tema central foi “a saúde bucal como direito de cidadania”. Segundo ele, o relatório final responsabilizou os diferentes níveis de governo de estarem representando os interesses do grande capital.

Na II CNSB os conferencistas teriam se colocado de forma indignada contra o projeto de desmonte do Estado, da Seguridade Social e da acentuação da piora das condições de vida

no Brasil. Igualmente compreenderam que a Revisão Constitucional, que estava sendo feita pelo Congresso Nacional, no período, caso viesse a ser colocada em prática, poderia representar um golpe nas conquistas alcançadas através da Constituição vigente. Neste contexto, foi cobrada a responsabilização do governo e seu compromisso social, em suas várias esferas de atuação, pela reversão do quadro sanitário desfavorável, incluindo a área da saúde bucal (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Bartole, (2010), afirma que na década de 1990 existia um grande fosso quanto à discussão entre o (SUS) e o setor da saúde bucal. Isto ocorreu mesmo com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A consolidação da hierarquização e regionalização da rede de atenção assim como a busca pelas diretrizes que regem o SUS como: descentralização, atendimento integral e participação social permitiram ao Brasil progredir no que tange às políticas de saúde. Contudo, por muito tempo estes aspectos não integravam a realidade do serviço odontológico no setor público.

Desta forma os aspectos trabalhados na II CNSB possibilitaram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país. Foi considerado, nestas, que a saúde bucal constitui-se num direito de cidadania, além de ter-se levado em conta outros aspectos como: um novo modelo de atenção em saúde bucal; a questão dos recursos humanos; o financiamento para o setor e a participação da comunidade. A saúde bucal passando a fazer parte, de fato, do SUS representaria uma desmistificação dos antigos modelos cujas características eram verticalidade e de políticas que não consideravam a realidade concreta. Assim, foi aprovado que essa inserção aconteceria através de um processo sob controle dos Conselhos de Saúde, de forma descentralizada e onde se asseguraria o acesso universal, a equidade da assistência à saúde bucal além de medidas de promoção de saúde de grande impacto social (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Somente dez anos após a realização da II CNSB foi que se realizou a III CNSB. O tema desta Conferência foi “Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social”. Esta Conferência aconteceu em virtude, além das demandas sociais, dos resultados do levantamento epidemiológico promovido pelo Ministério da Saúde: Projeto Saúde Bucal Brasil (SB Brasil 2003), o qual demonstrou uma situação social precária na área da Saúde Bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no País. Houve, então, um processo de debates, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Participaram em torno

de 90 mil pessoas nas etapas municipal, estadual e nacional. O relatório foi votado, na íntegra, por 883 delegados e delegadas eleitos, dos quais 447 eram usuários, 228 trabalhadores e 208 prestadores e gestores de saúde na etapa nacional (BRASIL, 2005).

No contexto em que se realizou a Conferência, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes – requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e o enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo, como, aliás, determina com toda a clareza a Constituição da República (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006, p. 29).

Com relação à formação e ao trabalho em saúde bucal foi entendido, pela III CNSB, que o ensino superior, enquanto sistema, não estava formando profissionais comprometidos com o SUS e com a participação social. A formação dos trabalhadores da saúde não contemplava, em seu bojo, a dimensão crítica necessária à compreensão das necessidades sociais em saúde bucal. Desenvolvia-se sem articular o necessário debate com os organismos de participação social do SUS e organismos gestores. Como resultado, isto gerou uma autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões pertinentes aos aspectos políticos e técnicos dos profissionais de saúde a serem formados, dificultando, na prática, a atenção ao princípio constitucional do SUS no que se refere ao ordenamento da formação de recursos humanos e saúde (NARVAI, 2006a).

Contrariamente aos preceitos neoliberais, a III CNSB propôs:

Implementar [sic] política de combate à precarização do trabalho odontológico, tanto no setor privado como no setor público. No âmbito do SUS, valorizar os servidores concursados com um vínculo empregatício, oriundos das esferas municipal, estadual ou federal, exigindo-se o cumprimento da obrigatoriedade de concurso público para contratação de profissional e pondo fim à terceirização, aos contratos temporários e à contratação por meio de cargos em comissão e de parcerias público-privado, que não oferecem garantias ao profissional, geram insegurança no trabalhador e contribuem para dificultar as políticas de humanização nos serviços” (BRASIL, 2005, p. 73).

Costa, Chagas e Silvestre (2006), relatam que os principais problemas de saúde bucal da população tiveram de ser identificados e, além deste, outro desafio, colocado aos conferencistas da III CNSB, diz respeito a definir estratégias para superar os problemas e identificar recursos para tal.

As más condições de saúde bucal e o mal estado de conservação dos dentes foram associados à exclusão social e às precárias condições de vida de um enorme contingente de pessoas no Brasil. Ressaltaram-se as enormes dificuldades de acesso aos serviços assistenciais. (BRASIL, 2005).

Moysés relata que se apresenta então, como um desdobramento da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente propondo a superação das desigualdades em saúde através da reorganização e qualificação dos serviços e práticas assistenciais e a organização do sistema de atenção à saúde bucal. As diretrizes para este programa foram lançadas em 2004.

De acordo com informações colhidas no sítio do projeto Saúde Bucal Brasil, SB BRASIL 2010, é explicitado que o Brasil Sorridente consiste num marco histórico das Políticas Públicas no Brasil posto que incorpora os pontos em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e operacionaliza-se em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde. O Programa Brasil Sorridente utiliza a Vigilância à Saúde como componente estruturante da política de saúde bucal. Assim, a agenda passou a ser definida por um Comitê Técnico Assessor (CTA) em Vigilância em Saúde Bucal. Este tem abordado os vários eixos da vigilância em saúde bucal os quais sustentam o programa. Entre estes eixos têm-se o que diz respeito à geração de dados primários, ou seja, provenientes de pesquisas epidemiológicas na forma de estudos transversais de base populacional. O componente elementar do eixo dos dados primários é, portanto, o Projeto SB Brasil, o qual foi realizado pela primeira vez em 2003 e delineou um extenso diagnóstico da saúde bucal dos brasileiros. O SB Brasil 2010 é o projeto atual para a construção de uma base de dados relativa aos principais indicadores de saúde bucal no país. O relatório final do SB 2010 foi publicizado em agosto de 2011 (SB BRASIL, 2011a).

Segundo a divulgação dos resultados preliminares do SB Brasil 2010, apresentados pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão, houve impactos positivos sobre os indicadores de saúde bucal dos brasileiros desde o último levantamento que ocorreu em 2003.

Dentre os aspectos destacados estão os seguintes:

[...] a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Mas a situação melhorou entre 2003 e 2010. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 - uma redução de 25%. Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes

permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70%. (SB BRASIL, 2011b).

O Programa Brasil Sorridente assume um conceito ampliado de saúde condizente aos princípios da promoção da saúde e da saúde bucal coletiva como podemos constatar:

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. (BRASIL, 2004a, p. 8).

Ainda no escopo da promoção da saúde, o Brasil Sorridente preconiza que se trabalhe no sentido de diminuir a dependência da população em relação aos profissionais de saúde, aumentando a autonomia dos cidadãos. Prevê, ainda, como forma de adequação ao modelo de trabalho que está sendo proposto para a área da saúde bucal, aspectos que orientem o trabalho odontológico como: interdisciplinaridade, integralidade de atenção, intersetorialidade, ampliação da assistência e a pactuação de parâmetros para orientar o processo de trabalho. (BRASIL, 2004a).

A questão que cabe dentro do escopo deste estudo é até que ponto as instituições e os currículos que formam os cirurgiões-dentistas os estão preparando para este tipo de abordagem?

Nas diretrizes da Política Nacional Brasil Sorridente, já em seus pressupostos, encontra-se a preocupação direta quanto à formação de recursos humanos da área de Saúde Bucal, conforme podemos observar:

2.8. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar [sic] projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles. (BRASIL, 2004a, p. 5)

De fato, parece-nos que é fundamental formar força de trabalho em odontologia, com vistas ao SUS e, dentro da lógica de reestruturação da atenção, trabalhar a própria abordagem familiar em programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Primeiro, devido ao fato de permitir maior inclusão social, pois são milhões de brasileiros sem respostas aos seus problemas de saúde bucal. A falta de acesso a serviços de qualidade é um sintoma da sociedade da exclusão. Depois, porque o modelo ainda prevalente, que supervaloriza os saberes eminentemente tecnicistas voltados à prática privada e curativa, costuma ser ineficaz na criação de consciência crítica e de sujeitos políticos capazes de empreender lutas visando novas aberturas para a sociedade e para as profissões no campo da saúde bucal.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) apontaram no sentido de uma mudança do perfil do trabalho odontológico quando se optou pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta preferencial de atuação. Com a evolução do Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994, e hoje denominado Estratégia Saúde da Família, houve o reconhecimento da necessidade de inclusão de equipes de saúde bucal às equipes de saúde da família visando o atendimento ao princípio da integralidade na atenção aos usuários do SUS. A saúde bucal, sendo parte indissociável da saúde integral dos indivíduos, assenta-se no esteio de responsabilidades do SUS, e em 2000, foi instituída a obrigatoriedade da participação de equipes de saúde bucal na ESF, sendo o cirurgião-dentista, o TSB e o ASB parte integrante das mesmas.

Na ESF, há duas conformações possíveis de equipes de saúde bucal: a modalidade I onde há um cirurgião-dentista e um ASB. E a modalidade II em que há, além desses dois profissionais, um TSB. Inicialmente, as equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família de modalidade II, ou seja, as que agregam o TSB recebiam a mesma verba de incentivo para implantação daquelas da modalidade I. Nesse sentido a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) veio a valorizar a utilização dos TSB, pois atuou na tentativa de corrigir esta distorção repassando incentivo financeiro diferenciado e acrescentando um consultório odontológico a mais por equipe do tipo II.

É importante o registro deste aspecto uma vez que, em nosso país, ainda persiste a resistência, por uma parte dos profissionais de nível superior em odontologia, a que o TSB possa ter seu leque de atuação ampliado em termos dos procedimentos clínicos que executa e a possibilidade de que o mesmo atue de forma autônoma. Este temor pode ser explicado, ao menos em parte, pelo medo que muitos profissionais têm de perder clientela uma vez que a atenção na área odontológica no Brasil, historicamente, foi preponderantemente privada e

orientada a um mercado que atualmente mostra-se cada vez mais competitivo. À disparidade entre a quantidade enorme de cirurgiões-dentistas formados e a parcela da população que efetivamente pode custear um tratamento odontológico alia-se a transição demográfica e epidemiológica por que passa a população brasileira, com a diminuição na incidência das doenças infecto-contagiosas e o fenômeno de polarização, que concentra a maior prevalência da cárie dental e doença periodontal (doenças de maior ocorrência no campo da saúde bucal) justo nos grupos de menor poder aquisitivo.

6 DISCUSSÃO

6.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho consiste num estudo exploratório, de abordagem qualitativa, o qual foi realizado a partir das seguintes etapas: revisão bibliográfica e análise documental. Teve como finalidade discutir e analisar alguns marcos legais que apresentassem o potencial de inflexão sobre os currículos dos cursos de graduação em odontologia, com especial ênfase às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, instituídas em 2002.

Tendo em vista a necessidade incontestável de incorporação de uma concepção ampliada de saúde, oriunda do campo da promoção da saúde, legitimada pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, e pela Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, igualmente, buscou-se analisar o currículo do curso de graduação em odontologia de uma instituição educacional pública estadual de nível superior, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em dois momentos históricos distintos, em relação aos marcos legais estudados, como forma de exemplificação das possíveis mudanças ou continuidades encontradas através da verificação de um caso concreto.

Neste estudo, optou-se, epistemologicamente, por um olhar condizente com o materialismo histórico-dialético. Esta escolha de abordagem se sedimentou devido ao entendimento de que este tipo de análise permite conhecer o objeto de estudo a partir de sua dimensão histórica. Também permite relacioná-lo à totalidade social e aos aspectos de constante movimento e mudança de que os fenômenos sociais são investidos. Neste sentido, este trabalho coaduna-se a uma perspectiva dialética. Além dos aspectos citados, também são levados em consideração os aspectos de contradição inerentes à realidade estudada e uma abordagem crítica da mesma. (LÖWY, 1989).

Segundo Frigotto (1984), acerca do materialismo histórico-dialético:

É o método histórico-dialético, como instrumento de rompimento e superação da circularidade, da elevação do empírico aparente ao concreto do real, do senso comum à consciência crítica. Método que é a um só tempo instrumento de produção de conhecimento do real e instrumento de intervenção prática neste mesmo real. (FRIGOTTO, 1984, p. 54)

Para Minayo (2007, p. 340):

Na prática da análise dos materiais qualitativos, essa abordagem (o materialismo histórico) colabora para o entendimento que não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto, portanto, não há nem idéias, nem instituições nem categorias estáticas.

Assim assumimos, ao adotar uma abordagem dialética, que os fenômenos ou processos sociais são mais bem compreendidos a partir de suas determinações e das transformações dadas pelos sujeitos históricos a eles. Há, nos fenômenos sociais, uma relação interna de oposição e complementaridade entre o mundo social e o natural e entre base material e pensamento. Além disto, existe a premência de que se trabalhe com os aspectos ligados à complexidade e à especificidade inerentes a estes fenômenos. (MINAYO, 2003).

A escolha por uma abordagem qualitativa foi preferida devido ao fato de que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003, p. 22).

A revisão bibliográfica, ou revista de literatura, foi executada mediante a leitura de fontes secundárias que tratavam do objeto de pesquisa ou temas correlatos como livros, teses de mestrado e doutorado, artigos científicos impressos, e em meio eletrônico, e pelo acesso a sites da internet como, por exemplo, os sites da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), do Conselho Federal de Odontologia (CFO), dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e suas regionais, do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS); dentre outros. Foram consultadas obras de referência de autores consagrados nos campos da odontologia em saúde coletiva, da saúde pública e das áreas de estudos curriculares, de políticas de saúde e de educação profissional em saúde como forma de situar o tema do estudo quanto ao estado da arte relativo ao mesmo e construir um referencial teórico-metodológico para auxiliar na interpretação do objeto em sua especificidade. Quanto aos artigos científicos, foram priorizadas as leituras daqueles oriundos de revistas indexadas, dada a maior confiabilidade de seu conteúdo no que toca o caráter científico das informações. Nesse sentido, as revistas e periódicos em meio digital foram buscados, preferencialmente, em sites de tradição científica como o SCIELO (*Scientific Electronic Library*), a BIREME, o LILACS (Literatura Latino americana e Caribenha em Saúde), o portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Rede Unida, o banco de teses da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e em outros acervos digitais confiáveis como os das universidades públicas e de instituições como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

A partir do levantamento das fontes bibliográficas e a leitura das mesmas procedeu-se

a elaboração de fichamentos do material para posterior ordenação e análise das informações visando redigir a parte do corpo do trabalho que caracterizou o estado da arte relacionado ao tema estudado e, também, possibilitou a construção de um referencial analítico relacionado ao mesmo. Assim, a análise bibliográfica foi feita, procurando concentrar-se nos seguintes assuntos: o desenvolvimento de uma concepção ampliada de saúde e sua incorporação nas políticas públicas para o setor saúde, a inter-relação e estruturação dos campos da saúde coletiva e da promoção da saúde, mudanças relacionadas ao campo do currículo, concepções e práticas ligadas ao campo da educação profissional em saúde e ensino da odontologia no Brasil e sua relação com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses conjuntos de temas foram abordados explorando as relações entre eles buscando compreender o que está acontecendo, na atualidade, em relação ao campo da educação profissional em saúde e ao ensino odontológico especificamente.

A questão central colocada neste trabalho consistiu em identificar e discutir mudanças na formulação dos currículos para formação profissional de nível superior em odontologia. Nesse sentido, ao buscarmos estabelecer um diálogo entre as concepções relativas ao conceito de saúde, oriundas do campo da promoção da saúde e da saúde coletiva, com as modificações ocorridas no campo da educação profissional em saúde, a evolução das teorias curriculares e a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde foi possível constatar que estes distintos aspectos, quando analisados em conjunto com o contexto societário brasileiro das épocas consideradas, constituem um todo articulado entre si e com os aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais considerados conformando uma totalidade explicativa. Houve a preocupação constante em se confrontar e relacionar as áreas temáticas em questão de forma a permitir o estabelecimento das relações entre elas, além de convergências, divergências, avanços e contradições percebidos.

A proposta inicial do trabalho consistiu em analisar as DCNO, instituídas em 2002, a partir da Resolução do CNE de nº. 03, de 19 de fevereiro do ano citado. Contudo, à medida que a leitura exploratória a respeito do tema e, posteriormente, a revisão de literatura foi se aprofundando, foi percebida a necessidade de que outros documentos fossem levados em consideração como forma a permitir uma melhor compreensão de possíveis inflexões sobre o currículo odontológico. Desta forma, os seguintes critérios foram adotados para a escolha dos documentos a serem analisados neste trabalho:

- a Resolução do Conselho Federal de Educação (CFE) nº. 04, de 03 de Setembro de 1982, foi selecionada para análise, pois estabelecia o currículo mínimo para os cursos de

Odontologia, sendo o último documento nesse sentido que antecedeu o recorte temporal da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (1988) e da promulgação das leis orgânicas da saúde, Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, e Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990;

- a Constituição Federal do Brasil, de 1988, foi escolhida por se tratar do diploma legal de maior importância do país e porque nela se estabeleceu a saúde como direito de cidadania, além de terem sido lançadas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde. Em relação a este documento foi abordada, prioritariamente, a parte deste que trata do reconhecimento da saúde enquanto direito de cidadania e das definições e abrangência do conceito de saúde, ou seja, foram contemplados os artigos de n.º 196 ao de n.º 200 na análise.

- a Lei nº. 8080, de 19 de Setembro de 1990, foi analisada por instituir o Sistema Único de Saúde e porque atribui, como uma das funções deste, o ordenamento da formação de recursos humanos, em saúde, além de estabelecer os princípios norteadores e organizativos do sistema de saúde brasileiro;

- a Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990, foi selecionada porque trata da participação social no setor saúde;

- a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº. 9.394, de 20 de Dezembro de 1996, por marcar a extinção do currículo mínimo nos cursos de nível superior a partir de sua sanção e direcionar a criação das diretrizes curriculares para o ensino de nível superior;

- o Parecer CNE/CES nº. 1300/2001, de 06 de Novembro de 2001, foi analisado, pois consiste no relatório de Comissão que recomendou a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia;

- a Resolução CNE/CES nº. 03, de 19 de Fevereiro de 2002 porque institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

- as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, lançadas em 2004, por implementar, em consonância com as Conferências Nacionais de Saúde Bucal, a política de saúde bucal vigente no país;

- a Portaria Interministerial nº. 2101, de 03 de Novembro de 2005, porque instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde o qual contempla em seu escopo, além da medicina e da enfermagem, a formação em odontologia.

Além dos documentos citados acima foi realizada uma análise de currículo. Analisou-se o currículo da faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Estado do Rio de

Janeiro (UERJ) em dois momentos distintos: o primeiro anterior à Constituição Federal de 1988, sendo coletadas a grade curricular e as ementas das disciplinas do curso de graduação em odontologia do ano de 1987 e, o segundo, no ano de 2011, quando foram obtidas as ementas e grade curricular vigentes em agosto do ano referido, além do programa com cronograma das disciplinas de Saúde Bucal Coletiva I, II e III.

Os currículos vigentes no ano de 1987 e o vigente no ano de 2011 foram escolhidos porque o ano de 1987 foi posterior à resolução CFE número 04, de 03 de Setembro de 1982, a qual estabelecia o currículo mínimo para os cursos de Odontologia, sendo o último documento nesse sentido que antecedeu o recorte temporal da promulgação da Constituição Federal do Brasil (1988) e da promulgação das leis orgânicas da saúde, Lei n. 8080/1990 e Lei n. 8142/1990. O ano de 2011 foi escolhido porque é posterior aos marcos históricos escolhidos, para este estudo, por acreditarmos que pode refletir a atualidade do que está ocorrendo relativamente à formulação dos currículos para a área de odontologia no nível de graduação. O período de vinte e três anos transcorridos desde a inclusão da saúde como direito de cidadania pela Constituição compreende francamente as transformações na gestão em saúde no Brasil, após a implantação do Sistema Único de Saúde.

A seleção da instituição deu-se por conveniência, pois a mesma se localiza numa região central do Estado do Rio de Janeiro de fácil acesso ao autor e próxima da instituição em que este cursa o mestrado. Além disto, consiste de uma instituição tradicional no ensino da Odontologia no Estado do Rio de Janeiro, com cerca de 60 egressos de odontologia a cada ano, tendo sua primeira turma concluído o curso em 1971 sendo, portanto, significativa para o Estado do Rio de Janeiro em termos da formação de cirurgiões-dentistas.

Este trabalho não foi submetido ao comitê de ética posto que o mesmo não envolvesse pesquisa com seres humanos.

6.2 ASPECTOS ANALÍTICOS

6.2.1 Relativos à Legislação

6.2.1.1 *Considerações iniciais*

Uma primeira consideração na discussão da questão identificada inicialmente nesta dissertação, isto é, as possíveis modificações ocorridas no currículo prescrito para a graduação em odontologia, consistiu em verificar como a adoção de um conceito ampliado de saúde,

correlacionado à promoção da saúde, pela Constituição Federal (CF) de 1988 e pelo SUS, teriam afetado as abordagens peculiares ao ensino da odontologia.

Para tanto, inicialmente, foi necessário estabelecer como o conceito de saúde se ampliou e como é referido pelos campos da promoção da saúde e da saúde coletiva. Isto nos remeteu a um aspecto discutido no primeiro capítulo deste trabalho e que precisa ser elucidado, ou seja, a existência de concepções variadas associadas à expressão promoção da saúde. Este aspecto particular afeta tanto as concepções do processo saúde e doença como as estratégias propostas para sua abordagem. Além disto, também deve ser frisada a falta de clareza ainda existente em algumas abordagens sobre o que é promoção da saúde e o que é prevenção.

A busca pela compreensão de como se deu o desenvolvimento do conceito ampliado de saúde e da formação do campo da promoção da saúde, e sua inter-relação com o campo da saúde coletiva, orientada pela perspectiva histórica das conferências internacionais sobre o tema, esclareceu-nos sobre a distinção entre promoção da saúde e prevenção, apesar da presença desta confusão em algumas fontes consultadas, além de ter revelado as várias concepções existentes relacionadas à expressão.

Observamos que a conceituação de promoção da saúde tem evoluído em função da também evolução da forma com que se concebe o próprio processo saúde-doença-atenção. Como já foi mencionado, atualmente, a promoção da saúde se propõe a trabalhar com os determinantes gerais do adoecimento e a fatores ligados à qualidade de vida, ou seja, é direcionada ao coletivo tratando de fatores sociais, ambientais, políticos, econômicos e as condições de vida do dia-a-dia. É nesta perspectiva ampliada de concepção acerca dos determinantes envolvidos no processo do adoecer que se coloca a discussão sobre “currículo” no campo do ensino da saúde bucal.

Percebemos que foi a partir desta ampliação, na forma de se entender o processo saúde-doença-atenção, extrapolando o modelo tradicional biomédico, que se deu o estabelecimento de uma ligação mais estável entre o entendimento de saúde como qualidade de vida. Igualmente, a questão da autonomia dos usuários do Sistema Único de Saúde, sejam eles indivíduos ou comunidades, passou a ser discutida mais intensamente, onde a ausência desta é tratada como fator de risco para o adoecimento. Também passou a haver um tensionamento maior a respeito da formação dos profissionais de saúde.

No entanto, é digno de registro que o campo da promoção da saúde, enquanto elaboração teórica, ainda encontra-se sob construção sendo seu conceito dinâmico e

impermanente, porém, como dissemos anteriormente, intimamente relacionados à questão da qualidade de vida (RABELLO, 2010).

Igualmente, cabe ressaltar que, apesar do avanço que os movimentos da promoção da saúde e da saúde coletiva vêm representando nas últimas décadas, para as abordagens relacionadas à saúde, suas premissas não devem ser incorporadas de forma acrítica ou como panacéia. Há limitações e lacunas que precisam ser repensadas.

Como bem observa Rabello (2010, p. 37):

Um dos questionamentos pertinentes é em que medida a ‘promoção da saúde’ não seria uma imagem-objetivo a ser sempre buscada, por ser antagônica aos modos de vida da sociedade ocidental. Sociedade caracterizada por suas contradições, no que se relaciona ao consumo estimulado continuamente, ao *stress* da alta competição entre pessoas no mercado de trabalho e em suas vidas cotidianas, entre outros problemas.

Também há que se considerar que a promoção da saúde não pode descartar, em hipótese alguma, o conhecimento acumulado no escopo da biomedicina como se este fosse, *per se*, um mal. A separação entre biológico, psicológico e social assim como indivíduo e coletividade é arbitrária correspondendo a um constructo histórico e cultural que se revela artificial quando consideramos o aspecto de totalidade de que se reveste a realidade concreta dos fatos sociais e do processo saúde-doença. Ademais, são inegáveis os avanços que o escopo da biomedicina proporcionou em termos recursos terapêuticos individuais.

Outro aspecto para o qual se deve atentar é que apesar do discurso progressista associado ao campo da promoção da saúde, sobretudo da corrente da Nova Promoção da Saúde, este pode ser apropriado para manipular reações da população a práticas conservadoras, em essência, caso as causas por trás dos problemas sociais e de saúde não sejam realmente discutidas e enfrentadas.

Neste sentido estamos de acordo com Carvalho (2007) que frisa este aspecto quando afirma que não se deve unicamente ser contra a pobreza, mas que também é preciso enfrentar as estruturas que a causam. Os discursos perdem completamente o sentido e tornam-se vazios caso as causas dos problemas não sejam levadas em consideração e nem se pensem em alternativas para superação deste estado social de desigualdade.

Ainda nesta direção, dentro do contexto político neoliberal, que vem se fortalecendo na sociedade brasileira, principalmente, a partir do Governo Collor de Melo, corre-se o risco de distorções e deformações ou mesmo da utilização de idéias oriundas do campo da promoção da saúde para a manutenção das desigualdades sociais, como forma de cooptação social.

Analisando este aspecto, é possível inferir que algumas proposições coerentes com a concepção do neoliberalismo reformulado (da terceira via) podem capturar/distorcer as proposições do campo da promoção da saúde como, por exemplo, a definição de promoção da saúde, da carta de Ottawa, que a descreve como o processo de “capacitação comunitária para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde” (BUSS, 2009) equivalendo-a, na prática, à formulação neoliberal que apregoa “renovação comunitária pela adesão ao voluntariado” (GIDDENS, 1999).

Então se mostra provável que os atores sociais, individuais ou coletivos, e os interesses que representam é que, de fato, irão determinar como as políticas públicas, e dentre elas estamos considerando as de promoção da saúde, se condensam materialmente a partir da expressão de uma correlação de forças que reflete o momento histórico específico da formação societária considerada (MENDONÇA, 2007).

A nosso ver, outra distorção possível para um uso do componente da promoção da saúde, diz respeito a se dar ênfase a aspectos focais o que, muitas vezes, pode obscurecer o fato de que as relações sociais se estabeleceram historicamente e, por se modificarem as relações de poder, sob determinadas circunstâncias, ou surgirem grupos com interesses específicos num determinado momento histórico, isto não modifica as relações sociais em si, ou seja, as classes fundamentais (capital e trabalho) continuam existindo assim como as expressões de seu antagonismo (NEVES; PRONKO, 2010).

Portanto, cabe pontuar, a partir deste olhar que, dependendo da origem de classe ou fração de classe e da orientação político-ideológica dos atores individuais e coletivos envolvidos na formulação e aplicação das políticas sociais, dentre elas as de promoção da saúde e de educação profissional em saúde, pode-se incorrer no risco, ainda que muitas vezes inconsciente, de se reforçar posicionamentos políticos neoliberais.

Ainda que consideremos, por parte dos campos da promoção da saúde e da saúde coletiva, o caráter de busca pela superação ao modelo biologicista, que considerava essencialmente os processos biológicos envolvidos no entendimento do processo saúde-doença-atenção, e a mudança no sentido pela valorização da integralidade e intersetorialidade, poderíamos nos questionar se o direcionamento político, que pode ser dado às políticas públicas orientadas pelos princípios da promoção da saúde não iria incorrer na limitação de se focar apenas sobre os aspectos superestruturais dos problemas de saúde. Ou seja, a estrutura societária e o modo de produção da vida, em si, podem escapar a uma avaliação crítica que os relacione como fatores condicionantes dos aspectos superestruturais dos problemas de saúde.

A perda da visão da totalidade que constitui os fenômenos sociais, enfim, pode gerar interpretações circulares que não permitam romper com as causalidades primárias dos problemas.

Nesse sentido, uma indagação que parece pertinente é: até onde se pode atuar, efetivamente, sobre os condicionantes da saúde sem esbarrar nos limites pré-estabelecidos (permitidos) pelo modo de produção capitalista?

Será que as estratégias, aparentemente de superação de abordagens hegemônicas de atenção à saúde e de educação profissional em saúde, não estariam elas próprias delimitadas dentro do que é “possível” nos limites do sistema capitalista?

Cabe ressaltar que constatamos que, possivelmente devido à influência marxista em suas origens, o campo da saúde coletiva parece estar mais afeto ao tensionamento destas questões do que o está, propriamente, o campo da promoção da saúde, mas percebemos que um desafio colocado tanto à saúde coletiva quanto à promoção da saúde está em superar modelos que trabalhem o processo saúde-doença-atenção de forma dicotomizada entre os aspectos subjetivos e objetivos do adoecer, assim como os aspectos coletivos e individuais, sem contrapor a clínica à saúde pública.

Sobre este aspecto nosso entendimento se alinha com o de Carvalho (2007), que ressalta que se constituiu numa limitação, por parte da saúde coletiva, sobretudo nas décadas de 70 e 80, a abordagem essencialmente estruturalista com características de supervalorização da determinação do processo saúde-doença pelo social em desfavor e desqualificação dos fatores de ordem subjetiva e biológica. Tendência esta mantida pela atual corrente da Vigilância em Saúde.

Assim, da mesma forma que a ditadura do individual e do biotecnológico mostrou-se nociva nos modelos tradicionais de abordagem aos problemas de saúde, também não se mostra produtora o movimento contrário, ou seja, uma supervalorização absolutizante dos aspectos coletivos em detrimento dos aspectos individuais relacionados ao processo saúde-doença.

Vaitsman (1992, p. 172) definiu este aspecto de forma elucidatória quando afirmou que:

A existência da saúde, que é física e mental está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras [...] É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com

outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria, então, por pensar a recriação vida sobre novas bases [...]

Sendo assim, entendemos que a adoção de um conceito ampliado de saúde e da inclusão da promoção da saúde e seus pressupostos pelo ensino na área da odontologia pode se revestir de positividade e negatividade uma vez que este fato, isoladamente, não tem o poder de anular o caráter histórico e contraditório de que se reveste a evolução da educação profissional em saúde, conforme ficou demonstrado pela análise da literatura consultada.

Igualmente entendemos que é imprescindível que se compreenda que além da prescrição curricular, ou currículo prescrito, existe sempre o currículo real e o currículo oculto presentes no ensino odontológico, assim como em qualquer outro campo de estudo. Estes tipos de currículo não foram avaliados na análise curricular que foi realizada neste trabalho, mas não podemos ignorar que aquilo que acontece no cotidiano das universidades, dentro e fora das salas de aula, irá contribuir para moldar o pensamento e conduta dos profissionais egressos do meio acadêmico e que as inflexões legais sobre os currículos, quaisquer que sejam não têm o poder de, sozinhas, modelar um fenômeno que, por essência, é multicausal (SILVA, 2011).

Bernardino Júnior, (2011, p. 42), observa que para que os currículos supram as necessidades sociais, ou seja, seja construído “olhando para a sociedade”, os documentos atuais e projetos curriculares devem ser analisados e levados em consideração.

Por isso, para efeito da análise que se realizou, levou-se em consideração que os marcos de inflexão legal sobre os currículos na área da odontologia têm, em sua expressão material, uma influência parcial sobre a realidade do ensino odontológico uma vez que este não é uma realidade dada aprioristicamente e sim uma expressão do que acontece nos níveis da cultura, da economia, do desenvolvimento científico e tecnológico e, por que não dizer, da tradição existente no *modus operandi* das instituições acadêmicas e do legado histórico relacionado ao desenvolvimento da profissão de cirurgião-dentista no Brasil.

Assim sendo, para melhor aproveitar os aspectos analíticos relativos aos documentos trabalhados neste estudo, que serão expostos, é interessante que os mesmos não sejam entendidos de forma descontextualizada ou de forma linear. A seguir passamos, então, a análise do *corpus* de documentos mencionados na sessão de aspectos metodológicos.

6.2.1.2 Documentos

Na Resolução CFE nº 04, de 03 de setembro de 1982, se estabelecia o currículo mínimo para os cursos de graduação em odontologia. Ela foi homologada pelo Parecer n. 370/82, num período em que a educação superior era regida pela Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Através de sua análise foi possível observar que há, neste documento, uma opção por uma formulação curricular com nítida predominância das disciplinas oriundas das áreas afeitas à biologia e à clínica.

Os ciclos de formação nesta resolução eram divididos, neste documento, em matérias básicas e matérias profissionalizantes e são marcadamente direcionados aos conhecimentos biológicos e a aqueles que habilitam à prática clínica.

Este achado mostrou-se compatível ao modelo de ensino flexneriano que preponderou no Brasil, especialmente, após 1960 (BERNARDINO JÚNIOR, 2011). Desta forma, constatamos que, dentre as matérias básicas relacionadas nesta legislação, as ciências sociais representavam um quarto do total de áreas indicadas ao direcionamento curricular mínimo enquanto, dentre as matérias profissionalizantes, a odontologia social representava um quinto das mesmas:

Art. 1º O currículo mínimo do curso de graduação em odontologia compreende as seguintes matérias:

- a) Matérias Básicas
 - Ciências Morfológicas
 - Ciências Fisiológicas
 - Ciências Patológicas
 - Ciências Sociais
- b) Matérias Profissionalizantes
 - Propedêutica Clínica
 - Clínica Odontológica
 - Clínica Odontopediátrica
 - Odontologia Social
 - Clínica Integrada. (BRASIL, 1982).

No entanto, apesar desta primeira observação de cunho quantitativo, devemos atentar para o fato de que a inclusão da odontologia social e das ciências sociais, numa indicação para formulação curricular na área de odontologia, a despeito das limitações existentes, sinaliza como uma positividade. Entendemos desta forma posto que, historicamente, o currículo para a área de odontologia não contemplava disciplinas oriundas das ciências humanas e sociais. (GUTIERREZ, 2008).

Contudo, observe-se que, por algum tempo, as ciências sociais em saúde foram chamadas de ciências da conduta. Este aspecto particular se deve, segundo Nunes (1991), ao

fato destas matérias terem sido introduzidas na década de 1940, na saúde pública brasileira, por influência norte americana e o termo “social” não ter sido utilizado para não remeter à idéia de “socialismo”, pois, nesta época, estávamos em plena guerra fria no plano internacional.

A separação entre as matérias do ciclo básico e do ciclo profissionalizante, contudo, já acontecia nos currículos mínimos para o curso de odontologia antes da Resolução CNE n.4/1982. Tanto no currículo mínimo de 1971 quanto no anterior, de 1962, já existia esta divisão. Esta separação caracterizava uma concepção de currículo que se afastava da questão da integração curricular (QUEIROZ, 2006).

Bernardino Júnior (2011) observa que, em função das recomendações da DCNO de 2002, vários cursos de graduação iniciaram reformas pedagógicas e avaliações periódicas de seus currículos, contudo, estas reelaborações curriculares se esbarram com o pouco conhecimento que os docentes cirurgiões-dentistas possuem sobre o que é e como se elabora um currículo. Desta forma, a explosão de novas disciplinas ou substituição de antigas, habitualmente, configura um outro currículo, mas, necessariamente, não resolve a questão acima colocada com relação à necessidade de se criar um currículo integrado.

A inclusão da odontologia social no currículo mínimo de odontologia ocorreu, inicialmente, em 1971, em substituição à disciplina de higiene e odontologia preventiva no ciclo profissional da formação da época. Na ocasião a disciplina chamava-se odontologia social e preventiva. As disciplinas do campo da higiene, por sua vez, foram incorporadas no currículo a partir de uma inspiração no modelo europeu (francês) (QUEIROZ, 2006).

Antes de 1971, o currículo mínimo para o curso de odontologia havia sido estipulado a partir do Parecer nº. 299/1962 do Conselho Federal de Educação (CFE). O CFE, por sua vez, passou a poder regular o currículo mínimo para os cursos de odontologia a partir da Lei n. 4042/1961. Pelo Parecer em questão o curso de odontologia era cursado em quatro anos. Neste documento já se fazia, conforme foi dito antes, a separação entre ciclo básico e ciclo profissional, tendo cada um deles a duração de dois anos (GUTIERREZ, 2008).

Segundo Queiroz (2006), as matérias que compunham o ciclo básico, em 1962, eram: anatomia, histologia, fisiologia, microbiologia, patologia geral e bucodental, farmacologia e terapêutica, materiais dentários e dentística operatória. Por sua vez, o ciclo profissional era composto por: cirurgia odontológica, prótese dentária, prótese bucomaxilofacial, ortodontia, higiene e odontologia preventiva, e odontologia legal e deontologia.

Esta mesma autora demonstrou que, em documento da Associação Brasileira de

Ensino Odontológico (ABENO), já se sugeria a inserção, no currículo mínimo odontológico, da disciplina de odontologia social. Além disto, o posicionamento desta entidade era pela não separação entre aspectos básicos e profissionais no ensino da profissão. A ABENO foi fortemente patrocinada pela fundação Kellogs e, na verdade, carregava em suas posições a influência desta entidade internacional. Contudo, a posição deste ator coletivo não preponderou quando da composição deste documento legal. Sendo assim, este não expressava uma concepção de ensino integrado.

Segundo o Parecer CFE de nº. 299/1962, o perfil do cirurgião-dentista era definido como: “dentista geral, policlínico, destinado à coletividade.” No entanto se observarmos detidamente o rol de disciplinas e matérias que compunham o currículo podemos constatar que nada aparece que direcione a uma abordagem para a coletividade. Ao contrário, o que se vê é a extrema preocupação com o ensino das ciências biológicas e com a clínica.

Obviamente, conforme ressaltamos nas considerações iniciais desta discussão, não se quer dizer com isto que estes aspectos não sejam importantes ou relevantes, contudo, isoladamente, não permitem uma abordagem voltada à saúde da coletividade.

Este currículo vigorou por nove anos até que o Parecer CFE n.840/1970 estabeleceu um novo currículo mínimo para os cursos de odontologia (QUEIROZ, 2006).

Gutierrez (2008) pontuou que após a reforma universitária de 1968, a inclusão da disciplina de odontologia social e preventiva, em 1971, no currículo mínimo de odontologia, teria se dado a partir de uma influência do Movimento Preventivista das décadas de 1950 e 1960, na forma das recomendações oriundas da OPAS, no que tange a questão da medicina preventiva e comunitária. Em 1982, enfim, com a Resolução CFE n.4/1982, deixou de figurar no nome da disciplina o termo “e preventiva” para chamar-se, unicamente, “odontologia social”.

Posteriormente, houve, a partir da Resolução n.167 do Conselho Federal de Odontologia, de 09 de novembro de 1990, a alteração do nome da especialidade odontologia social e preventiva, homônima da disciplina, para, apenas, odontologia social.

É interessante, neste ponto, observar que a remoção do termo “preventiva” denota que, possivelmente, se reconheceu que a prevenção perpassa toda e qualquer atuação no escopo das disciplinas do campo da saúde bucal, caracterizando mais práticas e posturas preventivas do que propriamente uma especialidade. Mas, então, por que manter o nome social? Há alguma prática da área de saúde que não seja social?

Para além da questão semântica, este aspecto demonstra uma fragmentação no pensar

do campo da saúde bucal com a separação artificial das práticas clínicas de sua natureza sócio-histórica como se elas acontecessem fora do escopo da sociedade. Isto denota uma fragilidade na forma de se conceber o processo de trabalho na área da saúde e do processo saúde-doença-atenção, notadamente pela desconsideração do caráter histórico e social dos mesmos.

Para Narvai (1994), as concepções de odontologia social são muitas e não conseguem expressar uma idéia comum a interlocutores diferentes, não se constituindo, por esta razão, num termo. Contudo, o autor pontua que para alguns, a expressão odontologia social representaria uma prática odontológica de baixa densidade tecnológica e recursos esparsos, sendo, prioritariamente, destinada a pobres e carentes, financiada pelo Estado.

Nesse sentido, à semelhança do que aconteceu no campo da medicina comunitária, este tipo de visão transpareceu uma opção por um papel subalterno ao modelo tradicional de atenção à saúde. Em outras palavras, não houve, a partir da incorporação da odontologia social e preventiva, o rompimento com o modelo hegemônico tanto de atenção à saúde quanto de ensino na área da saúde bucal. Apesar disto, houve dentro do escopo desta área, experiências e concepções que denotavam um esforço no sentido de ampliação na forma de se conceber o processo de adoecimento no campo da odontologia relacionando-o a fatores determinantes econômicos, políticos e sociais, mas como movimento, em si, não demonstrou a capacidade de romper com a lógica predominante (NARVAI, 1994).

Como enfatizamos, através da revisão de literatura, os registros históricos revelam que o campo da saúde e o campo da educação foram palcos para tentativas de cooptação por parte do governo da época da ditadura militar e a medicina comunitária, assim como os projetos de expansão de cobertura, igualmente, refletiram este caráter particular. Porém, dentro deste mesmo escopo, houve experiências de atenção e de ensino que se colocavam contra o sistema sedimentando o caráter contraditório inerente a estas abordagens (LIMA, 2010).

Para Gutierrez (2008), contudo, na Resolução CFE n.º 4/1982, houve um aumento na abrangência relativa aos conceitos sociais e preventivos nos termos dos artigos 11, 12, 13,14 e 15 deste diploma legal.

Em nossa análise, a despeito do que a autora supracitada entende como uma positividade, observamos ser inevitável deixar de correlacionar a expressão “técnicas e equipamentos simplificados” à expressão “medicina comunitária”, presentes artigo de n.º 11 da resolução supramencionada. Portanto, não desmerecemos os avanços que foram galgados a partir de experiências norteadas pelo escopo da medicina comunitária, e da odontologia

comunitária, porém não podemos deixar de tensionar que muitas vezes o que se propunha era um atendimento de baixa qualidade como sinônimo de baixa complexidade. Um pacote básico aos pobres, com baixa incorporação tecnológica e, por conseguinte, baixo custo, justificado por um discurso de democratização do acesso aos serviços de saúde.

Art. 11 No ciclo profissionalizante deverão ser ministrados conhecimentos de: planejamento e administração de serviços de saúde comunitária, trabalho em equipe de saúde, metodologia científica, pessoal auxiliar, bem como técnicas e equipamentos odontológicos simplificados. (BRASIL, 1982).

Com relação à simplificação, Narvai (1994) observa que a expressão odontologia simplificada aparece como sinônimo de odontologia comunitária. Ou seja, a origem da odontologia comunitária e da medicina comunitária é idêntica, assim como suas limitações em romper com o modelo hegemônico de atenção baseado nos princípios flexnerianos. Ressalte-se que a influência de organismos internacionais, como a OPAS e a OMS, está presente nestas experiências.

Concordamos com a posição de Donnangelo (1976) para quem a medicina comunitária gera uma homogeneização artificial do espaço social, com sua redução ao aspecto local, comunitário, dificultando a percepção dos determinantes envolvidos nos problemas sociais para além deste espaço, ou seja, outros níveis como o contexto macroeconômico e político, nos planos nacional e internacional, por exemplo, tornam-se obscurecidos. Desta forma, igualmente, limita-se o desenvolvimento da crítica atinente a estes fatores.

Em outras palavras, podemos dizer que tanto a medicina quanto a odontologia comunitária não foram capazes de romper com o caráter classista de suas práticas (Narvai, 1994). Cabe pensar: até onde o discurso pelo social, com esta visão subalternizada à ordem estabelecida, no plano nacional e internacional, serve, na prática, para encobrir ou amenizar as tensões sociais, impedindo uma confrontação mais aguda à estrutura societária vigente? Num sentido político não se estaria diante de mecanismos estatais para geração de consenso?

Alinhamo-nos ao pensamento de Donnangelo (1976) no sentido de que as relações específicas que a área de saúde e, por extensão entendemos o campo da educação profissional em saúde, irão estabelecer com as estruturas de produção capitalista e as estruturas políticas e ideológicas irão se manifestar no modo como esta contribui para reproduzir estas estruturas pelo controle das tensões sociais, antagonismos e pela manutenção e reprodução da força de trabalho.

Voltando ao artigo de número onze da Resolução CFE n.º 4/1982, observamos o indício de uma preocupação com a preparação para o planejamento e administração de

serviços odontológicos comunitários. Este aspecto também denota uma preocupação com a dimensão do ensino vinculando-o ao serviço, típica dos movimentos expansionistas daquele momento histórico, ou seja, uma lógica do trabalho enquanto princípio pedagógico e, não necessariamente, fundamento ontológico do Homem. Além disto, o documento não é claro, quando fala em considerar no currículo o planejamento e administração de serviços de saúde comunitária, quanto à natureza estatal ou não-estatal dos serviços mencionados. Da mesma forma, não há uma ênfase aparente em aspectos ligados ao planejamento de serviços de saúde com base em métodos epidemiológicos, o que poderia caracterizar uma possibilidade de gestão de serviços com foco em aspectos coletivos. Esta integração diverge das propostas atuais relativas ao campo da educação permanente em saúde.

As DCNO, por seu lado, superam, ao menos no plano prescritivo, esta dimensão da problemática curricular.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: [...].

[...] “XIV - analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;”

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. [...] (BRASIL, 2002, grifo nosso).

Por sua vez, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004, também apontam para a importância dos aspectos epidemiológicos na atenção em saúde bucal:

2.4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento - deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde; (BRASIL, 2004a, p. 4).

Na Resolução CFE nº 4/1982 a ênfase recai sobre os aspectos preventivos. Foi possível observar no artigo treze: “A prevenção constituir-se-á orientação do ensino focado nas diferentes disciplinas ou atividades”, assim como a menção a aspectos preventivos nas disciplinas de clínica odontopediátrica, Artigo 8º, e odontologia social, Artigo 9º, que as recomendações denotam um olhar compatível a uma concepção saúde-doença advinda do movimento preventivista. Este aspecto peculiar convive, conforme enfatizamos, com a ênfase curricular em disciplinas clínicas e biológicas.

Constatamos, pelo exame do documento, que o ensino focado na biologia e na clínica não se alterou no currículo mínimo prescrito para a odontologia, até o currículo mínimo estabelecido em 1982.

Queiroz (2006) e Gutierrez (2008) fazem, em parte de seus trabalhos, um resgate das grades curriculares que nortearam o ensino da odontologia no Brasil desde a criação da profissão de cirurgião-dentista em nosso país. Não faremos uma abordagem tão extensa quanto estas em nosso estudo, mas, pela consulta às autoras acima referidas constatamos poucas mudanças na direção clínica e biológica dada aos currículos prescritos até as DCNO.

Desta forma podemos confirmar, pela análise documental, que as características curriculares que predominaram até a última prescrição de um currículo mínimo para o curso de odontologia (1982) preservaram as características típicas do modelo giesiano de ensino odontológico. Este achado converge com a caracterização que Moysés (2008) faz do ensino hegemônico na área da saúde bucal.

Bernardino Júnior (2011, p. 46), referindo-se à influência flexneriana e giesiana no ensino e prática da odontologia, observa que: “Esta forma de ver e trabalhar as doenças faz com que o ser humano desapareça e passe a existir partes doentes de um indivíduo fragmentado, não uno e único [...]”.

Apesar disto, podemos dizer que a incorporação de uma visão preventiva pelo último currículo mínimo prescrito pela Resolução CFE nº 4/1982 encerrou em si um germe de contradição. O preventivismo ampliou a clínica, mas não rompeu com ela, em essência, uma vez que a doença é que, em última análise, orienta suas práticas, porém obrigou a que se pense, ainda que minimamente, em aspectos que extrapolam o fator biológico exclusivamente.

No entanto, também é verdade que, enquanto no escopo da promoção da saúde se entende que a saúde tem determinações sociais, políticas, culturais e econômicas mais complexas do que apenas fatores da biologia humana, fatores ambientais ou genéticos, a prevenção tem o seu foco mais centrado em modificação de comportamentos individuais e redução de fatores de risco para determinadas doenças. Mas, há as concepções de promoção da saúde com viés behaviorista que se igualam, em seus métodos, à abordagem preventivista (CARVALHO, 2007).

Convém pontuar, tendo esta perspectiva em vista, que é comum, no escopo da promoção da saúde behaviorista, que os profissionais de saúde sejam convocados a atuar de forma a desenvolver as competências e habilidades de sua clientela (tidas como sinônimo de autonomia) como forma de garantir que sejam responsáveis por sua própria saúde. Seria isto uma reprodução do modelo de ensino hegemônico na graduação?

Entendemos que a questão do estímulo ao desenvolvimento da autonomia dos

cidadãos, se pensada em termos amplos, não poderia restringir-se a questões como o autocuidado, da forma que frequentemente observa-se na prática, mas estender-se, também, à discussão do setor saúde, da sociedade e de seus problemas como um todo.

Na Política Nacional de Saúde Bucal, por exemplo, encontramos em alguns trechos uma concepção de autonomia, relacionando-a, basicamente, à questão do autocuidado, a despeito do caráter progressista e em conformidade aos princípios da promoção da saúde e do SUS que este documento exhibe, como um todo:

A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde. (BRASIL, 2004a, p. 8).

Igualmente podemos identificar uma abordagem relativa à educação em saúde vinculada, essencialmente, à modificação de hábitos e criação de práticas de autocuidado que aproximam esta concepção ao campo do preventivismo ou à vertente da promoção da saúde behaviorista.

5.1.2. Educação em Saúde: Compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia. (BRASIL, 2004a, p. 8).

No entanto, na introdução deste documento, vemos uma concepção de atuação no setor de saúde bucal que se direciona ao estímulo à autonomia com características que visam à questão do controle social, ou seja, denotam um caráter relacionado à politização da população assistida pelo sistema:

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal. (BRASIL, 2004a, p. 2).

Assim temos que o caráter político de que se reveste a questão da autonomia dos usuários do sistema de saúde está diretamente relacionada à questão da participação social no setor saúde. Também é importante compreendermos que o conceito de autonomia pode ser expresso de várias maneiras e comportar concepções variadas, não sendo homogêneo. Contudo, este aspecto não será discutido no presente trabalho visto não ser o enfoque desta dissertação.

Porém, a questão do desenvolvimento da autonomia dos usuários, como ferramenta ao controle social, para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), é um aspecto que deve ser

contemplado na educação profissional em saúde:

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

A educação crítica em saúde, neste particular, se converte em um campo de práticas e conhecimento de grande relevância estratégica para se pensar a saúde de maneira ampliada, incluindo sua natureza política.

No entanto, a partir da lógica contida dentro do escopo do campo da promoção da saúde é necessário que se pense a interface entre a educação em saúde executada pelos profissionais de saúde e a população assistida, como forma desta última passar a considerar, de forma crítica, sua inserção no controle do setor saúde. É necessário expandir o entendimento de autonomia e até mesmo questionar o que se afigura como “autonomia” num sistema neoliberal capitalista. A nosso ver é imprescindível pensar Estado e sociedade como forma de ampliar este entendimento.

Igualmente, torna-se imperativo verificar como a formação dos profissionais de odontologia irá repercutir sobre este aspecto particular. Estarão, a partir das DCNO, as instituições de ensino no campo da saúde bucal preparando os seus egressos para este tipo de atuação?

Podemos constatar que, dentro das tendências da educação e saúde que projetam sua finalidade ligada ao aumento da consciência crítica da população e sua autonomia, está a educação popular em saúde. Esta, por consequência, acaba por vincular-se ao conceito de “*empowerment*” que é sugerido como um dos princípios da promoção da saúde, em seu escopo ampliado.

Por sua vez, as abordagens referidas no campo da educação permanente em saúde, sugeridas como opção para complementar a formação superior em saúde, possuem características que as aproximam da educação popular em saúde.

A educação popular em saúde adota uma perspectiva histórica da ação educativa e operacionaliza-se através da legitimação do saber popular num processo que valoriza a interação cultural entre os atores envolvidos e a sua conscientização (SILVA, 2001).

Os processos educacionais giram em torno da prática social, extraem-se dos indivíduos envolvidos elementos desta prática como: o que desejam, quais são seus desafios no cotidiano, seus medos e inquietações, seu trabalho, quem são eles, suas histórias pessoais, etc.

antes de se elaborarem conceitos. Os conceitos surgem como ferramentas as quais auxiliam a aprofundar o conhecimento da realidade e não como discursos abstratos do emissor/educador, ligam teoria e prática a partir de uma reflexão coletiva do real (FREIRE, 1979; 1987; 1992; 1999). Parte-se da realidade concreta dos problemas vivenciados por grupos e indivíduos e daí se estabelece um processo de teorização através da reflexão crítica a qual leva em conta o contexto social e histórico que está associado à problemática e ao grupo (HURTADO, 1993).

Cabe aqui ressaltar que educação popular não é sinônima de educação informal. Qualquer ação educativa que aconteça fora do âmbito escolar pode ser considerada informal. Contudo, para ser caracterizada como educação popular é necessária uma intencionalidade de conscientização política para vencer relações de opressão além de se trabalhar com métodos apoiados no diálogo e troca entre docentes e discentes, condizentes com metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Há ações educacionais que acontecem fora da escola, mas são nitidamente marcadas por relações de desigualdade e apoiadas numa hierarquia que valoriza o conhecimento de quem ensina em detrimento do saber da população alvo. (VASCONCELOS, 2003).

Carvalho, Acioli e Stotz (2001, p. 15), observam que: “A especificidade de uma educação popular em saúde extrapola o setor saúde e expressa de modo complexo, necessidades concretas, sentidas em termos individuais e coletivos, pela população.”

A intersetorialidade e a integralidade, preconizadas como princípios da promoção da saúde e assumidas pelo SUS, acabam, dessa forma, por aflorar, como necessidades concretas, espontaneamente, através deste tipo de metodologia.

Em relação à potencialidade das ações educativas realizadas pelos profissionais de saúde, para além do aspecto contraditório que as mesmas possam representar, como Fleuri (2003, p. 16), entendemos que:

Na realidade, a consciência crítica e política é resultado de longos e complexos processos históricos coletivos e pessoais e não apenas de estratégias pedagógicas particulares e localizadas. Todavia, nos processos educativos, as estratégias utilizadas podem facilitar a emergência e articulação de forças de mudança ou podem dificultar sua organização.

É importante observar, então, que para atuar no sentido de promover superações a condições de desigualdades sociais em saúde, as práticas educativas, no caso específico da saúde, necessitam superar uma concepção restrita (preventiva) onde a saúde é vista como fruto de comportamentos individuais e a medicalização dá tônica ao processo (STOTZ, 1993).

Valla (1993), refletindo nesta direção, observa que as ações educativas vigentes nos serviços de saúde tendem a culpabilizar o indivíduo por sua doença na medida em que

desconsideram os determinantes sócio-político-econômicos envolvidos neste processo. Este mesmo autor propõe que atividades como diagnóstico participativo e a vigilância epidemiológica poderiam aumentar o controle social (participação popular) na saúde pela articulação gerada por estas atividades entre profissionais de saúde e movimentos populares no nível local.

Sendo assim entendemos que as ações da promoção da saúde, no que tange as ações de educação em saúde, encontram na vida cotidiana um espaço privilegiado para acontecer não sendo exclusivas dos espaços destinados aos profissionais e serviços de saúde e, se bem orientadas, podem contribuir pela busca ao respeito do princípio do controle social no SUS, que é regido pela Lei n. 8142/1990 regulamentada pelo Decreto n.7508/2011.

Contudo, de acordo com Feuerwerker (2002), a formação dos profissionais de saúde, como um todo, tem se dado à parte de questões como a organização da gestão do setor saúde, da discussão crítica sobre os sistemas de estruturação do cuidado e tem sido fechada ao controle social o qual é um dos pilares do SUS. Os modelos de ensino praticados pelas instituições continuam sendo, basicamente, conservadores. Costumam dar ênfase em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologia ultra-especializada além de serem dependentes de procedimentos e equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico.

Por outro lado, o princípio do controle social, assegurado pela Constituição de 1988, instituído pela Lei n. 8142/1990, garante à população brasileira a participação na gestão do Sistema Único de Saúde. Nos vários níveis de governo, os conselhos de saúde têm assegurado, por lei, o direito de participação na formulação, execução e avaliação das políticas públicas de saúde.

Muito embora, ao que aparenta, as profissões de saúde, incluindo a odontologia, ainda não se adequaram a esta especificidade do Sistema de Saúde do Brasil e que o torna diferenciado, potencialmente democrático e contrariador da lógica neoliberal que tem se espreado pelo mundo. Nesse sentido, a Lei n. 8142/1990 relativamente à participação social registra:

[...] Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de

saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo [...] (BRASIL, 1990).

Desta forma inferimos que a concepção sobre a educação em saúde dos profissionais de saúde, enquanto intelectuais e educadores, parece estar fortemente condicionada às políticas sociais da área, aos modelos político-pedagógicos de formação desses profissionais assim como às estruturas do trabalho em saúde, constituídas historicamente, e na qual se inserem. E, caso estes aspectos não venham a ser considerados de maneira crítica, a questão da participação social ficará distante da percepção destes profissionais.

Contudo, também postulamos que para não cometermos o equívoco, típico das visões behavioristas da promoção da saúde que culpabilizam os doentes por sua doença, de atribuir aos profissionais de saúde, exclusivamente, o ônus pela direção e abrangência das concepções e ações educativas em saúde que executam, sob risco de uma análise unilateral, faz-se necessário analisar outros aspectos que extrapolam o setor saúde, em senso estrito, mas se relacionam a ele dialeticamente. Trata-se de compreendê-lo como um fenômeno social multideterminado, historicamente, por fatores técnicos, culturais, sociais, econômicos e políticos.

Um desses importantes fatores determinantes diz respeito à lógica que orienta as políticas sociais em sua relação ao Estado, já que as funções do Estado capitalista não se circunscrevem às questões econômicas, apenas no sentido em que tratam da divisão social do trabalho e das relações de produção mas, ao contrário, se concebermos a sociedade como um bloco histórico, onde estrutura e superestrutura se articulam de forma indissociável, aspectos como a criação do consenso, a inculcação ideológica e a normalização disciplinar se articulam a estas funções econômicas (NEVES; PRONKO, 2010).

Nesse sentido, as políticas sociais, que incluem as políticas de educação, de saúde e de educação profissional em saúde, estão plenamente contempladas pelas funções políticas, ideológicas e econômicas do Estado, dentro de uma concepção ampliada do termo, no sentido gramsciano.

O conceito de Estado segundo a perspectiva proposta por Antônio Gramsci propõe que há um imbricamento ou inter-relação entre sociedade política e sociedade civil. A elaboração de sua teoria ampliada de Estado aconteceu pela percepção da socialização da política e, para Gramsci, tanto os aparelhos privados de hegemonia assim como a cultura e o Estado restrito contribuem para generalizar uma visão de mundo. Não há apenas coerção estatal, mas um

espaço de consenso (NEVES; PRONKO, 2010)

Portanto para uma melhor apreensão dos limites e possibilidades contidas no campo da formação superior em saúde e da educação profissional em saúde, convém abordar as políticas públicas, em suas relações com o Estado (sociedade política e sociedade civil), procurando relacionar como o pensamento político se inscreve no âmbito da saúde e da formação dos profissionais de saúde.

Desta forma, poderemos entender que a educação e a saúde, seja quando inseridas no contexto de aparelhos privados de hegemonia ou relacionadas às atividades de seus intelectuais, têm se mostrado como um campo importante na construção do consenso posto que expressa as relações de força da sociedade na busca por hegemonia como forma de aquisição e manutenção de poder social.

Voltando aos documentos, pontuamos que é digno de nota que o termo promoção da saúde não aparece sequer uma vez na Resolução CFE nº 4/1982. Isto se mostra como um achado coerente visto que à época em que a mesma foi editada ainda vigoravam as recomendações de Alma-Ata cujo foco primordial foi a atenção primária em saúde. Portanto, apesar das recomendações advindas desta conferência terem contribuído no sentido da construção de um conceito ampliado de saúde, a disseminação do conceito de promoção da saúde conforme entendemos atualmente foi sedimentada e difundida, em âmbito internacional, mais intensamente a partir, principalmente, da elaboração da Carta de Ottawa, em 1986. Ou seja, a promoção da saúde que podemos supor existir subentendida a este diploma legal, muito provavelmente, se reporta ao conceito de promoção da saúde *strictu sensu*, o qual corresponde ao primeiro nível de atenção do modelo preventivo de Leavell e Clark (1965), no modelo da história natural da doença.

Por outro lado, no escopo do texto constitucional, posterior seis anos à resolução em lide, a promoção da saúde aparece e fica delimitada dentro da definição de um conceito ampliado de saúde, pois, ao considerar os macrodeterminantes envolvidos na saúde, a Constituição Federal do Brasil de 1988, admite um olhar compatível com o movimento da saúde coletiva nacional, e com o campo da promoção da saúde que teve sua origem no Canadá. A saúde, no artigo nº. 196 deste diploma legal, é definida como: “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 2004b).

Por esta razão, a partir desta definição, fica patente a adoção de uma concepção

ampliada para o termo saúde. Esta concepção manifesta o reconhecimento dos fatores estruturais e supraindividuais no condicionamento do processo saúde e doença. Revela também uma preocupação com a questão da equidade e da universalidade, o que expressa um movimento no sentido da democratização do setor saúde. Também se pode observar uma concepção que abrange, inclusive, as questões de ordem ambiental. Entende-se também a fundamental importância relativa à questão da integralidade da atenção, Art 198, item II, e da participação da comunidade, Art. 198, item III.

No escopo das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia de 2002, por sua vez, há várias referências ao termo promoção da saúde. É interessante que o emprego do termo é realizado separadamente do termo prevenção, o que demonstra, de alguma maneira, uma preocupação em diferenciá-los.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

Art. 5º -[...] II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;”

-III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; [...].

- X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais; [...]

- XXVIII - trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde [...]. (BRASIL, 2002, grifo nosso).

Por sua vez, no Parecer CNE/CES nº 1.300/2001, que aprovou o conteúdo das DCNO, a promoção da saúde figura como uma preocupação relativa às competências e habilidades específicas a serem desenvolvidas nos formandos, seja pela inscrição literal do termo “promoção da saúde” ou pelo conceito subentendido em alguns enunciados:

O Curso de Graduação em Odontologia deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para:[...]

- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a

garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;[...]. (BRASIL, 2001a).

Porém, anteriormente às DCNO de 2002 e ao texto constitucional, a Resolução CFE n.º 4 de 1982, sinalizou com uma positividade: a inclusão de disciplinas das ciências humanas no currículo nos moldes do artigo 5º da mesma: "Nas Ciências Sociais, estudar-se-ão fundamentos de sociologia, antropologia e psicologia" (BRASIL, 1982).

No entanto, a classe odontológica não parecia, à época, ter compreendido a dimensão do que esta inclusão simbolizava em termos de potencial a ampliar a visão envolvida na formação profissional em saúde, ainda que de maneira tímida, e modificar o currículo com a formação centrada exclusivamente na clínica e na biologia.

Gutierrez (2008) observa, sobre este aspecto, que naquele momento a classe odontológica não parece ter compreendido adequadamente esta incorporação. Questionava-se a precedência destes conhecimentos sobre a premência da formação técnica do profissional de odontologia.

Questionamos-nos, nos mesmos moldes, se atualmente esta compreensão já acontece haja vista que, apesar de, nas DCNO, as ciências sociais e humanas figurarem nas recomendações, inclusive, propondo articularem-se os conteúdos advindos delas aos aspectos do processo saúde-doença, o que encontramos na literatura consultada foi a crítica freqüente ao caráter tecnicista do ensino odontológico e seu dimensionamento direcionado à prática privatista.

Em sentido contrário a este aspecto, nas DCNO encontramos referências em formar para o sistema de saúde vigente, ou seja, para atuar no SUS:

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. "Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos" [...](BRASIL, 2002)

Art. 5º: [...]: Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe[...].(BRASIL, 2002)

Mas na Resolução CFE n.º.4/1982, a menção a um setor público de saúde, por seu

turno, só pôde ser identificada mediante a proposição de que as atividades de estágio supervisionado ocorressem preferencialmente em sistemas públicos de saúde. **Preferencialmente e não obrigatoriamente:** “Art. 15 As atividades extramurais serão desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado preferencialmente em sistemas públicos de saúde”. (BRASIL, 1982).

Então, levando em consideração a literatura consultada, é possível inferir que o modelo de formação profissional em saúde propugnado na Resolução CFE nº. 4/1982 atendia a uma conformação profissional eminentemente vocacionada a moldar profissionais para o exercício privado e liberal da profissão de cirurgião-dentista.

Este achado está em conformidade com o caráter atribuído por Narvai (1994) ao ensino odontológico hegemônico.

Por sua vez, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, em seu terceiro artigo, de forma coerente à concepção constitucional relativa à saúde, explicitam o perfil de um profissional egresso com uma formação prescrita muito ampliada se comparada àquela que era proposta a partir da resolução supracitada, de 1982.

As diretrizes fazem menção explicitamente ao caráter generalista, crítico, reflexivo e humanista do profissional desejado, assim como sua capacidade para levar em conta a integralidade da atenção, já que se fala em atuação em todos os níveis de atenção. Igualmente é valorizada nelas a questão da realidade sociocultural, econômica e a transformação da mesma em benefício da sociedade.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (BRASIL, 2002).

A partir desta definição fica evidente que houve, por parte deste documento, a adoção de um conceito ampliado de saúde coerente com o movimento da promoção da saúde e da saúde coletiva, no Brasil. Tendo em vista que o mesmo foi homologado em 2002, é possível também inferir que, certamente, a inadequação da formação dos profissionais para assumir as novas atribuições advindas da implantação do Sistema Único de Saúde aliada à questão, ainda que não uniforme e em construção, da participação social no setor saúde, certamente contribuíram para que esta mudança de perspectiva na proposição da formação superior em saúde, no campo da saúde bucal, viesse a acontecer.

Também foi possível observar uma preocupação com a questão da integralidade do

cuidado nos termos das DCNO, aspecto este extremamente importante do ponto de vista da reorientação do modelo de atenção voltado ao SUS e a um conceito ampliado de saúde.

Art. 5º [...]: -IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...].

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Nesse sentido, igualmente, a proposta explicitada na Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, se fundamenta na integralidade da atenção como um eixo norteador para a reestruturação da atenção no campo da saúde bucal em consonância com os preceitos advindos de um conceito ampliado de saúde:

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. (BRASIL, 2004a, p. 7).

Encontramos, da mesma maneira, nas DCNO, no plano prescritivo, a adesão, além da questão da integralidade, a um caráter multi, inter e transdisciplinar sugerido à formação, que abrange uma construção curricular para educação profissional em saúde condizente com os princípios advindos dos campos da promoção da saúde e da saúde coletiva.

Art. 5º: [...] “III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;”.

[...] “XXVIII - trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;” [...].(BRASIL, 2002)

A preocupação em atender aos requisitos do sistema de saúde vigente aparece explicitada nas DCNO assim como também é expresso neste documento a preocupação com a questão da educação permanente e da educação continuada em saúde.

Art. 4º [...] -VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.”

Art. 5º [...] - XVII - participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;[...]. (BRASIL, 2002).

Podemos constatar, então, um alinhamento com os preceitos constitucionais por parte

do perfil traçado nas DCNO, pois, apesar de não haver menção ao tipo de formação desejada no artigo 200, Inciso III, da CF de 1988, que define como atribuição ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos em saúde, é possível inferir, a partir da concepção de saúde adotada na carta magna, que esta formação terá, para atender a este entendimento, de ultrapassar os limites de uma educação profissional em saúde voltada exclusivamente ao atendimento clínico.

Igualmente, pode-se observar uma consonância aos pressupostos estabelecidos pela Lei n. 8080/1990 visto que nela predomina uma concepção ampliada de saúde com foco na questão da intersectorialidade e condizente com o conceito de saúde ampliado oriundo do campo da saúde coletiva e da promoção da saúde.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

É explicitado, nesta lei, que a saúde é um direito do povo e dever do Estado, assim como na Constituição Federal. Desta forma a saúde não é encarada como mercadoria, assim como nos pressupostos capitalistas neoliberais, mas como um direito inalienável do ser humano e direito de cidadania.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (BRASIL, 1990)

Desta forma, observa-se que houve a predominância de um olhar condizente com o campo da saúde coletiva e um conceito ampliado de saúde. Certamente reflexo do fato de este ter sido abraçado pelo Movimento pela Reforma Sanitária o qual teve, por sua vez, um protagonismo essencial que contribuiu para a inscrição do direito à saúde na Constituição Federal do Brasil de 1988, e, por conseguinte, demandou a regulamentação deste direito a partir desta lei.

Também se pode perceber que há a adoção de uma concepção ampliada de saúde por documentos que surgiram após a publicação das DCNO. Nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) (Programa Brasil Sorridente), por exemplo, a intenção de reestruturar o sistema público de saúde bucal aparece em sintonia com este aspecto. Já na introdução deste documento se declara esta opção:

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade

de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. (BRASIL, 2004, p. 3).

Neste documento também se expressa preocupação com a questão da educação permanente em saúde. Esta vertente de educação articula gestão, pesquisa, ensino e atenção e é voltada para o SUS, especialmente ao controle social e à integralidade, conforme assinalamos na revisão de literatura feita no capítulo sobre formação profissional em saúde, e utiliza-se de estratégias semelhantes à da educação popular em saúde.

Nas DPNSB (BRASIL, 2004, p. 5) a educação permanente ficou assinalada como um de seus pressupostos:

[...] 2.8. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar[sic] projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles [...].

Mas cabe uma indagação neste ponto. Porque foi necessária a criação do Pró-Saúde, através da Portaria Interministerial n.º 2101, de 03 de novembro de 2005, se já havia uma política de educação permanente em saúde desde a edição da Portaria CNS n.º.330 de 04 de novembro de 2003?

Por sua vez, as DCNO atendem, ao menos no plano prescritivo, a uma formação profissional ampliada que se preocupava com a educação permanente e a educação continuada dos egressos assim como as DPNSB atentavam para a questão da integração serviço-ensino direcionada ao SUS, à questão da educação permanente em saúde e à importância de vincular a odontologia à Estratégia de Saúde da Família. Então, por que mais um documento para atender a estas mesmas finalidades? E porque as Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde só veio a ocorrer pela Portaria GM/MS n.º 996, de 20 de outubro de 2007.

Uma resposta plausível talvez aponte, dentre outros fatores, para resistência por parte das instituições formadoras às mudanças exigidas pela quebra paradigmática que a forma ampliada de pensar saúde enseja. A adoção da perspectiva da intersetorialidade e da integralidade pelo conceito ampliado de saúde força que se tenham profissionais com uma visão que extrapole a questão meramente curativa. O preparo adequado à gestão dos serviços públicos assim como a integração com a comunidade são aspectos relevantes e necessários

caso se queira estabelecer, de fato, mudanças no modelo tradicional de atenção. Contudo, a permeabilidade das instituições de ensino à questão do controle social, que deriva da instituição e operacionalização do SUS, também passa a ser uma necessidade para que se atinjam os determinantes da saúde a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

Narvai (2006a, p. 146), observa, com relação à formação e trabalho em saúde bucal:

[...] que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e é conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, 'se cristalizam barreiras' para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços.

Na Portaria Interministerial nº. 2101/2005, constatamos que prevalece uma visão ancorada no princípio da integralidade da saúde consistente com o campo da saúde coletiva e da promoção da saúde. A proposta contida no documento nitidamente visa atender às especificidades da formação profissional em saúde visando a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Art. 1º Instituir o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, visando à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença.

§ 2º - III - incorporar, no processo de formação da Medicina, Enfermagem e Odontologia, abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; (BRASIL, 2005).

Como a finalidade explicitada neste documento reside em operacionalizar a formação profissional visando à atenção básica e a promoção da saúde, especificamente das profissões que integram a Estratégia Saúde da Família, e operacionalizar o SUS, compreendemos que o documento em questão seja afinado à lógica da saúde enquanto direito de cidadania. Nele, a promoção da saúde é colocada ao lado da atenção básica como estratégia para a reorientação da formação profissional visando atender à operacionalização do Sistema Único de Saúde. Então, ao menos no plano discursivo, foi possível inferir uma concepção de educação profissional em saúde afinada com a questão da educação permanente. Igualmente volta-se à

questão da integralidade da atenção como eixo norteador da atenção e do processo ensino-aprendizagem em saúde.

Nesse sentido, preconiza-se a integração serviço-ensino e valorização da prática educacional realizada na rede básica de serviços com possível articulação entre gestão e assistência: “Art. I, § 2º, Inciso IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde” (BRASIL, 2005).

Neste ponto também novamente poderíamos nos questionar o porquê da necessidade da edição desta Portaria se, desde fevereiro de 2004, através da portaria GM/MS n.º 198, a Política Nacional de Educação Permanente, na qual uma das ações era o incentivo à implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde, mediante o curso de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais do serviço, já atenderia a estas mesmas questões?

Esta tensão talvez se explique, pois, se por um lado, busca-se uma formação profissional condizente aos princípios do SUS, por outro se mantém a autonomia das instituições de ensino. Estas são, sabidamente, um foco de resistência às transformações no modelo tradicional de ensino das profissões de saúde e da odontologia, inclusive, sendo pouco abertas à questão do controle social no mesmo. Nesse sentido, atende-se à modelagem social que faz coexistir um sistema universal de saúde com um mercado privado regulado pela lógica do capitalismo.

Esta ponderação está de acordo com o que e Ceccim e Feuerwerker (2004) observam, ao tratar da questão da educação permanente em saúde, que no que tange ao fato de que a formação dos profissionais de saúde tem estado alienada dos aspectos relacionados ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado e dos aspectos organizativos relacionados à gestão do setor saúde, apresentando-se francamente “impermeável ao controle social”.

Por sua vez, Queiroz (2011), relata a resistência por parte da categoria profissional dos cirurgiões-dentistas à implantação das DCNO, ilustrando esta “impermeabilidade” de que falam Feuerwerker e Ceccim (2005).

Outra afirmação plausível quanto à dificuldade observada na implantação de recomendações advindas, das diretrizes curriculares foi feita por Bernardino Júnior (2011, p. 50) quando escreveu que:

“Nota-se a necessidade de graduandos estarem preparados para atuarem no SUS. Mesmo diante de determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) onde trata de se preparar os acadêmicos e futuros profissionais para atuarem socialmente na área de saúde, de acordo com o sistema nacional de saúde regulamentado em 1990 após a criação pela constituição de 1988, fatores externos como interferências mercadológicas, falta de uma preparação pedagógica para a docência por parte dos

professores de cursos da área de saúde como, por exemplo, os cirurgiões dentistas (sic), concepções de docência não embasadas nas determinações dos documentos reguladores como DCN e SUS, respondem pelo distanciamento entre o proposto e o realizado na formação dos egressos desta área de formação.”

No nosso modo de entender, a questão da autonomia que as instituições de ensino passaram a ter, em função da adoção das diretrizes curriculares para os cursos de nível superior, de um lado garante uma maior flexibilidade na questão da formulação curricular, assim como um estabelecimento de uma grade de conteúdos que respeite especificidades, mas, de outro, permite que a visão particular de cada instituição prevaleça. Nesse sentido, tanto se pode romper com o modelo hegemônico de ensino quanto perpetuá-lo de acordo com os atores sociais envolvidos no processo.

A preocupação em se preservar a autonomia das instituições educacionais de nível superior já era claramente definida pelo Parecer CNE/CES n. 776/1997 que, quanto a este aspecto particular, estava, por sua vez, em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394/96.

O referido parecer expõe esta questão da seguinte forma:

Visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes curriculares devem observar os seguintes princípios:

- 1) Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- 2) Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos; [...]. (BRASIL, 1997).

Por seu turno, a LDB nº 394/1996, trata do assunto da seguinte maneira:

Art. 53: No exercício de sua autonomia, são asseguradas às universidades, sem prejuízos de outras, as seguintes atribuições:

[...] II - fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes ;

[...] Parágrafo único. Para garantir a autonomia didático-científica das universidades, caberá aos seus colegiados de ensino e pesquisa decidir, dentro dos recursos orçamentários disponíveis, sobre:

- I - criação, expansão, modificação e extinção de cursos;
- II - ampliação e diminuição de vagas;
- III - elaboração da programação dos cursos;
- IV - programação das pesquisas e das atividades de extensão; [...]. (BRASIL, 1996)

Entendemos, então, que esta característica torna-se uma positividade na medida em que permite, dentre outros aspectos, que se atenda a questões extremamente importantes quando de uma construção curricular como, por exemplo, o respeito às particularidades regionais do *locus* onde ocorre a formação. No caso do setor saúde isto é de extrema

relevância posto que as diferentes realidades epidemiológicas e sócio-culturais irão demandar perfis diferenciados de profissionais egressos de forma a atender a aspectos nosológicos peculiares de cada população que virá a ser atendida. Contudo este aspecto não dispensa que uma formação geral sólida seja requerida.

O processo de flexibilidade curricular proposto pelas DCNO passou a representar, então, uma estratégia de mudança no modelo vigente de formação de cirurgiões-dentistas, seja devido à inadequação deste frente tanto aos interesses do mercado e às mudanças exigidas pelo processo de trabalho em saúde, seja quanto aos interesses e necessidades sociais da maior parcela do povo brasileiro. (SENNA; LIMA, 2009).

Uma reconstrução da maneira de se conceber a universidade e o ensino de graduação na formação destes profissionais de saúde, portanto, tem sido apontada como fundamental.

Senna e Lima (2009, p.35), analisando os artigos publicados na revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) sobre as DCNO, entre 2002 e 2006, observam que os estudos mostraram um entendimento que:

A construção/implementação [sic] das DCN para os cursos de graduação em Odontologia no Brasil está associada, de um lado, à reestruturação produtiva do capitalismo global, particularmente à acumulação flexível e à flexibilização do trabalho. Por outro lado, se insere na luta da universidade pela reconquista de sua legitimidade social e pela consolidação do Sistema Único de Saúde em consonância com as necessidades sociais da maioria da população brasileira. Assim, o processo de implementação das DCN é um campo em disputa, por isso, nos cabe perguntar: Qual é a direção que a implementação das DCN dos cursos de Odontologia tomará?.

Constatamos, desta maneira, que as DCNO refletem a contradição entre a emergência de um sistema de saúde universal, em construção, a tradição da formação centrada na clínica e em aspectos biológicos e técnicos, preponderantemente, e um panorama político permeado por uma ideologia neoliberal. Uma questão que temos que perceber está para além do que é prescrito na forma das DCNO é a maneira efetiva como estes aspectos são tratados na prática. Para tal, mais até do que avaliar os currículos prescritos a partir das referidas diretrizes torna-se necessário investigar, também, o que conhecemos como currículo oculto.

Desta forma, também nos perguntamos quais são as mudanças necessárias para formar profissionais coerentes a uma concepção ampliada de saúde?

Ao que tudo indica, ao eliminar-se um currículo mínimo e homogêneo e permitir-se uma flexibilidade na construção curricular, pelas DCNO, poderá se gerar, ao menos em potencial, o atendimento às características formação associadas ao SUS. No entanto, pensar a realidade dos serviços em consonância com um conceito ampliado de saúde deverá permear estas transformações como forma de ultrapassar as limitações da formação tradicional,

baseada em um currículo tecnicista.

O Parecer CNE/SES n. 1300/2001, respeitou as recomendações contidas no Parecer CNE/CES 583, de 04 de abril de 2001, quanto às formas para as diretrizes curriculares para o ensino superior, e já assinalava para a questão da autonomia das universidades, para a necessidade de flexibilidade curricular e também apontava para uma tentativa de romper com o ensino tradicional e fechado da odontologia:

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular a superação das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, muitas vezes, meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. (BRASIL, 2001b).

Na área de saúde, como um todo, tem-se notado questionamentos quanto ao perfil dos profissionais formados pelos modelos de ensino tradicional e a inadequação aos pressupostos exigidos pelo modelo de sistema de saúde adotado pelo país.

Na área de saúde, surgem questionamentos sobre o perfil do profissional formado, principalmente, com a preocupação relativa à tendência à especialização precoce e ao ensino marcado, ao longo dos anos, por parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner. A ênfase na sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade, a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença produziram um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente.” (MITRE et al, 2008, p. 2135).

Ainda em relação à autonomia para elaboração curricular às instituições de ensino superior pelas DCNO em 2002, inferimos ser interessante observar o aspecto que consiste na possibilidade de, no nível local, a autonomia institucional possibilitar que a educação profissional em saúde aconteça através de modelos alternativos ao modelo hegemônico biotecnológico. Neste particular entendemos que é fundamental o caráter político de que se reveste este dado. Queremos dizer com isto que atores institucionais e extra-institucionais, com inflexão sobre as entidades formadoras, é que irão delimitar como o currículo irá se manifestar em sua expressão de materialidade.

Esta assertiva que fazemos, ao destacar a importância dos atores individuais e coletivos na concretização das políticas educacionais, está de acordo com o que pensa Mendonça (2007) quanto às políticas públicas. Esta autora vem demonstrar o quanto o conceito de Estado Ampliado, elaborado por Antônio Gramsci, pode se constituir num importante referencial teórico quando da análise das políticas públicas, sobretudo quando

estas análises permitem conhecer a origem de classe e os principais atores sociais, individuais e/ou coletivos, envolvidos na geração, implantação e execução destas.

A pertinência e a relevância de ordem teórica, política e social deste tipo de abordagem residem em se conformar um olhar crítico e diferenciado sobre as políticas públicas e as relações entre Estado e sociedade civil. Desta forma discordamos, assim como a autora supramencionada, de visões teóricas que tratem o Estado brasileiro, e por extensão entendemos as políticas públicas, como um ente personificado a quem é atribuído o papel preponderante, quase exclusivo, de ter produzido nossa formação social, assim como às posições teóricas que o consideram apenas sob seus aspectos institucionais de maneira descolada e afastada da sociedade civil.

Por outro lado, o conceito de sociedade civil vem sendo fragmentado a partir de mudanças teórico-políticas de cunho neoliberal, as quais vêm contribuir para subsumir e dissolver o próprio conceito de capitalismo e classes sociais sob a égide da pluralidade das chamadas “identidades sociais” (MENDONÇA, 2007).

Rabello (2010, p. 98), por sua vez, postula que, como decorrência da superação do dualismo entre Estado e sociedade civil, as configurações entre estes elementos:

[...] são passíveis de serem pensadas a partir da capacidade de a ordem instituída integrar no processo decisório os múltiplos atores sociais presentes no novo cenário das sociedades contemporâneas, preservando-se as condições para a possibilidade de institucionalização das aspirações normativas desses atores.

Contudo, a autora acima refere-se à pluralidade dos atores sociais levando em conta a questão das chamadas “identidades sociais” e, neste aspecto, entendemos que esta resignificação do termo sociedade civil, em moldes neoliberais, enseja desdobramentos práticos e teóricos em nossa formação social.

Mendonça (2007, p. 10-11) nos mostra que entender sociedade civil como um espaço de liberdade fora do Estado e descolado deste, abarcando de forma múltipla e plural um grande número de instituições e “identidades”, atua fragmentando a realidade social. Ao se contrapor ao Estado (“opressor”) numa miríade de ações e discursos perde-se a visão totalizante do sistema capitalista e das relações e lutas de classe e, por conseguinte, a possibilidade de enfrentamento. Desta maneira:

O capitalismo se volatiliza, assim, numa miríade indiscriminada de instituições e relações “de novo tipo”, o que não somente enfraquece a força analítica do conceito de Sociedade Civil - tal como concebido por Gramsci - como o esvazia de sua capacidade de organizar projetos emancipatórios, despindo-o de seu significado de forma social, específica do Capitalismo, de um ponto de vista totalizante. (MENDONÇA, 2007, p. 10-11).

Entendemos, então, assim como Mendonça (2007), que o perigo inerente a uma abordagem que desconsidere a sociedade civil e seus atores, como elementos indissociáveis do Estado e, por conseguinte, elementos de uma totalidade essenciais para gerar e implantar políticas públicas, é a falsa premissa de uma impotência e desorganização do Estado. Quando se entende o prevalecer inquestionável do Estado sobre a sociedade, como se este fosse um ente animado (personificado), sujeito e objeto da história, e descolado desta, esse posicionamento converte-se, comumente, numa ênfase aos aspectos negativos associados ao termo Estado, pois usualmente acaba-se por associá-lo a coerção, cooptação, repressão, etc. aspectos estes muitas vezes usados como argumento neoliberal para desqualificar a ação pública. Quem sabe talvez justificar o chamado “Estado mínimo” ou “Estado necessário” do neoliberalismo?

O que parece estar oculto neste tipo de visão é que frações da classe dominante, apesar de seu discurso crítico e negativo contra o Estado, usualmente acham-se inseridas neste próprio Estado. Ao não levar em consideração a luta de classes e as contradições e conflitos que permeiam as relações sociais concretas, as concepções do Estado que desconsideram o papel ativo da sociedade civil tendem a opacificar as disputas por posição e hegemonia e a criar uma “realidade” vazia de protagonistas sociais (NEVES; PRONKO, 2010).

A partir do exposto, entendemos que os atores institucionais estão contemplados pelo conceito de Estado segundo a perspectiva proposta por Antônio Gramsci, que o reformula através da aceção de que há um imbricamento ou inter-relação entre sociedade política e sociedade civil. Para Gramsci, tanto os aparelhos privados de hegemonia assim como a cultura e o Estado restrito contribuem para generalizar uma visão de mundo. Não há apenas coerção estatal, mas um espaço de consenso. No entanto nas formações sociais, que têm se mostrado cada vez mais complexas, a criação de uma hegemonia não acontece sem que haja lutas de classes, sabidamente pela busca de inserção dos respectivos representantes junto ao Estado restrito ou nos próprios aparelhos privados de hegemonia.

Mendonça (2007, p. 8) considera este particular quando escreve:

Qualquer modificação na correlação de forças, vigentes na Sociedade Civil, dentro ou entre aparelhos privados de hegemonia distintos, tem, necessariamente, repercussões junto à Sociedade Política, em geral e aos organismos estatais, em particular. Afinal, os atores sociais, engajados nas agências da Sociedade Civil e da Sociedade Política, selecionadas para fins de uma pesquisa, não representam classes em abstrato, inscritas num Estado etéreo. Este vasto e complexo tecido de relações se constrói e reconstrói no cotidiano de suas práticas e conta com rostos, projetos, embates, história, enfim. Em síntese, tomar o Estado como uma relação social, não só nos permite evitar as armadilhas do conhecimento reificado e simplificador, como estimula a desnaturalização dos mecanismos mais profundos de seu funcionamento, não fosse ele uma permanente reconstrução.

Felizmente isto que Gramsci chamou de “guerra de posições”, a partir de sua concepção ampliada de Estado, com foco central na discussão do papel da sociedade civil relacionando-o à *práxis*, pode representar uma maneira diferenciada de lutar contra a dominação capitalista, especialmente se levarmos em consideração que hoje vivemos numa sociedade muito mais complexa do que aquela em que o filósofo italiano viveu. Este dado torna-se, então, ainda mais relevante.

Tendo estes aspectos em mente, constatamos, pela análise em curso, que aspectos que expressam contradição e tensão entre modelos em disputa e interesses sociais, políticos e econômicos antagônicos permeiam todos os documentos analisados neste trabalho, em algum grau. Conflitam-se público com privado, concepções de ensino tecnicistas com enfoques condizentes à educação popular/educação permanente e projetos de sociedade de cunho liberal com projetos de cunho socialista.

Veja-se, por exemplo, o texto constitucional: nele, prioritariamente, entende-se que a saúde é um direito de cidadania. Obviamente, que a inscrição deste direito decorreu da pressão política realizada pela sociedade civil organizada e pelos movimentos sociais que se expressaram naquele momento histórico. No entanto, não podemos deixar de registrar que a tensão entre as forças progressistas, representadas pelo Movimento pela Reforma Sanitária e os movimentos sociais, e as forças conservadoras, representantes da aristocracia, deixou sua marca na expressão de materialidade deste documento. Apesar de garantir as bases para a criação do Sistema Único de Saúde, houve a inscrição na carta Magna, de um artigo, o de n. 199, que cria a possibilidade de atuação do setor privado no SUS em caráter complementar. Nele também se permite à iniciativa privada liberdade para atuar na assistência à saúde (BRASIL, 2004b).

O texto constitucional reflete, desta maneira, o momento histórico da época em que foi promulgado. De um lado expressa boa parte das aspirações advindas do Movimento pela Reforma Sanitária e de outro mantém parte dos interesses conservadores. Sobejamente, quando mantém a possibilidade de atuação do setor privado na área de saúde.

Esta brecha tem feito com que o SUS tenha sido impregnado pela lógica privatista neoliberal de forma dissimulada já que sob o discurso da garantia da integralidade acabam por se delegar ao setor privado a maior parte dos atendimentos de alta complexidade com repasse de verbas (RIZZOTTO, 2009).

Por que não estruturar melhor o setor público? Não só pela ampliação da oferta de

serviços, mas também pela capacitação de seu pessoal para a gestão mais eficiente do sistema. Isto certamente passa pela questão da formação que os profissionais de saúde vêm recebendo nas universidades. Nesse sentido as experiências com a educação permanente em saúde como, por exemplo, aquelas propostas no quadrilátero da formação, conforme sugerem Ceccim e Feuerwerker (2004), atenderiam potencialmente a este propósito. Então, por que hoje estão esmaecidas?

Assim, se expressa o caráter contraditório no plano material, a Constituição Federal de 1988 faz uma ampliação considerável na forma de conceber a questão saúde para além da lógica exclusivamente biológica, amplia a forma de se conceber a atuação do setor saúde e democratiza-o, mas resguarda o papel do mercado privado na prestação dos serviços (BRASIL, 2004b).

Felizmente, o caráter de contradição também opera em sentido contrário, ou seja, a favor da contestação do tratamento dado à saúde como mercadoria. Observe-se, por exemplo, a Resolução n.CFE n.4/1982. Nela, há um direcionamento a uma formação voltada para a clínica. A formação profissional preconizada aos cirurgiões-dentistas era baseada, principalmente, em aspectos técnicos e operacionais da profissão e apontava para uma abordagem pedagógica tecnicista baseada na epistemologia do pragmatismo. É facilmente observável um padrão de organização curricular compatível com os preceitos flexnerianos/giesianos tanto pela estrutura que separa ciclo básico do ciclo profissionalizante quanto, igualmente, pela ênfase dada às matérias de cunho biológico, técnico e laboratorial. Além disto, é digno de nota que, além de refletir o que acontecia no panorama de saúde da época, ou seja, um sistema de saúde excludente em que prevalecia a atuação do setor privado do ponto de vista da atenção à saúde. A resolução em análise mantinha disciplinas que foram marcas do Regime Militar como “estudos dos problemas brasileiros” e “educação física”. Desta forma, denota-se uma conformação profissional que atendia à modelagem social da época, mas, contraditoriamente, o contato dos alunos com os serviços públicos de saúde, proposto nos estágios, e com experiências de atendimento comunitário contribuíram no sentido de questionamento da lógica vigente, seja pela exposição à precariedade da saúde bucal, da parcela da população que era contemplada naquelas experiências, ou por demonstrar os limites da formação recebida nos meios acadêmicos como forma efetiva de dirimir os problemas enfrentados pela população.

As experiências do campo da medicina comunitária demonstraram bem este aspecto de contradição citado acima e, no caso específico da odontologia, viu-se o posicionamento

estudantil pela democratização e mudança no modelo de atenção em saúde bucal expresso na I Conferência Nacional de Saúde Bucal, a despeito do posicionamento das entidades de classe como o CFO, por exemplo, que tentou impedir a participação da população naquele evento. (SERRA, 1998).

Outro aspecto que julgamos ser importante e que ficou evidente a partir do exame dos documentos desta pesquisa e referido, também, pela revisão bibliográfica é a presença constante da influência de organismos multilaterais como a OPAS e a OMS na direção dada a elaboração dos mesmos. Atores institucionais extremamente importantes.

No caso do Parecer CNE/CES n.º 1.300/2001 as recomendações da Constituição Federal de 1988 e da Lei n.º 8.080/1990, dentre outras legislações, coexistem com a influência destes organismos internacionais, assim como com as da Rede Unida e com as da Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior da UNESCO.

Como explicitamos, anteriormente, são atores influenciando a expressão material das políticas de ensino e saúde. Sabidamente, os organismos internacionais tem tido sua atuação impregnada pelo pensamento político neoliberal e isto se reflete, obviamente, no teor das políticas deles emanadas para os países sob sua influência, notadamente os mais pobres. Também há, influenciando o documento supracitado, igualmente, as recomendações da Rede UNIDA a qual, por sua vez, foi influenciada pelas premissas estabelecidas pela fundação Kellogg já que houve subvenção por parte desta àquela.

Nesse sentido, Queiroz (2006, p. 168-169) manifesta-se, em relação à influência da fundação Kellogg sobre o ensino da saúde:

Apesar de reconhecer a importância da Fundação Kellogg no financiamento e desenvolvimento de experiências marcantes no ensino e serviço na área de saúde, ela condicionava a subvenção à adesão dos parceiros ao seu ideário. Apesar da prática comum entre órgãos financiadores, tratava-se de uma forma de manipulação, indo de encontro ao direito de soberania dos povos. Ao mesmo tempo em que divulgava o discurso da solidariedade e da filantropia, nega, assim, a possibilidade de autonomia e emancipação. Por trás da prática que pretendeu demonstrar as possibilidades de atuação eficiente da otimização de recursos, contribui para encobrir as causas das desigualdades sociais, condicionadas pela expansão desigual e combinada do capitalismo, sendo ela própria um exemplo de intervenção “civilizatória” desenvolvida pelo projeto de globalização.

Novamente, somos do entendimento que este aspecto que se observa é uma característica de contradição que se expressa tanto nos documentos norteadores da educação profissional em saúde quanto nas práticas deste campo. Se por um lado, a influência e o patrocínio destes organismos multilaterais e internacionais podem ter contribuído para o

avanço, em alguns aspectos da atenção e do ensino, por outro, refletem, usualmente, os interesses em se manter a ordem estabelecida no plano do capitalismo internacional e uma condição de subalternidade por parte dos países pobres. Através da manutenção da “paz social” muitas vezes se ocultam relações de opressão social. Igualmente entendemos que, no momento atual, estes organismos contribuem para a consolidação de um modelo neoliberal tanto na área da saúde quanto na área da educação.

Queiroz (2006), em sua tese de doutorado: “O ensino da odontologia: concepções e agentes”, faz uma correlação mais aprofundada da influência destes organismos em relação aos atores coletivos e à elaboração da legislação curricular odontológica, mas nesta dissertação nosso enfoque não será tão aprofundado por não ter sido este o objeto de estudo recortado para análise embora reconheçamos ser este aspecto de extrema importância.

Portanto, diante da complexidade de fatores envolvidos, tanto na produção dos documentos com inflexão curricular, das montagens curriculares em si, como da expressão prática da atuação do setor saúde, podemos vislumbrar o quanto este campo é permeado por conflitos de interesses contraditórios e dotado de um caráter eminentemente político e dialético.

Nas DCNO, por exemplo, coexiste uma visão pedagógica, predominantemente apoiada na pedagogia das competências que, por sua vez, é reflexo de uma modelagem advinda do meio empresarial típica do modo de produção flexível do capitalismo contemporâneo no campo educacional, com um conceito de saúde ampliado que possui inspiração no campo da saúde coletiva, sabidamente influenciado pelo movimento marxista na saúde (LIMA, 2007).

As DCNO definem competências e habilidades gerais para a formação de nível superior em odontologia por áreas definidas em termos de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança no trabalho, administração e gerenciamento e educação permanente.

Além das competências gerais, acima expostas, as DCNO ainda relacionam trinta competências e habilidades específicas para a formação dos cirurgiões-dentistas.

Nos termos definidos por este documento, a noção de competência fica subordinada à capacidade de agir mediante determinados contextos a partir de uma articulação entre habilidades, experiência prática, conhecimentos científicos e gerais formalizados e atitudes pessoais de forma a atender com efetividade às demandas da prática profissional.

O termo competência, por si, tem sido empregado com um caráter polissêmico e comporta várias definições associadas à noção que representa. A que predomina, na maior

parte delas, é a compreensão de que a competência refere-se a uma capacidade real, que pode ser demonstrada na prática. É uma concepção baseada no pragmatismo que visa, prioritariamente, os resultados concretos que advêm por meio de um determinado trabalho executado. Desta forma, usualmente, o desenvolvimento das competências é encarado como uma estratégia para aumento de produtividade.

No caso do documento analisado, ele está de acordo, teoricamente, com a noção de competência ancorada em Zarifian (1999). Este autor trabalha o conceito de competência a partir de três mudanças principais no mundo do trabalho que justificariam a emergência deste modelo para a gestão das organizações, que são segundo Fleury e Fleury (2001, p. 186):

- A noção de incidente, aquilo que ocorre de forma imprevista, não programada, vindo a perturbar o desenrolar normal do sistema de produção, ultrapassando a capacidade rotineira de assegurar sua auto-regulação; isto implica que a competência não pode estar contida nas pré-definições da tarefa; a pessoa precisa estar sempre mobilizando recursos para resolver as novas situações de trabalho.
- Comunicação: comunicar implica compreender o outro e a si mesmo; significa entrar em acordo sobre objetivos organizacionais, partilhar normas comuns para a sua gestão.
- Serviço: a noção de serviço, de atender a um cliente externo ou interno da organização precisa ser central e estar presente em todas as atividades; para tanto, a comunicação é fundamental..

O trabalho, segundo esta visão, não seria mais restrito a um grupo de tarefas associadas descritivamente ao cargo ou função, mas seria a extensão da competência do indivíduo o qual se mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais complexa. Esta complexidade de situações é que torna o imprevisto cada vez mais comum no mundo do trabalho, atualmente.

Nas DCNO, podemos observar esta condição que associa competência à capacidade do trabalhador de se adaptar de forma flexível às exigências do trabalho no que tange ao seu caráter de imprevisibilidade e mutabilidade:

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: “XXII - reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;”. (BRASIL, 2002)

Nesse sentido, Ramos (2001) observa que a competência profissional, quando referida ao trabalhador, conforma uma totalidade onde se articulam uma dimensão objetiva e outra subjetiva em sua manifestação material ou simbólica. Desta maneira é a subjetividade do trabalhador, pela mobilização e articulação de saberes que permitiria sua capacidade de agir diante da imprevisibilidade do mundo do trabalho.

Sendo, então, por essência, o trabalho em saúde altamente imprevisível, isto talvez explique, ao menos em parte, a razão da escolha desta vertente teórica para embasar a

construção do perfil profissional que está sendo discutido.

Apesar da noção de competências, em um viés reducionista, comportar elementos que servem à lógica do atendimento funcional ao mercado, a visão assumida nas DCNO aparece com uma perspectiva mais ampla onde predomina uma compreensão mais totalizante. Na verdade, a definição de competência adotada pelo documento a define, predominantemente, sob o enfoque socioprofissional.

O perfil de competências, ora analisado, enfatiza esta acepção socioprofissional quando lança mão de termos como: iniciativa, responsabilidade, habilidade para tomada de decisões e cooperação com outros atores.

Para além da pedagogia das competências, no entanto, também é possível se identificar uma preocupação das DCNO com a preconização da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A questão da integração curricular entre matérias básicas e matérias clínicas também é sugerida. Como se vê adiante:

[...]Art. 9º O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.[...]

“Art. 13º[...]:

II - aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e

III - utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem”. [...]. (BRASIL, 2002).

Nesse sentido a educação odontológica explicitada partir das DCNO segue uma tendência relatada por Feuerwerker e Cecílio (2007) no campo da educação profissional de saúde, como um todo, no que se refere a propostas críticas de mudanças. Estas vêm sendo centradas tanto nas concepções de cuidado com ênfase na integralidade e num conceito ampliado de saúde quanto, no campo pedagógico, no uso de metodologias ativas para o processo ensino-aprendizagem.

Contudo Bernardino Júnior (2011, p. 53) faz uma observação a respeito do processo ensino-aprendizagem, quando trata da docência em odontologia e do humanismo na odontologia, com a qual concordamos:

Com uma carência pedagógica na formação dos professores na área de saúde, dificilmente será conseguida alguma modificação no processo ensino-aprendizagem, na re-elaboração dos currículos, na interpretação destes currículos, numa harmonização da relação professor-aluno-paciente culminando numa concreta e irreversível imersão das atividades de promoção da saúde nas ações sociais. O distanciamento de disciplinas da área social dos formandos e formadores da área da saúde, permite que estes profissionais tecnifiquem a saúde, dissecando-a do

indivíduo social. Essa dissociação da visão integral do ser humano, antes de ser orientada pelos professores no processo ensino-aprendizagem, necessita ser entendida, assimilada e praticada por estes docentes.

Deste modo, outro aspecto importante relativo à maneira como os currículos vão se desenvolver na prática, embora não tenha sido o foco deste trabalho, diz respeito às lacunas que existem quanto à preparação dos docentes para a área de odontologia. Não há uma licenciatura específica para professores na área. Usualmente os professores são especialistas bem sucedidos e que cursaram pós-graduações *strictu sensu* em suas áreas respectivas. Tendo sido eles próprios formados, em sua maioria, por currículos centrados no paradigma giesiano embasados num modelo científico eminentemente positivista e sem o aporte a conhecimentos advindos do campo das ciências sociais, estariam em condições de proporcionar aos discentes a possibilidade de uma formação centrada no humanismo e condizente com os preceitos que estamos discutindo?

As DCNO de 2002, de forma diferenciada da Resolução CFE n.4/1982, explicitam alguns eixos estruturantes para a seleção de conteúdos na área de ciências humanas e sociais que esboçam uma preocupação em direcionar para a abordagem de aspectos do adoecer e da saúde, que extrapolam o plano biológico:

Art. 6º: II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. [...] (BRASIL, 2002).

Nesse sentido identificamos esta diretriz como um aspecto positivo mas inferimos, dada a complexidade e multiplicidade de fatores que encontram-se em jogo quando da formação dos cirurgiões-dentistas, que, isoladamente, não tem o poder de alterar ou redimensionar todo um acúmulo histórico ligado ao ensino desta profissão.

Da mesma maneira que a prevenção, idealmente, deve perpassar todas as matérias, através de práticas e posturas preventivas, os aspectos humanísticos e sociais, sempre que possível, poderiam agregar-se às práticas clínicas e disciplinas do curso de odontologia. Acreditamos ser esta uma forma de “incrementar” o potencial de transformação na formação profissional em saúde que a inserção de ciências humanas e sociais no currículo significa. Mas não podemos esquecer que a realidade dos serviços, que muitas vezes tratam de forma desumanizada até o próprio profissional, especialmente pela precarização acentuada do trabalho verificada no regime neoliberal, a visão docente-assistencial, o paradigma positivista hegemônico no campo científico e os aspectos macroestruturais políticos e econômicos não

deixarão de estar a influenciar esta seara. De forma que não podemos ter no aspecto educacional-curricular uma panacéia.

Diante disto, que papel caberia ao campo da saúde, e da educação profissional em saúde, no sentido de construir uma prática social transformadora?

Continuamos a crer, apesar das limitações expostas, que a educação profissional em saúde pode ter uma ação politizadora e crítica que, através do conhecimento, ajuda a recuperar a consciência de classe e dos limites impostos pela exploração capitalista aos explorados.

Resumidamente, poderíamos reafirmar que a educação profissional em saúde é de fato uma arena de conflitos que reflete as contradições de uma sociedade cindida em classes e interesses antagônicos. Contudo se mostra como local privilegiado pela busca pelo direito à saúde a todos, como direito universal de cidadania, e a refutação da mercantilização da vida.

Sem cair no exagero de ver, na educação e na educação profissional em saúde, uma panacéia, ou, incorrer no viés da sedutora teoria do capital humano, supomos que através de práticas educacionais que dialoguem com a realidade dentro de uma perspectiva crítica pode-se contribuir para a superação do consenso neoliberal e para o questionamento da organização do modo de produção da vida nas sociedades de tipo capitalista.

6.2.2 Análise dos currículos

Inicialmente é importante que se registre que não houve, por parte deste trabalho, a intenção de emitir juízos de valor, avaliar ou comparar de qualquer forma o curso ministrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) com qualquer outro curso de odontologia ministrado por outras instituições. O que se pretendeu foi extrair informações para desencadear uma reflexão a respeito de como vem acontecendo a educação profissional em saúde, no campo da odontologia, diante das exigências colocadas pela adoção de um conceito ampliado de saúde a partir do cotejamento com as demais informações oriundas da análise da legislação e das informações coletadas pela revisão de literatura.

Cabe aqui ressaltar que os achados desta análise curricular não podem ser tomados num sentido de generalização de conclusões devido ao desenho metodológico adotado. A intenção de incluir esta análise no estudo teve como finalidade precípua exemplificar, através de um caso concreto, eventuais mudanças ou continuidades encontradas confrontando-as com a análise das legislações e dos achados da revisão de literatura. Desta forma não se tem a

intenção de extrapolar conclusões generalistas a partir da análise, isolada, de um único caso.

Uma constatação inicial sobre os currículos em análise foi, de que, no currículo do curso de odontologia selecionado, relativo ao ano de 1987, não consta no fluxograma a disciplina de ciências sociais. Este aspecto denota uma dissonância ao que era preconizado, ao currículo mínimo para a odontologia, pela Resolução CFE n.4/1982, vigente à época. Por esta resolução, no escopo das ciências sociais, deveriam ser estudados fundamentos de sociologia, antropologia e psicologia e a disciplina deveria integrar o rol de matérias do ciclo básico de formação.

Este suposto avanço no currículo odontológico, ou seja, a inclusão das ciências sociais, não foi bem compreendido pelos profissionais da época. Relata, ainda, que a inclusão das matérias acima descritas era encarada, muitas das vezes, como “perfumaria”- devido à premência que existia de se garantir uma formação profissional adequada do ponto de vista técnico. (CARVALHO; KRINGER, 2006 apud Gutierrez, 2008, p. 103)

Almeida, Alves e Leite (2010, p. 126), por sua vez, argumentam que para que o ensino na área de odontologia supere seu caráter excessivamente técnico e se estabeleça, dentre outros aspectos, uma relação profissional-paciente mais humanizada, torna-se primordial o desenvolvimento de uma sensibilidade aos aspectos humanos e sociais da profissão e afirma:

Embora tal sensibilidade social não possa ser objetivamente mensurada, parece claro que sua construção depende de uma melhor formação, por parte do profissional, quanto aos aspectos sociais e humanos que, em última análise, constitui o verdadeiro objetivo de sua atividade profissional. Esta formação, principalmente fundamentada em disciplinas como sociologia, filosofia, psicologia, antropologia, entre outras, tem sido negligenciada na formação e na prática profissional.

Por sua vez, no fluxograma de curso do ano de 2011, foi possível constatar que a disciplina de ciências sociais integra o conjunto de disciplinas do segundo período do curso, sendo disciplina obrigatória. A disciplina em lide é cursada em 60 horas e recebe o nome de “Introdução às Ciências Sociais”.

Ao examinar a ementa da disciplina supracitada foi possível constatar que a mesma é oferecida através do departamento de ciências sociais. Interpretamos este fato como algo positivo uma vez que se incorpora à formação do dentista a visão de profissionais que, por sua vez, vêm de um modelo distinto de formação e isto, a nosso ver, pode enriquecer e ampliar a visão dos profissionais posto que se ofereçam “novas lentes” para vislumbrar os problemas sociais e, dentre eles, os vários aspectos relacionados ao adoecimento humano.

Um outro aspecto positivo, diz respeito à disciplina estar situada no primeiro ano de formação. Acreditamos que isto pode contribuir para que se inicie a formação de um

referencial analítico diferenciado já no início do curso. Além de haver menor chance dos alunos já estarem aderidos a uma visão essencialmente biomédica da profissão, isto permitirá ao futuro profissional egresso, quando em contato com a clínica, já dispor de um olhar crítico e treinado para perceber o “social” presente na prática profissional. Contudo, não podemos cair num viés determinista posto que isto se assinala como uma potencialidade e não uma obrigatoriedade e, conforme pontuamos na análise da legislação, acreditamos que o currículo real e o currículo oculto terão grande inflexão na forma como os conteúdos chegarão a compor a visão do profissional egresso e, neste sentido, tornamos a enfatizar a grande importância que o papel da atuação docente assume frente a este aspecto. Nesse sentido, a autonomia docente pode se constituir num fator diferencial das práticas educacionais.

Segundo Silva (2011, p. 78), currículo oculto é aquele: “constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes.”[...]

E um destes aspectos, certamente, envolve as relações professor-aluno. Outro, não menos importante, diz respeito ao *status* que as disciplinas gozam no interior do curso. O que queremos ressaltar é que, apesar do fato das ciências sociais figurarem no currículo prescrito, se no ambiente acadêmico os alunos percebem uma desvalorização deste saber pelos docentes das disciplinas do núcleo duro da formação, especialmente os do módulo profissional, pelos pares ou até mesmo a não-valorização deste pelo mercado de trabalho, no sentido do que se espera de conhecimentos por parte do cirurgião-dentista recém formado, certamente, estarão aprendendo algo para além do que esteja inscrito no ementário das disciplinas, ou seja, a realidade do contexto escolar estará dizendo o que se deve ou não aprender.

Esta constatação, nesse aspecto, contempla a teoria da reprodução social de Bourdieu e Passeron sobre currículo, no sentido de que a escola favorece a manutenção e reprodução das estruturas sociais através da reprodução cultural, ou seja:

[...] a dinâmica da reprodução social está centrada no processo de reprodução cultural. É através da reprodução da cultura dominante que a reprodução mais ampla da sociedade fica garantida. A cultura que tem prestígio e valor social é justamente a cultura das classes dominantes [...] (SILVA, 2011, p. 34).

Estamos nos apropriando desta visão de currículo, não tanto pelo aspecto das classes sociais fundamentais, a que se referiam Bourdieu e Passeron, mas no sentido da cultura dominante, neste caso a cultura profissional, ser um instrumento de reprodução social e manutenção de hegemonia.

Isto posto vale lembrar o que acima referimos acerca da forma como as DCNO (2002),

em seu Artigo 6º, preconizam quanto aos conteúdos relativos à área de ciências humanas e sociais e, nesse sentido, constatamos que os conteúdos relacionados no ementário da disciplina de “Introdução às Ciências Sociais” estão de acordo com o que preconizam as diretrizes, no entanto, é importante que se diga que em 60 horas-aula torna-se uma tarefa muito difícil e é um resultado muito improvável que, apenas com este aporte, se alcance uma formação sólida pelos profissionais egressos sobre os aspectos sugeridos pelas DCNO. Contudo não descartamos que possa haver uma sensibilização para a importância destes aspectos.

É compreensível, pela natureza da ocupação do cirurgião-dentista, conforme esta se desenvolveu historicamente, que haja uma preocupação intensa com os aspectos clínicos, biológicos e tecnológicos da formação profissional. Reiteramos, inclusive, que estes aspectos são extremamente importantes de forma que, neste trabalho, em hipótese alguma se questionou isto. Contudo, também é fundamental que se entenda que os aspectos humanos, sociais e epidemiológicos também são igualmente necessários à formação global de profissionais aptos a prestar um atendimento de boa qualidade à população e preparados para atuar em consonância com os princípios constitucionais, da saúde coletiva e do SUS. Desta forma, é importante destacar que interpretamos a carga horária prescrita a atender estes últimos aspectos como insuficiente e subdimensionada quando comparada aos aspectos técnicos do currículo. Por outro lado, é interessante notar que os cursos de odontologia vêm tendo uma expansão de sua carga horária global o que, de certa forma, contraria a lógica da reforma universitária iniciada no Governo FHC a qual prima por uma formação acadêmica cada vez mais aligeirada.

Contudo, não acreditamos que para converter a formação em saúde num agir consoante aos princípios do SUS e da promoção da saúde baste que se acrescentem disciplinas nos cursos voltadas para os aspectos acima colocados. De fato, todo o processo formativo tem de ser reconsiderado. Por isso, é importante que se frise que não somos da opinião que um aumento de carga horária irá, por si só, resolver a questão acima pontuada.

Nesta direção, as abordagens, propostas nos projetos UNI, nos parecem propostas mais apropriadas no direcionamento da formação ao SUS posto que, para além das questões de conteúdo, integrem as várias dimensões da formação. Conforme Feuerwerker e Sena (2002) constataram estas abordagens possuíam como eixos essenciais a integração curricular, a organização modular por áreas temáticas relativas a problemas extraídos da realidade concreta e práticas nos cenários comunitários e dos serviços de saúde desde o início da formação, além

de aspectos avaliativos durante toda a formação.

Um modelo formativo com estas características ainda não tem sido referido hegemonicamente na realidade do campo da formação odontológica. Ao contrário, a evolução tecnológica e o aprofundamento do conhecimento científico trouxeram consigo uma multiplicação de disciplinas a serem incorporadas nos currículos de educação profissional em saúde de nível superior em odontologia o qual, historicamente, já era dotado de características de fragmentação.

Desconsiderando uma mudança radical para os moldes dos projetos UNI, ao menos já se configuraria num avanço dar-se um tratamento enfático à questão da transdisciplinaridade, como tentativa de atenuar este problema, da fragmentação excessiva, e permitir a correlação dos conhecimentos entre disciplinas distintas. Desta forma, cremos que seria potencialmente favorável que se considerasse esta possibilidade no trato com as ciências humanas e sociais no campo curricular da odontologia, até que se possa instalar uma lógica de articulação entre a realidade dos serviços, das necessidades concretas de saúde da população e do SUS ao ensino, pesquisa e à atenção em saúde bucal, como um todo articulado, inclusive em suas dimensões políticas e sociais.

Também constatamos que as cargas horárias são diminutas para abordar disciplinas biomédicas, igualmente extensas. Contudo, como estas são em maioria na grade curricular, e, por essência, interrelacionadas, é possível depreender que, de certa forma, as carências acham-se parcialmente supridas em função da complementaridade que o ensino destas matérias acaba por assumir.

A expressão da necessidade de acesso ao conhecimento especializado, deflagrada pelo avanço da ciência e do desenvolvimento tecnológico na área da saúde, como um todo, e da saúde bucal especificamente, torna-se visível pelo aumento global na carga horária do currículo odontológico assim como pelo aumento do número de disciplinas no fluxograma curricular.

Enquanto pelo fluxograma do ano de 1987 podemos verificar que o curso de odontologia poderia ser integralizado em 4245 horas, no ano de 2011, observamos um número mínimo de 4500 horas para que se efetue a mesma integralização.

Segundo Queiroz (2006), a primeira vez que houve uma fixação de um número mínimo de horas para se integralizar o curso de odontologia foi no ano de 1970, pelo Parecer do Conselho Federal de Educação nº. 840/1970 que estipulava um total de 3240 horas para tal. Com a Resolução n. 13 do Conselho Federal de Educação (CFE), estipulou-se que o curso

poderia ser cumprido entre três e oito anos letivos. Esta modelagem permitiu que fosse instituído um regime curricular seriado.

Pela Resolução CFE n.º4/1982, por sua vez, a carga horária mínima para a conclusão do curso de odontologia situa-se em 3600 horas-aula a serem integralizadas entre oito e dezoito períodos. Assim sendo, observamos que o currículo odontológico da UERJ, em 1987, cumpria o disposto em lei, no que tange à carga horária, e, trabalhava a partir de um regime seriado.

Pela Resolução CNE/CES n.º 2, de 18 de Junho de 2007, a carga horária mínima para os cursos de odontologia passou a ser estipulada em 4.000 horas. Desta forma também constatamos que o currículo vigente na instituição pesquisada, no ano de 2011, igualmente, atendia à legislação vigente, estando, inclusive, com um número de horas bem superior ao mínimo. Para o currículo vigente em 2011, encontramos a prescrição que o mesmo seja integralizado entre oito e dezoito períodos e que é necessário, para integralizar as 4.500 horas do mesmo, que sejam cursadas, ao menos, 150 horas em disciplinas eletivas. Contudo, pela Resolução CNE/CES n.º 2 de, 18 de junho de 2007, cursos com carga horária mínima entre 3.600 e 4.000 horas deveriam ser integralizados, no mínimo em 05 anos, porém, se aceita exceção desde que o projeto político-pedagógico da instituição/curso justifique este particular, o que subentendemos, seja o caso do curso em análise.

Olhando-se, isoladamente, a disciplina de dentística operatória, que tanto no currículo de 1987 quanto no currículo vigente em 2011 são ministradas em três períodos distintos, 4º, 5º e 6º, é possível constatar um ligeiro aumento de carga horária de um total de 390 horas em 1987 para um total de 405 horas em 2011, o que equivale a um aumento percentual relativo de 0,5% no currículo de 2011 considerando-se as cargas horárias totais específicas de cada ano estudado. Este dado somado ao exame dos conteúdos das ementas das disciplinas, nos dois anos considerados, que demonstra uma incorporação de diversos conteúdos em 2011, como, por exemplo, a inclusão de tópicos como a utilização de adesivos dentinários e restaurações em resina composta em dentes posteriores, reflete o desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias de materiais para a área de odontologia. É aceitável supor que o aumento do número de disciplinas observado, para 2011, assim como o aumento da carga horária de algumas delas certamente refletem o aprofundamento do conhecimento técnico-científico nesta área profissional assim como às inflexões legais e sociais sobre a profissão de cirurgião-dentista. Também foi observada a preocupação com o ensino prático da disciplina, além do teórico. Neste sentido não se observa dicotomia entre conhecimento intelectual e

conhecimento manual, configurando-se num aspecto positivo já que ao saber fazer se junta a dimensão da compreensão das bases científicas e fundamentos inerentes ao conhecimento.

Sobre este aspecto, é notória, nos dois currículos estudados, a preocupação, tanto das disciplinas básicas quanto das profissionais de associar aulas práticas a aulas teóricas e laboratoriais. Nesse sentido pode-se perceber a preocupação em não dicotomizar o saber teórico do “saber-fazer” e, neste sentido, interpretamos este achado como um ponto favorável.

Contudo, como a organização continua se dando através da compartimentalização do conhecimento em disciplinas, agora até mais numerosas, consideramos que seja pouco provável que haja uma integração curricular no sentido amplo do termo. O término dos pré-requisitos obrigatórios, de certa forma, até agravam um pouco esta questão. Observou-se a supressão da divisão da formação em ciclos e o currículo passou a ser seriado e flexível, mas nem todas as disciplinas têm outras disciplinas como pré-requisitos obrigatórios para serem cursadas.

Também percebemos, ainda no sentido da questão da integração dos saberes advindos das diversas disciplinas, que, na prática, irão compor a atividade do profissional, que houve uma preocupação com o aumento da carga horária nas disciplinas de clínica integrada no ano de 2011. Enquanto no ano de 1987, só havia um período da disciplina de clínica integrada com um total de 150 horas, respondendo por 3,4% da carga horária total do curso, em 2011 encontramos dois períodos reservados à disciplina sendo este responsável por 270 horas ou 6% da carga horária total do curso.

Outro fato observável é que, em 2011, dentre todas as disciplinas eletivas oferecidas não figura nenhuma voltada a ciências humanas e sociais. As disciplinas existentes são voltadas para o aprofundamento em disciplinas clínicas ou técnicas que já teriam sido cursadas, dentre as disciplinas obrigatórias, como odontopediatria, prótese, periodontia, patologia, anatomia dental, ortodontia, estomatologia e cirurgia. Ainda se vê, igualmente, a incorporação de disciplinas novas, de alta densidade tecnológica, como “Laser em odontologia”, e “implantodontia I e II”, e disciplinas voltadas a técnicas específicas como “instrumentação mecanizada com limas de níquel titânio” assim como subdivisões ligadas á linhas de cuidado como “saúde oral para adolescentes” e a incorporação de novas especialidades reconhecidas pelo CFO como, por exemplo, “odontogeriatrics”. Este dado demonstra uma correlação, por um lado associada à incorporação de novas abordagens advindas do contexto do maior desenvolvimento tecnológico e do conhecimento científico e por outro demonstra uma sintonia com o mercado de prestação de serviços privados, onde o

atendimento de alta complexidade clínica é mais bem remunerado.

É inquestionável o fato de que a indústria de insumos e equipamentos odontológicos movimenta, nacional e internacionalmente, cifras elevadas e, por certo, também é um fator de indução curricular. (Gutierrez, 2008; Bernardino Júnior, 2011).

Por outro lado, foi possível constatar que nas ementas da disciplina eletiva de odontopediatria III, em 2011, revelaram-se alguns conteúdos ligados à promoção da saúde, contudo com foco no grupo escolar (o que aproxima à práticas instituídas nos primórdios da odontologia social e preventiva) e análises relacionadas à situação de saúde da comunidade e prestação de serviços comunitários. Contudo não fica explicitado na ementa que estas aconteçam articuladas a serviços contidos no âmbito do sistema público estatal de saúde. No ano de 1987, por seu turno, havia a preocupação com programas de atendimento às comunidades e escolares na disciplina de atividades extramurais I, II e III, que eram cursadas no último período do curso.

Outro dado observado foi que, no primeiro período de formação no ano de 2011, distintamente de 1987, existe a presença da disciplina de bioestatística. De fato, pelo currículo mínimo estipulado pela Resolução CFE nº. 4/1982 esta matéria não se constituía numa disciplina obrigatória. No entanto, consideramos assinalar este achado da análise curricular posto que a inclusão desta disciplina, em 2011, vai ao encontro às recomendações contidas no escopo das DCNO uma vez que estas referem como uma competência específica aos egressos dos cursos de odontologia: “Art.5º: [...] IV - analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;”. E que:

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar: [...] (BRASIL, 2002, grifo nosso).

Esta correlação bioestatística-epidemiologia é evidenciada na declaração dos objetivos gerais explicitados na ementa da disciplina: “Objetivo Geral: Capacitar o aluno de odontologia a [sic] compreensão de Técnicas Estatísticas [sic] que serão utilizadas em Epidemiologia e Técnicas de Pesquisa [sic].”. Extrapolando estas considerações poderíamos considerar como possibilidade a intenção de vincular, de alguma forma, a tentativa de capacitar para uma futura associação pesquisa-ensino.

Contudo faz-se necessário pontuar que à epidemiologia não correspondem apenas conhecimentos matemáticos, mas uma visão dos problemas de saúde populacional sobre, inclusive, suas bases sociais. Nesse sentido ela pode se constituir numa ferramenta norteando

a seleção de disciplinas a compor a educação dos profissionais de saúde visando a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Esta assertiva converge com o que afirma Feuerwerker (2003, p. 26), ao discutir a formação dos profissionais de saúde a partir nas novas diretrizes curriculares para o ensino superior, assinalando que: “A educação profissional deve estar orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, de modo que a seleção de conteúdos essenciais deve ser feita com base em critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde.”

Desta forma, entendemos que uma abordagem que compreenda a importância de enfatizar os conhecimentos relativos ao campo da epidemiologia estará mais próxima a oferecer uma formação que propicie profissionais egressos mais aptos a contribuir para a operacionalização do SUS do que ao atendimento dos interesses do mercado privado voltado para a exploração do segmento clínico-reabilitador.

No entanto, tornamos a enfatizar que não cremos que basta a agregação de novos conteúdos, mas uma reformulação em todo processo de formação. A integração serviço-ensino, para além de utilizar-se do trabalho como princípio pedagógico, pode redimensionar o processo de educação profissional em saúde no campo odontológico, desde que as práticas sejam permeadas pela lógica da participação social e pelo princípio da integralidade como um eixo reestruturante do cuidado. Acreditamos, também, que sem uma integração da dimensão política envolvida na formação em saúde, dificilmente será possível se recuperar uma visão do trabalho (em saúde) enquanto um fundamento ontológico por parte dos profissionais formados.

A politização da formação dos profissionais em saúde, eventualmente, pode contribuir na resistência à precarização do trabalho em saúde e da privatização do setor promovida pelos segmentos neoliberais de nossa sociedade.

No segundo período de formação do currículo vigente em 2011, observamos a presença da disciplina de metodologia científica, fato este não observável no fluxograma de 1987. Neste particular, ao analisarmos o ementário da disciplina em voga, constatamos, dentre os conteúdos, a presença de alguns voltados para a pesquisa social, assim como a distinção de métodos empregados em ciências naturais e ciências sociais. Observamos também que esta disciplina acha-se subordinada ao departamento de ciências sociais.

Pensamos que este achado seja uma positividade posto que, potencialmente, é possível vislumbrar que, nem que seja na forma de um espaço para discussão, passa a existir a possibilidade de que sejam tensionados aspectos atinentes ao conhecimento científico no que

tange o fato deste, enquanto campo, ser, também, um local de embate político e luta por poder social (BOURDIEU, 1989). Igualmente, acreditamos que, em algum grau, se pode vislumbrar, nesta disciplina, um *locus* apropriado para se discutir aspectos críticos atinentes à hegemonia do modelo positivista de ciência.

Voltando-nos agora para o comportamento curricular frente às disciplinas que se aproximam mais das questões relacionadas à problemática da promoção da saúde iremos constatar que, com relação ao ano de 1987, a disciplina de odontologia social era ministrada em 150 horas-aula e correspondia a 3,5% da carga horária total do curso ao passo que, no ano de 2011, a disciplina de saúde bucal coletiva, ministrada em três períodos, compõe um total de 270 horas-aula e representa 6% da carga horária total do curso de odontologia. Somando-se, no currículo de 2011, as cargas horárias das disciplinas de saúde bucal coletiva, ciências sociais e psicologia, teremos, então, 390 horas-aula ou 8,6% da carga horária total do currículo vigente.

Baseados nos dados expostos acima foi possível observar um aumento relativo no número de horas-aula dedicados a disciplinas voltadas a aspectos sociais e humanísticos quando comparamos os anos de 1987 e 2011 porém, a discrepância em relação à totalidade das disciplinas técnicas e biológicas é marcante em ambos os currículos estudados, o que reforça a manutenção da formação centrada no modelo tradicional, biomédico.

No entanto, se compararmos os dois períodos considerados, entre si, nota-se um aumento de carga horária considerável no ano de 2011, relativo à saúde coletiva se comparado à odontologia social em 1987. Este fato parece denotar, neste caso particular, uma percepção de relevância diferenciada, que configura uma preocupação aumentada com este aspecto da formação profissional, entre os dois momentos estudados. Mais importante que isto é o fato do referencial teórico da saúde coletiva aproximar-se, epistemologicamente, mais do campo da promoção da saúde e, por conseguinte, da adoção de um conceito ampliado de saúde do que o fazia a disciplina de odontologia social a qual se aproximava mais de uma abordagem de caráter preventivista.

Segundo Narvai (2006b), a ruptura, do ponto de vista epistemológico, que a saúde bucal coletiva pretende, enquanto campo, realizar com a odontologia tradicional, ou seja, aquela dedicada ao exercício voltado ao mercado privado, tem como implicações a criação de uma *práxis* que possa ser capaz de romper com a hegemonia do modelo instituído. Para isso, faz-se necessário que o trabalho odontológico aconteça partindo das necessidades de todas as pessoas e que, de maneira contrária ao que faz a odontologia de mercado, abandone a

mercantilização dos serviços e o monopólio do acesso aos recursos apenas pelas elites populacionais. Há uma idéia de “desodontologizar” o campo da saúde bucal e assegurar a universalidade do acesso a todos os recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano. Igualmente, a saúde bucal coletiva integra o campo, mais amplo da saúde coletiva, ou seja, partilha com este campo o olhar peculiar sobre os processos de saúde doença e do setor saúde enquanto campo político.

Por sua vez, Narvai (1994, p. 70) assinala:

À expressão ‘saúde bucal’ acrescentou-se, durante os anos oitenta, no Brasil, o termo ‘coletiva’. Passou-se a falar, sobretudo no Estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento da *saúde coletiva*, em ‘saúde bucal coletiva’ e não numa possível ‘odontologia coletiva’. Isso não ocorreu por acaso, nem por razões fonéticas. Falar em ‘odontologia’ coletiva significaria ficar preso à noção de ‘odontologia’. E era exatamente isto que se procurava evitar. Mesmo reconhecendo o significado e 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 estreitos limites do meramente assistencial, vale dizer daquilo que normalmente é tido como ‘odontológico’. Por isso não poderia ser a mesma coisa falar em ‘odontologia coletiva’ ou ‘saúde bucal coletiva’ para afirmar uma prática sanitária que reivindicava origem distinta das ‘odontologias’ bem como outras articulações e compromissos.

A odontologia preventiva, como o próprio nome sugere, tem seu modo de atuação consoante aos princípios do preventivismo e, conforme já foi assinalado nesta dissertação, em vários momentos, esta vertente de pensamento na saúde é limitada para dar respostas aos problemas de saúde da população.

Esta forma peculiar de abordagem orienta-se pelo modelo biomédico e, freqüentemente, está centrada na modificação de comportamentos individuais e estilos de vida. Freqüentemente lança mão de métodos persuasivos para lidar com fatores considerados de risco para a saúde, não sendo infreqüente a culpabilização das vítimas pelo seu próprio adoecimento (STOTZ, 1993). A odontologia comunitária, por sua vez, seguiu os mesmos passos da medicina comunitária e teve na simplificação do cuidado uma expressão intensa, conforme assinalamos na parte deste trabalho que tratou da análise da legislação.

A disciplina de saúde bucal coletiva oferecida no currículo de 2011, a despeito da construção social que existe por trás do termo e das peculiaridades atribuídas ao seu olhar epistemológico específico, fica situada dentro do departamento de odontologia preventiva e comunitária. Entendemos este pequeno detalhe como um achado que expressa o percurso histórico de evolução da profissão, uma vez que as denominações expressam concepções diferenciadas com relação ao cuidado, ao processo saúde-doença e têm origens diversas.

Talvez estes aspectos colocados acima expliquem porque no ementário desta

disciplina coexistam conteúdos que privilegiam o conhecimento dos determinantes socioeconômicos do processo saúde-doença a conteúdos voltados ao preventivismo. Conforme se observa:

- Em saúde bucal coletiva I dentre os objetivos específicos encontramos: “ao final do curso o aluno deverá ser capaz de: - descrever os determinantes sócio-econômico-culturais da doença” [...]

-Em saúde bucal coletiva II: o objetivo geral aparece expresso em termos de prevenção: “Capacitar o aluno para a aplicação de metodologia preventiva clínica e educativa em clínica pública e privada”.

Observa-se também que coexistem conteúdos referentes à filosofia da promoção da saúde com conhecimento de níveis de prevenção, típicos da abordagem preventivista de Leavell e Clark (1965). Não vemos neste particular, necessariamente, um aspecto de limitação, uma vez que a uma abordagem coerente a um conceito ampliado de saúde não necessita de abrir mão da prevenção, contudo não se limita a ela. De forma que as práticas não são excludentes, ressalvadas as limitações já explicitadas às abordagens preventivas restritas.

Outro ponto interessante, ainda em relação ao currículo analisado em 2011, é que na ementa desta disciplina do 8º período, ou seja, saúde bucal coletiva III, aparece uma nítida preocupação em incluir-se abordagens a aspectos legais do exercício profissional coexistindo com conteúdos para racionalização do trabalho odontológico e aspectos de administração de consultórios. Interpretamos que este fato se dê como um caráter compensatório posto que no fluxograma do curso não conste a disciplina de odontologia legal ou a de deontologia odontológica, seara onde estes tipos de abordagens seriam mais apropriadas. Também há nisto um aspecto de historicidade, uma vez que, antes do reconhecimento da odontologia legal, enquanto especialidade, esta era ensinada, tradicionalmente, junto às disciplinas de odontologia social.

Contudo, o aspecto mais interessante relativo às disciplinas de saúde coletiva diz respeito ao fato do Sistema Único de Saúde aparecer como tema de estudo, fato constatado pelo cronograma das disciplinas que foi observado em conjunto com as ementas. Consideramos isto uma característica importante, uma vez que a história do Movimento da Saúde Coletiva acha-se atrelada à história da conquista da criação de um sistema universal estatal de saúde em nosso país. Encontramos, na verdade, um conjunto de conteúdos que refletem aspectos de prevenção, promoção da saúde e políticas de saúde. Acreditamos que um conhecimento mais aprofundado sobre as bases sobre as quais repousa o sistema de saúde

pública brasileiro deveria ser intensamente explorado nessas disciplinas. Obviamente que isto é proposto, mas não em detrimento dos demais aspectos envolvidos no ensino desta área como aplicações epidemiológicas em programas de atenção em saúde bucal, por exemplo.

Por sua vez, no ementário do ano de 1987, no que tange as disciplinas de odontologia social I e II, que eram ministradas no 2º e 4º períodos, respectivamente, se percebe uma preocupação com o ensino da prevenção, fato este que está de acordo com a revisão de literatura desta dissertação, e, igualmente, são listados conteúdos nas ementas que se referem, de fato, à especialidade que, atualmente, é denominada de odontologia legal.

É interessante que existia na disciplina de odontologia social ministrada no segundo período do ano de 1987, a preocupação em se assinalar o ensino da odontologia sanitária e falar-se sobre as Conferências Nacionais de Saúde, lembrando que, realmente, a convocação para estas conferências antecede a criação do SUS, contudo, convém lembrar que, apenas a partir dele é que assumem o papel institucionalizado na gestão social do sistema de saúde, conforme foi exposto antes, pela Lei n. 8142/1990.

Por sua vez, o termo ‘odontologia sanitária’, segundo Narvai (1994), foi popularizado, especialmente, na década de 1960, a partir da obra de Mario Chaves, que identificava neste tipo de atuação, como núcleo central, o atendimento à comunidade. Era tida como uma especialidade dentro do campo da saúde pública e com o tempo transformou-se no que ficou conhecido como odontologia social. A principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi o denominado sistema incremental.

A perspectiva de formação envolvendo a odontologia sanitária e a odontologia comunitária tinha aspectos peculiares na maneira em que eram vistas pela classe odontológica. Sobre este aspecto, Queiroz (2006, p. 159) escreve:

Nas unidades de ensino, a assistência à saúde a partir da concepção da medicina comunitária, na área médica, e da odontologia simplificada, na odontologia, ficava limitada aos departamentos de saúde pública ou odontologia sanitária. O restante da formação do aluno era feito na ótica da prática hegemônica. As práticas alternativas eram vistas como uma atuação sem prestígio, sem retorno financeiro. Para os profissionais de saúde, essa perspectiva significava, e ainda significa, abrir mão de uma profissão liberal para se tornar um funcionário público ou um médico ou dentista de ‘postinho de saúde’. O embate entre os dois projetos de profissão em disputa sempre foi um obstáculo para a adoção de experiências visando à inovação do ensino na área de saúde. Vale ressaltar que o entendimento de renovação do ensino sempre esteve na dependência dos critérios estabelecidos para os projetos a serem financiados.

Desta maneira, podemos depreender que até mesmo a forma como a classe dos cirurgiões-dentistas se percebe enquanto categoria profissional tende a influenciar as

concepções curriculares da profissão.

Moysés (2004) relatou este aspecto quando assinalou que a maioria dos cirurgiões-dentistas, baseando-se em pesquisas de entidades de classe, ainda se vê como profissionais liberais, a despeito do alto índice de assalariamento direto e indireto apresentado pela categoria, na atualidade. Este fato ilustra como a cultura profissional arraigada pode significar uma área de resistência às mudanças curriculares que são preconizadas em nível de legislação para a área da saúde bucal. Raciocínio semelhante podemos ter quanto à dificuldade de serem abandonados modelos tradicionais de ensino baseados no tecnicismo.

A noção de ensino tecnicista nasceu praticamente junto com o emprego mais generalizado do termo currículo, no sentido em que foi proposto por Bobbitt, em 1918 (SILVA, 2011). E foi a noção predominante no campo curricular no Brasil durante várias décadas, só sendo mais fortemente questionado a partir das teorias críticas de currículo da década de 1980.

Desta forma, conforme enfatizamos no capítulo sobre currículo, a vertente tecnicista deste considera, basicamente, a aplicação dos conhecimentos adquiridos para atender o sistema produtivo vigente, de forma pragmática. Considerando, o modelo hegemônico de atuação no campo da saúde bucal, ou seja, uma odontologia fortemente voltada ao mercado privado, no sentido da produção de serviços assistenciais curativos, a concepção hegemônica, historicamente, de educação odontológica fica plenamente contemplada por esta forma de pensamento curricular. Também corrobora para afirmarmos o viés tecnicista da educação tradicional, no campo da odontologia, o fato da supervalorização da produtividade profissional, relacionada à execução de unidades de tratamento clínico-restauradores, como forma de avaliação de “bom desempenho”. Lógica esta muitas vezes transposta aos serviços estatais de saúde bucal e apropriada para a geração de indicadores de desempenho e alcance de metas dos serviços.

Parece lícito, então, deduzirmos que, a despeito da ampliação preconizada, em várias legislações estudadas, ainda não houve, de fato, uma ruptura com este modelo formativo. Recorrendo, então, às teorias críticas do currículo consideramos que seja interessante questionar por que privilegiar uns conhecimentos em detrimento de outros, ou seja, quem diz o que é importante estudar ou a que interesses atende este tipo de formação?

Novamente reiteramos que a correlação de forças entre os diversos segmentos sociais com interesses representados nesta área é que irão determinar esta resposta. Como demonstramos, anteriormente, há um embate entre interesses de mercado e interesses

vinculados à idéia de uma saúde (bucal) integral e universal que irão se expressar na materialidade. Obviamente que outros fatores também têm inflexão sobre os currículos odontológicos, conforme já foi explicitado, mas não podemos olhar para esta área como um campo neutro e desinteressado. (MOREIRA; SILVA, 2001)

De retorno aos currículos em análise veremos que, no terceiro período do curso, do ano de 2011, verificamos a presença da disciplina de Psicologia da Conduta Normal e Patológica diferentemente do que ocorria em 1987, onde esta disciplina não era contemplada pelo currículo vigente à época. A ementa desta disciplina anuncia como um de seus objetivos específicos: “Capacitar os estudantes em relação à conduta dos indivíduos e suas reações como medo, ansiedade, tensão quando do tratamento odontológico.” Apesar do caráter, aparentemente, comportamentalista deste tipo de abordagem, este achado revela uma preocupação com o processo de cuidado em odontologia estendendo-se para além do plano biológico. Ou seja, está sendo levado em consideração que aspectos da subjetividade humana se refletem tanto no processo saúde-doença-atenção quanto na atuação prática do odontólogo. Ainda que este fato, isoladamente, não permita um entendimento de que se adotou um conceito ampliado de saúde, no sentido expresso pelo campo da promoção da saúde, literalmente, por este currículo ele, ao menos, denota uma preocupação com uma abordagem para além da biologia.

No entanto, de forma semelhante ao que se observou em relação às ciências sociais, constitui-se numa abordagem limitada a uma única disciplina de 60 horas. Novamente surge a questão da fragmentação curricular e da necessidade da transdisciplinaridade para atenuá-la. Igualmente, conforme discutimos no capítulo sobre currículo, é necessário se pensar, quando das formulações curriculares, sobre que tipo de conhecimento é preferido e por que motivo. O que queremos dizer é que se o que se deseja é formar um profissional com características humanísticas, conforme preconizado pelas DCNO, talvez as disciplinas que se relacionam a estas características devessem ter um lugar mais enfático na educação profissional.

O que a concretude relativa aos currículos estudados demonstrou foi uma preponderância das disciplinas voltadas aos aspectos biológicos, clínicos e técnicos da profissão. Este achado não deixa de ser compatível com as DCNO posto que estas reconhecem a importância de que não se abandone ou negligencie os aspectos formativos que preparam para a atenção curativa e fornecem as bases biológicas do cuidado em saúde bucal conforme podemos observar:

Art. 6º[...]

III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:

- a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;
- b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e
- c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.” (BRASIL, 2002)

Nesse sentido foi possível observar que o currículo vigente em 2011, quanto às recomendações das DCNO (2002), atende plenamente às proposições acima e, como foi possível constatar, pela comparação das ementas do currículo vigente em 2011 com as ementas do ano de 1987, houve a incorporação frente aos aspectos evolutivos de técnicas e conhecimentos científicos por diversas disciplinas, sobejamente aquelas ligadas à clínica. Por sua vez, houve a manutenção de uma sólida formação nas disciplinas básicas como biologia celular, fisiologia, bioquímica, farmacologia, genética e anatomia geral e dental, não tendo sido percebidas mudanças significativas em relação aos dois currículos analisados quanto a conteúdos e cargas horárias.

Igualmente, foi possível perceber que algumas disciplinas que eram ministradas em apenas um semestre letivo passaram a ser ensinadas em vários períodos. Foi o caso da disciplina de materiais dentários que era ensinada, em 1987, no 3º período em 120 horas-aula e passou a ser ministrada, em 2011, no 2º, 3º e 5º períodos. Contudo, a carga horária somada nos três períodos era igual a do currículo de 1987. Nesta disciplina também foi possível perceber a incorporação de conteúdos relacionados à evolução do conhecimento científico e das técnicas odontológicas como, por exemplo, em materiais dentários III onde figuram no rol de conteúdos assuntos atuais como materiais para restaurações do tipo *inlay* e *onlay* executadas em resinas compostas. Igualmente, a disciplina de prótese removível que era ministrada em um período, passou a sê-lo em dois.

De maneira análoga ao que explicitamos em relação às disciplinas de materiais dentários e dentística, somente para exemplificar o que estamos falando, poderemos verificar na área de periodontia e de prótese a emergente valorização de conteúdos ligados à implantodontia como um sinal de incorporação tecnológica atual.

Este achado encontra-se em consonância com o que assinala Gutierrez (2008, p. 132) sobre a evolução científica, e acerca do desenvolvimento tecnológico e novos enfoques disciplinares:

A classe odontológica tem experimentado os benefícios dos avanços da ciência e da tecnologia especialmente na área de implantodontia, que muitos entendem tratar-se de uma especialidade, mas em função de sua importância na odontologia moderna pode ser considerado item obrigatório que deve contemplar os currículos modernos de odontologia.

O aspecto de criação de novas disciplinas ou novas divisões das disciplinas já existentes, a nosso ver, é explicável, em parte, pelos fatores que pontuamos como agregação tecnológica crescente e aumento do conhecimento especializado. Porém, entendemos que este fato acabe por acentuar o caráter de fragmentação que existe no âmbito da educação odontológica. Também cumpre uma função mercadológica, pois com a inclusão de disciplinas e especialidades, que envolvem uma alta densidade tecnológica, também se movimenta o comércio dos dispositivos e materiais necessários para a aplicação das novas tecnologias. Cabe indagar se a teleologia associada a este tipo de currículo não é, de fato, quem acaba por imprimir esta direção ao mesmo.

A inclusão destas especialidades “de ponta” no currículo também se afigura como um diferencial que as instituições de ensino superior encontram, especialmente as de caráter privado, para valorizar seus cursos, diante de um mercado educacional altamente competitivo, que também foi fortemente privatizado devido às reformas que se iniciaram no governo FHC e seguem até o momento.

Desta forma, fica patente a necessidade de refletirmos se será investindo neste modelo de formação, que privilegia a atenção focada em padrões da prática privada e liberal, que teremos os problemas de saúde bucal de nossa população sanados.

Segundo o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Bucal:

Não obstante vários estudos analíticos apontarem para um diagnóstico de alienação perniciosa do ensino odontológico na formação de recursos humanos em saúde bucal, muito pouco tem sido feito para a transformação dessa realidade.

Constatam-se inadequadas fragmentação e desarticulação entre as instituições públicas e particulares, inclusive as escolas de aperfeiçoamento profissional mantidas por entidades odontológicas, em relação às instituições de formação e prestação de serviços vinculadas ao SUS.

É estratégico superar esse distanciamento e buscar a potencialização de recursos e esforços, tanto na educação permanente do pessoal de nível universitário quanto na formação de profissionais de nível médio na área odontológica. Tal aproximação é decisiva para o desenvolvimento das equipes de saúde bucal, pois possibilita o intercâmbio entre os serviços de saúde, as universidades e as escolas de ensino superior, cumprindo o estabelecido na Lei n.º 8.080/90, que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde promoverem, de maneira articulada, as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população.” (BRASIL, 2005, p. 56-57)

Gutierrez (2008) reconhece como fatores determinantes do currículo história, ideologia, avaliação, tempo, interesses de grupos profissionais, interesses religiosos e étnicos, e no caso específico da odontologia, pressões políticas, organismos internacionais e grupos profissionais.

Acreditamos que além dos fatores listados por ela poderíamos francamente incluir fatores culturais, políticos, os interesses de grupos econômicos, fatores mercadológicos como oferta de emprego, mercantilização do ensino, remuneração profissional no mercado de trabalho e tendência de consumo, dentre alguns.

É importante reafirmar que, de fato, o desenvolvimento científico e tecnológico constitui-se num dos fatores que apresentam inflexão sobre os currículos na área de saúde, e, na odontologia, isto não é uma exceção. Muito pelo contrário trata-se de um setor com uma velocidade de agregação tecnológica muito intensa.

Em função deste aspecto, Bernardino Júnior (2011, p. 43) pontua que:

A grande quantidade de conteúdos a serem ministrados, que vão a cada dia aumentando com as novidades advindas de pesquisas, novos equipamentos e tecnologia de ponta, não cabem na carga horária que os cursos possuem. Com a dificuldade que os docentes apresentam para selecionar os conteúdos a serem ofertados devido ao distanciamento que existe entre a visão/noção das necessidades sociais e o interesse em se apresentar técnicas, produtos e pesquisas inovadoras, conteúdo e tempo disponíveis tornam-se incompatíveis.

No entanto, não estamos querendo dizer com isso que a tecnologia seja má. Os motivos para a sua utilização e sua relação custo-benefício é que têm que ser bem pensados. Da mesma forma, entendemos que investir na atenção básica em saúde bucal visa estender a cobertura populacional à assistência de baixa complexidade, e não, ofertar assistência de baixa qualidade. Igualmente reconhecemos que é vital que todo cidadão em território brasileiro tenha acesso, se preciso, aos níveis de média e alta complexidade de atenção, ou seja, que sejam contemplados na direção da integralidade da atenção em saúde bucal.

Nossa posição é que o ensino na área da odontologia não pode se dar afastado da realidade dos serviços de saúde do SUS e das reais necessidades de saúde da população brasileira. Para tal é mais importante privilegiar uma sólida formação epidemiológica além de contemplar aspectos da gestão e de políticas públicas de saúde do que, simplesmente, preparar para a atuação clínica. Preparar o futuro profissional para analisar, criticamente, o custo benefício da incorporação de novas tecnologias poderá se refletir, diminuindo uma agregação acrítica das mesmas, o que, obviamente, tem reflexos econômicos sobre as práticas. Em muitos casos a incorporação tecnológica atende mais a interesses econômicos de empresas e mercado do que propriamente a critérios científicos

Então, em resumo, o que verificamos nesta análise curricular particular é a expressão de uma tensão entre o que é proposto nas DCNO, ou seja, a formação de um profissional com características humanísticas e reflexivas e as pressões advindas de um complexo mercado que envolve desde a prestação de serviços privados até uma forte indústria de equipamentos

odontológicos e medicamentos. Aliado a este fato está uma histórica tradição de ensino centrada num modelo flexneriano/giesiano e um currículo eminentemente tecnicista.

Contudo, o SUS, que foi erigido sobre uma concepção ampliada do processo saúde-doença-atenção e de princípios advindos do campo da promoção da saúde como a integralidade do cuidado e a intersetorialidade, também tem suas inflexões sobre o currículo, ainda que de forma tímida se comparado aos aspectos biotecnológicos e clínicos da profissão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da apreciação dos resultados analíticos referentes ao conjunto dos documentos pesquisados neste estudo, e da revisão de literatura efetuada, foi possível identificar que, ao menos no plano legal-prescritivo e teórico-conceitual, principalmente a partir da década de 1980, o setor saúde, como um todo, e em específico no que se refere à saúde bucal, no Brasil, em sua totalidade, vem sendo exposto a propostas de mudanças de referenciais que apontam na direção de uma transição conceitual tanto no campo da atenção à saúde quanto no campo da educação profissional em saúde.

No campo da atenção à saúde, volta-se para um conceito ampliado de saúde e para a concepção ampliada de promoção da saúde que acaba por ancorar o processo da atenção sob o eixo da integralidade. Enquanto isso, no campo da educação profissional em saúde, passam a ser questionados os modelos de formação centrados, exclusivamente, na clínica e na biologia, compatíveis com o referencial flexneriano e giesiano. Igualmente, questionam-se as metodologias ensino-aprendizagem embasadas no tecnicismo em prol da valorização da aprendizagem centrada em metodologias ativas. Na seara da educação em saúde, o embate acaba por se dar com a tentativa de promover-se a educação popular ao invés de cristalizar as práticas autoritárias, medicalizantes e do preventivismo. De fato, como foi evidenciado, na revisão de literatura, trata-se de uma disputa de concepções em busca por hegemonia numa sociedade cindida por classes sociais e interesses antagônicos.

A inclusão da saúde como direito de cidadania, pela Constituição Federal de 1988, e a criação de um sistema universal de saúde, de certa forma, forçaram que a odontologia, ainda que a passos muito lentos e de forma retardatária, venha a se confrontar com uma realidade epidemiológica nefasta no campo da saúde bucal, que foi, historicamente, negligenciada pelos governos e, até certo ponto, pela categoria profissional e aparelhos formadores, que se voltavam, primordialmente, ao preparo para o exercício privado e liberal. Basta observar que a criação do SUS aconteceu em 1990 e, somente em 2004, é que foram lançadas as DPNSB quando, desde 1979, já se contava com uma Política Nacional de Saúde Bucal. Por sua vez, o Programa de Saúde da Família só veio a incluir equipes de saúde bucal a partir do ano 2000. Ou seja, a trajetória do setor da saúde bucal se deu de forma quase que “descolada” do SUS, por assim dizer.

Apesar de se referir que no Movimento pela Reforma Sanitária também esteve representado o setor odontológico, mais expressivamente pelo MBRO. (SERRA, 1998)

Com tudo isto, epidemiologicamente, já vemos alguns sinais positivos frente a incorporação da saúde bucal nas estratégias de operacionalização do SUS, como a inclusão de equipes de saúde bucal na ESF e a criação dos Centros de Especialidade Odontológica, para atenção de média complexidade, mas ainda persistem níveis elevados de doença bucal coexistindo com uma polarização das doenças nas faixas populacionais de menor poder aquisitivo. Igualmente, ainda é comum transferir-se para o interior do SUS, pelos profissionais, um desempenho consoante a uma atuação de clínica privada centrada na reabilitação.

Não se pode cair no equívoco de, apenas, estender a cobertura da atenção em saúde bucal a níveis populacionais crescentes sem que seja questionada a concepção de atenção e, por conseguinte, a concepção de saúde contida nesta. Nesse sentido, não se deve perder a oportunidade de que os cirurgiões-dentistas alcancem, em sua atuação junto à população, patamares de inserção que estimulem as práticas reflexivas e o agir político para transformação social em direção a um projeto societário mais humano.

Constatamos que as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências de Saúde Bucal, assim como as demandas sociais por inclusão, parecem ter sido fundamentais no processo histórico que vem se desenrolando no que tange à formação e ao papel dos profissionais de saúde ligados à área da saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal, que também é fruto desse processo, parece estar tendo papel relevante, porém não exclusivo, em aspectos da indução à formação profissional voltada à reorientação da atenção nos moldes da Estratégia de Saúde da Família e pela criação de vários postos de emprego na área de saúde bucal e para aspectos qualitativos da formação desta mão-de-obra.

Muito embora ainda persista, na maior parte da classe odontológica, a autopercepção de que o cirurgião-dentista é um profissional liberal, a realidade que hoje se afigura é que o SUS representa o grande empregador da mão-de-obra destes profissionais. Assim sendo, o que constatamos é uma disparidade entre a teleologia que permeia o currículo odontológico, hegemonicamente, posto que forma (ainda) profissionais com um referencial teórico-analítico pobre sobre políticas públicas de saúde e com foco no exercício privado da profissão. Torna-se, então, mais difícil para estes inserirem-se e adequarem-se às exigências para a operacionalização do Sistema Único de Saúde que, efetivamente, será a esfera de atuação de boa parte desses profissionais formados na atual conjuntura do mercado de trabalho no campo da odontologia.

Para além destas questões do mercado de trabalho, está algo que, em essência, nos

parece mais grave que é a preparação do egresso para uma atuação descolada da realidade socioeconômica e epidemiológica da população. Quando perguntamos “que profissional forma (ou conforma) a organização curricular vigente?” a resposta freqüentemente incidirá em termos de um profissional extremamente hábil cirurgicamente e coadunado às técnicas e tecnologias mais modernas no âmbito da biomedicina, ou seja, preparado para prestar atenção individual e clínica com requintes de sofisticação na esfera da reabilitação. Por sua vez, quando se considera, especificamente, a questão da promoção da saúde, o aspecto que sobressai nas práticas de atenção e de formação profissional ainda é o da abordagem que se encontra atrelada a um viés behaviorista a qual a aproxima mais de um enfoque preventivista.

Portanto, a despeito da reestruturação curricular preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (DCNO), em 2002, não nos foi possível observar, por parte da organização curricular para odontologia, uma relevância substancial dada às questões associadas ao Sistema Único de Saúde, à promoção da saúde ou mesmo à saúde coletiva. Um aspecto que ficou evidenciado com este estudo é que a formação do cirurgião-dentista ainda é centrada, hegemonicamente, num modelo de ensino que valoriza uma proposta de atenção à saúde centrada em aspectos individuais e biológicos relacionados ao adoecimento.

Este fato nos sugere que a formação da maioria dos profissionais de saúde, marcadamente flexneriana e centrada no modelo biomédico, necessita ser repensada caso queiramos superar os limites à implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde em sua plenitude e em consonância com um modo de perceber a saúde para além da mera ausência de doença física compatível com os preceitos advindos dos campos da promoção da saúde e da saúde coletiva.

Afirmamos isto baseando-nos nas fontes consultadas, que apontam para uma predominância incontestada das matérias de natureza biotecnológica na composição dos currículos da área de odontologia. Ainda nesta direção, contudo, sem a pretensão de extrapolar conclusões generalizantes a partir do que se colocará, mas tão-somente a título de exemplificação, nos currículos estudados foi possível perceber esta discrepância numérica entre as disciplinas que se relacionam às questões de saúde coletiva e políticas públicas de saúde quando comparadas àquelas do escopo biotecnológico.

Tornamos a enfatizar que a formação e o aprimoramento profissional técnico-científico, no escopo biotecnológico, deve ser buscado pelos currículos odontológicos. O que não se pode perder de vista é que uma formação que privilegie apenas este aspecto é uma

formação insuficiente e não atende aos requisitos da integralidade que o cuidado em saúde requer e, além disso, é pouco eficiente em contribuir para que o SUS venha a incorporar o campo da saúde bucal em toda sua plenitude. Igualmente importante é que se enfatizem aspectos da formação que permitam ao estudante de odontologia desenvolver sua consciência crítica e que possibilitem a aquisição de referenciais analíticos para atuar ativamente no campo das políticas públicas de saúde.

Nesta direção se afiguram como essenciais os conhecimentos de epidemiologia, de políticas de saúde e legislação de saúde, além de que o próprio sistema de saúde, em suas bases organizativas, técnicas, administrativas, legais e políticas venha a ser exaustivamente enfatizado na formação. Quanto ao desenvolvimento do senso crítico, nos parece que investir mais nos aspectos formativos ligados às ciências humanas e sociais e no aumento da real integração à comunidade, permitindo que o controle social se instale, de fato, nas discussões acerca da saúde e seu ensino parece um caminho lícito para que este objetivo seja alcançado.

No entanto, como explicitamos na discussão curricular, não acreditamos que basta que se incluam disciplinas e conteúdos. A formação integrada, além dos conteúdos, à comunidade e à cenários reais dos serviços, associando-se à solução dos problemas concretos vividos pela população, ao conhecimento científico, à pesquisa e à participação e integração com a população sinalizam um caminho potencialmente interessante para se resgatar o caráter humanístico da formação do cirurgião-dentista posto que permitiria uma abordagem que não descola o indivíduo-paciente-usuário e, a prática odontológica, de sua natureza social e coletiva.

Apesar destes aspectos expostos, não podemos deixar de assinalar que se constatou considerável ampliação nas indicações para elaboração curricular advindas das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, evidenciadas pelo perfil traçado para o egresso dos cursos de odontologia. Igualmente, foi possível identificar a adoção de um conceito ampliado de saúde tanto pelas DCNO quanto pelas DPNSB. Então, sob este aspecto, consideramos que houve um substancial avanço no plano legal relativo à forma de se conceber a formação dos cirurgiões-dentistas, principalmente, se compararmos com as legislações anteriores que estipulavam um currículo mínimo para a profissão.

Contudo, o núcleo duro da formação foi praticamente mantido ou, no caso específico estudado, até aumentado em quantidade e densidade.

Por isso, torna-se óbvio que, para que as modificações curriculares propostas nas DCNO e aquelas consoantes com as DPNSB, com a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde, enfim, com o SUS venham a acontecer, é preciso mais do que se avançar, apenas, no plano dos dispositivos legais, como os dispositivos constitucionais, as DCNO ou mesmo as DPNSB. Este aspecto ficou demonstrado pela necessidade de edição de diversos documentos legais com finalidades semelhantes em curtos espaços de tempo. Ressalte-se que após a edição das DCNO, em 2002, houve em 2005, a edição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Este achado aponta para uma disparidade entre o que é proposto e o que é efetivamente expressado em termos de materialidade, ou de um descompasso, no que se refere aos tempos de edição de políticas de ensino e mudanças na atenção à saúde. Este aspecto também revela que as práticas têm características históricas e não podem ser modificadas sem que sejam considerados seus determinantes sociais sob o risco de se agir aprioristicamente.

Levando isto em consideração é possível compreender porque, então, umas leis “pegam” e outras não? Parece-nos lícito inferir, apoiados numa concepção ampliada de Estado, que são os atores sociais individuais e coletivos (institucionais) que contribuem sobejamente para que este aspecto aconteça. Por isso, é preciso que haja a plena consciência por parte da categoria dos cirurgiões-dentistas, assim como das demais profissões de saúde, que a saúde não pode ser tratada como uma mercadoria e, sim, como um direito, não só de cidadania, mas inerente ao ser humano.

Isto se afigura como um grande desafio posto que estes profissionais não existam fora da sociedade. Vivemos num sistema capitalista que converte tudo em mercadoria, até a vida, e hoje, na sociedade brasileira neoliberal fica evidente a geração de uma sociabilidade que converge com esta mercantilização. Daí expõe-se um limite importante dos currículos, da educação profissional em saúde, das estratégias da promoção da saúde e do papel dos profissionais associados a elas: será possível resolver as iniquidades sociais em saúde sem que seja repensado nosso modelo societário atual e nosso modo de produção da vida?

Neste estudo ficou caracterizado que os documentos com inflexão legal sobre os currículos odontológicos como, dentre outros, a CF, as leis orgânicas da saúde, a LDB, as DCNO e as DPNSB representam apenas elos no complexo campo político que se afigurou a educação profissional em saúde de nível superior.

Contudo, levando em consideração os aspectos de legitimidade e legalidade de que se revestem estes documentos, podemos inferir que se deu um passo importante rumo à transformação da formação dos cirurgiões-dentistas pela adoção de uma concepção ampliada de saúde, e que a relaciona a um direito de cidadania, por parte destes documentos. Porém

para que, efetivamente, as modificações se concretizem será necessário o agir político constante para a superação da condição hegemônica em direção a uma verdadeira reforma social. O resgate da politização do ensino superior na área de saúde é essencial para que se resgate, também, o fato, ora pouco valorizado nos meios acadêmicos, de que o SUS representa uma conquista para toda a sociedade brasileira, mas só atingirá os patamares propostos na legislação se, dentre outros aspectos, os interesses ligados aos interesses privatizantes e neoliberais sejam superados.

Nesse sentido, sugerimos que a realização de mais estudos sobre a forma como o ensino odontológico, e os currículos da área da saúde bucal, vêm sendo efetivamente concretizados podem colaborar trazendo informações e reflexões para que os limites expostos acima sejam superados. Aspectos como a docência em odontologia, a inserção do cirurgião-dentista no SUS e a avaliação de experiências curriculares alternativas em curso são alguns exemplos de assuntos que merecem ser abordados em profundidade, que foram tocados, mas não foram objetos principais deste trabalho. Igualmente, pelo que inferimos, se afigura fundamental estudar o currículo oculto em odontologia, o que não foi possível nesta dissertação, dada à limitação do tempo de que se dispunha para realizar um trabalho de campo e finalizar esta pesquisa em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C.G. Reflexões sobre os desafios da Odontologia no Sistema único de Saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar. 2010.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 121, p. 2234-2249, dez. 2010.

ANDRADE, E.N.; ANDRADE, E.O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, n.18 (1), p. 61-74, 2010.

BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009. p . 357-364.

BARTOLE, M.C.S. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal**. 2006.130f. Dissertação (mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p. 121-155.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1.300/2001** – Homologado Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25, 2001a .

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Resolução n.º 04, de 03 de setembro de 1982**. Publicado no DOU DE 16 Dde setembro de 1982.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/SES de 03 de Fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de Março de 2002. Seção1, p.10

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos** Brasília: CONASS, 2009, 282 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3a edição, volume 7.(Série pactos pela saúde) Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.16p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Parecer n. 583 de 04 de abril de 2001**. Publicado no Diário Oficial da União de 29/10/2001, 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação**

Profissional Técnica de Nível Médio em Debate. Brasília: SEMTEC/MEC, dez. 2010 b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Editora Manole, 3. ed, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. **Portaria Interministerial 2001 de 03 de Novembro de 2005.** Publicada no Diário Oficial da União n. 212, Seção I, Página 111, de 04 de novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Parecer n. 776 de 1997. Aprovado em 03 dez. 1997. Disponível em: <
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9394 de 20 de dezembro de 1996.** Publicada no Diário Oficial da União de 23/12/1996.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal n. 8080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, Diário Oficial da União de 20/09/1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal n. 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, Diário Oficial da União de 31/12/1990.

BRASIL. Ministério da Saúde **Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2005,148 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Série Pactos Pela Saúde, 2006a, 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n.15, supl.2, p.177-185, 1999.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n.5(1), p.163-171, 2000.

_____. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde:** Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

_____. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.e FREITAS, C.M.(org.) **Promoção da Saúde:** Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p.19-42.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS:**

Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 183p.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N., O Processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E.M. **A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde**. SP: Editora Hucitec, 2001. (capítulo 4).

CASOTTI, E.; RIBEIRO, V.M.B.; GOUVÊA, M. V. Educação em odontologia no Brasil: produção de conhecimento no período 1995-2006. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 999-1010, out. /dez. 2009.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In CAMPOS, G.W.S et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p.149-182. 2006 (Saúde em debate, 170).

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia se fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKWER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.14, v.1, p.41- 65, 2004.

CONDE, D.L.G. Currículo escolar e subjetividade. In: MACIEL, I.M. **Psicologia e Educação: novos caminhos para formação**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001, p.157-176.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n.50, p.53-64, dez. 1995/ mar. 1996.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.A; SILVESTRE, R.M. . **Política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.15, v.4, p.701-709, 1999.

DIAS, E. B. **Revista escola nova (1930-1931): um estudo sobre o tecnicismo e educação**. Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”- Campus de Araraquara- Faculdade de Ciências e Letras, 2007, 20 p.

Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada7/_GT1%20PDF/REVISTA%20ESCOLA%20NOVA%20_1930-1931_%20UM%20ESTUDO%20SOBRE%20O%20TECNICISMO%20E.pdf>.

Acesso em: 26 jul. 2011.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: duas cidades, 1976.

DUBAR, C. A Sociologia do Trabalho frente à qualificação e à competência. **Educação e sociedade**, Campinas, ano 19, n. 64 (ed. Esp.), set. 1998.

FERRAZ, S.T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n.32, p.49-60, 1998.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde?. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R. e MARCONDES, W.B. **Promoção da saúde para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CIDA/FINEP/FIOCRUZ, 2002. p. 14-37.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, n. 3, v. 1, p. 24-27, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FEUERWERKER, L.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface: comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n.10, p. 37-50, fev. 2002.

FLEURI, R. M. **Um percurso de cooperação educativa intercultural: a experiência de Casa Laboratório como decolagem para uma abordagem metodológica da educação popular** In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 26., 2003, Poços de caldas. **Anais eletrônicos...** Poços de caldas, 2003. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/26/outrostextos/mc06reinaldomatiasfleuri.doc>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **RAC**, Curitiba, 2001, p. 183-196. Edição Especial

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 16. ed., Rio de Janeiro: editora paz e terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 36. ed. Rio de Janeiro: editora paz e terra,. 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1999.

FRIGOTTO, G. **A produtividade da escola improdutiva**. 2 ed. São Paulo: Cortez/Editores Associados, 1984.

GIDDENS, Anthony. **A terceira via**: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOMES, M.L. A saúde e o estado brasileiro: uma abordagem histórica; subsídios para a compreensão da Política Nacional de Promoção da Saúde. In: Anais do III Seminário dos projetos integrados UFF-UERJ-EPSJV/Fiocruz. **O Tempo do Capital e do Trabalho no Brasil de 2008**: entre o pré-sal e a crise globalizada Editora EPSJV. Rio de Janeiro, p. 221-232, 2008.

GUTIERREZ, D. D.D. **Esferas de influência nos currículos das faculdades de odontologia das universidades públicas do estado de são paulo**. 221 f, 2007. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo, 2008.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: FERRETI, C. J. et al. **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. Petrópolis: vozes, 1994. p. 128-141.

HURTADO, C.N. **A educação popular**: conceito que se define na práxis. 1993. Rede de Educação Popular em Saúde/Varal de Textos. Disponível em: <<http://www.redepopsaude/concepraxis.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2004.

LIMA, J. C. F. Neoliberalismo e formação profissional em saúde. **Trabalho necessário**, Ano 5, n.5, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN5%20JFLima.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

LIMA, J.C.F. **Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem**. 2010, 456f. Tese de doutorado. Centro de Educação e Humanidades, Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

LÖWY, M. **Método dialético e teoria política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 4. ed., 1989. 144p.

MARTINS, A. **A direita para o social**: a educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2009.

MENDONÇA, S.R. Estado e políticas públicas: considerações político-conceituais. **Revista Outros Tempos**, Maranhão, v. 1, esp., p.1-12, 2007.

MINAYO, M.C.S.. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003, 80p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 406p.

MITRE, S.M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

MONTEIRO, O. Entrevista concedida a Beatriz Salomão. **Revista RETSUS**, Rio de Janeiro, ano v, n. 46, p.11-13, ago. 2011.

- MOREIRA, A.F. B. A crise da teoria curricular crítica. In: COSTA, M. V. **O currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A: Rio de Janeiro, 1999. p.11-36.
- MOREIRA, A.F.B.; SILVA, T.T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A.F.B.; SILVA, T.T. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 2001. p.7-92.
- MITRE, S.M. et al Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.13, sup. 2, p.2133-2144, 2008.
- MOYSÉS, S.J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L.; et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008. p. 705-734.
- MOYSÉS, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, Brasília, n.4, p.30-37, 2004
- NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994,113p.
- NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.40 (esp.), p.141-147, 2006a.
- NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.11, p.18-19, 2006b.
- NEVES, L. W.; PRONKO, M. A. A Atualidade das Idéias de Nicos Poulantzas no entendimento das Políticas Sociais no Século XXI. **Revista Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Londrina, v.1, n.2, p.97-111. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/germinal/index>>. Acesso em: 27 out. 2011.
- NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008. p.435-472.
- NUNES, E. D. Ciências sociais e saúde: revisão histórica e levantamento atual. In: SPÍNOLA, A. W. et al. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo, Cortez, 1991. p.25-44.
- OLINDA, Q.B.; SILVA, C.A.B. Retrospectiva do discurso sobre promoção da saúde e as políticas sociais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 2, p. 65-67, 2007.
- OLIVEIRA, E. T., et al. A Odontologia Social no Contexto da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 1, n.21, p.75-79, 2008.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 148p.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007, 300f. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. Educação Profissional em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009. p.44-50,

QUEIROZ, M.G. **O Ensino da Odontologia no Brasil: concepções e agentes**. 2006, 359f. Tese(Doutorado)-Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, 2006.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 228 p.

RAMOS, M. N. Concepções e Práticas Pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde Fundamentos e Contradições. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, supl., p. 153-173, 2009.

RAMOS, M. N.. Indicações Metodológicas para a Elaboração de Currículos por Competência na Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde. **Educação Profissional em Saúde e Cidadania**. UFRN, 2001, p.1-32. Disponível em: <www.observatório.nesc.ufrn.br/texto_forma14.pdf.ramos>. Acesso em: 30 jan. 2011.

RAMOS, M. N. Um panorama sobre as correntes pedagógicas. In: RAMOS, M.N. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2010. p.191-210.

REVISTA RETS. Saúde no Século 21: novos desafios devem definir os rumos da formação. Ret-SUS, Ano 3, n. 9, p. 2-11, jan./fev./mar. 2011. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/upload/Revista/pt_br_R32.pdf>. Acesso em: 1 set. 2011.

RIZZOTTO, M. L. F. Neoliberalismo e Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p.275-279, 2009.

SAVIANI, D. **Escola e democracia, teorias da educação, curvatura da vara: onze teses sobre educação e política**. 5ª. Edição. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1984.

_____. A Pedagogia histórico crítica nas tendências críticas da educação brasileira. In: SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica**. 10. Ed. São Paulo: Autores Associados, 2008, p.66-85.

_____. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, v. 12, n. 34, jan./abr. 2007.

SB BRASIL 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. 2011a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html>>. Acesso em: 12 out. 2011.

SB BRASIL 2010. **Primeiros resultados do Projeto SBBrasil são anunciados pelo Ministério da Saúde**. 2011b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/resultados.htm>>. Acesso em: 12 out. 2011.

SCHIMIDT, E. M. Currículo: uma abordagem conceitual e histórica. **Publicatio UEPG Ciências Sociais Aplicadas, Lingüística, Letras e Artes**. Ponta Grossa (PR), v.11, n. 1, p.59-69, Jun. 2003. Disponível em: < <http://www.uepg.br/prosp/publication/hum/2003/06.pdf> >. Acesso em: 9 set. 2011.

SENNA, M.I.B., LIMA, M.L.R. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em odontologia: uma análise dos artigos publicados na revista da ABENO, 2002-2006. **Arquivos em Odontologia**, vol.45, n. 01, Janeiro/Março de 2009.

SERRA, C.G. **A Saúde Bucal como Política de Saúde**: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro, 1998.

SÍCOLI, J.L. & NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface Comunicação-Saúde-Educação**, Botucatu (SP), n.7, v.12, p.101-122, 200

SILVA, J.O. **Educação e Saúde**: Palavras e Atos. Porto Alegre(RS): Editora Dacasa (Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde), 2001.

SILVA, T.T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 3. ed., 2. Reimp. Belo Horizonte: editora autêntica, 2011, 156 p.

SILVEIRA, J.L.G.C. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia: Historicidade, Legalidade e Legitimidade. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. Maio/Ago., v.4, n.2, p. 151-156, 2004.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In : VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação popular , educação e saúde**. RJ: Editora Relume Dumará, 1993. p.13-22

VALLA, V.V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará. 1993. p.53-86.

VAITSMAN, J. Saúde, Cultura, Necessidades. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde**: coletiva? Questionado a onipotência do social. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992. p.157-173.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde**. Disponível em: < <http://www.redepopsaude.com.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2003.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Resolução CFE N.4 de 03 de Setembro de 1982.

ANEXO B - Parecer CNE/CES N. 1300 de 04 de Dezembro de 2001.

ANEXO C - Resolução CNE/CES N.3 de Fevereiro de 2002.

ANEXO D - Parecer n. 583 de 04 de abril de 2001.

ANEXO E - Portaria Interministerial n.º 2.101 de 03 de Novembro de 2005.

ANEXO F - Grade Curricular do Curso de Odontologia da UERJ ano 1987.

ANEXO G - Grade Curricular do Curso de Odontologia da UERJ ano 2011.

ANEXO H - Cronograma das disciplinas de Saúde Bucal Coletiva I do curso de odontologia da UERJ.

ANEXO I - Cronograma das disciplinas de Saúde Bucal Coletiva II do curso de odontologia da UERJ.

ANEXO J - Cronograma das disciplinas de Saúde Bucal Coletiva III do curso de odontologia da UERJ.

ANEXOS

ANEXO A Resolução nº 04, de 03 de setembro de 1982

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO

Resolução nº 04, de 03 de setembro de 1982

Fixa-os mínimos de conteúdo e de duração do curso de Odontologia.

O PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, na forma que dispõe o artigo 26, da lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968 e, tendo em vista as conclusões do Parecer nº 370/82, homologada pelo Senhor Ministro da Educação e Cultura,

RESOLVE:

Art. 1º O currículo mínimo do curso de graduação em odontologia compreende as seguintes matérias:

- a) Matérias Básicas
 - Ciências Morfológicas
 - Ciências Fisiológicas
 - Ciências Patológicas
 - Ciências Sociais
- b) Matérias Profissionalizantes
 - Propedêutica Clínica
 - Clínica Odontológica
 - Clínica Odontopediátrica
 - Odontologia Social
 - Clínica Integrada

Art. 2º Nas Ciências Morfológicas serão ministrados conhecimentos de genética, evolução, histologia e embriologia, e anatomia.

Art. 3º Nas Ciências Fisiológicas serão ministrados conhecimento de bioquímica, fisiologia e farmacologia.

Art. 4º Nas Ciências Patológicas serão ministrados conhecimentos de patologia geral, microbiologia, parasitologia e imunologia.

Art. 5º Nas Ciências Social, estudar-se-ão fundamentos de sociologia, antropologia e psicologia.

Art. Na Propedêutica Clínica serão estudadas patologia bucal, semiologia e radiologia.

Art. 7º Na Clínica Odontologia estudar-se-ão materiais dentários, dentística, endodontia, periodontia, cirurgia, traumatologia e prótese, objetivando o tratamento e a restauração dos dentes e dos tecidos vizinhos.

Art. 8º Na Clínica Odontopediátrica estudar-se-ão os aspectos particulares da patologia e da clínica da infância, bem como medidas preventivas ortodônticas.

Art. 9º Na Odontologia Social estudar-se-ão os aspectos preventivos sociais, deontológicos, legais e os de orientação profissional.

Art. 10 Serão ministrados conhecimentos fundamentais de escultura dental e de oclusão.

Art. 11 No Ciclo profissionalizante deverão ser ministrados conhecimentos de: planejamento e administração de serviços de saúde comunitária, trabalho em equipe de saúde, metodologia científica, pessoal auxiliar, bem como técnicos e equipamentos odontológicos simplificados.

Art. 12 O ensino e treinamento dos alunos, em termos de necessidades globais dos pacientes, será realizado em clínica integrada com a duração mínima de um semestre letivo, sem prejuízo das atividades específicas utilizadas como recursos de ensino das diversas matérias

profissionalizantes.

Art. 13 A prevenção constituir-se-á orientação do ensino focado nas diferentes disciplinas ou atividades.

Art. 14 O ensino devera ser estrutura de tal forma que os programas instituam atividades do aluno junto ao paciente o mais precocemente possível, incrementando gradativamente as atividades de extensão.

Art. 15 As atividades extramurais serão desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado preferencialmente em sistemas públicos de saúde.

Art. 16 O cursos de Odontologia terá a duração mínima de 3.600 (três mil e seiscentas) horas, integralizadas no mínimo de 8 (oito) e Maximo de 18 (dezoito) semestre letivos.

Art. 17 As disciplinas – Estudo de Problemas Brasileiros e Educação Física deverão integrar, obrigatoriamente, os currículos plenos, obedecendo as normas legais vigentes, não computada a carga horário das mesmas na duração mínima prevista nesta Resolução.

Art. 18 A presente Resolução passará a vigorar a partir de 1983.

Lafayette de Azevedo Ponde
Presidente
Publicado no DOU 16.09.1982

ANEXOS

ANEXO B - Parecer CNE/CES N. 1300 de 04 de Dezembro de 2001

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.


**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO**

INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior		UF: DF
ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia		
RELATOR (A): Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator), Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida.		
PROCESSO(S) N°(S): 23001.000318/2001-75		
PARECER N°: CNE/CES 1300/01	COLEGIADO CES	APROVADO EM: 06/11/2001

I – RELATÓRIO

- **Histórico**

A Comissão da CNE/CES analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080 de 19/9/1990;
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394 de 20/12/1996;
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172 de 9/1/2001;
- Parecer CNE/CES 776/97 de 3/12/1997;
- Edital da SESu/MEC 4/97 de 10/12/1997;
- Parecer CNE/CES 583/2001 de 4/4/2001;
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998;
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000;
- Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999;
- Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA;
- Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

Após a análise das propostas, a Comissão, visando o aperfeiçoamento das mesmas, incorporou aspectos fundamentais expressos nos documentos supramencionados e adotou formato, preconizado pelo Parecer CNE/CES 583/2001, para as áreas de conhecimento que integram a saúde:

- Perfil do Formando Egresso/Profissional

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- Competências e Habilidades
- Conteúdos Curriculares
- Estágios e Atividades Complementares
- Organização do Curso
- Acompanhamento e Avaliação

Essas propostas revisadas foram apresentadas pelos Conselheiros que integram a Comissão da CES aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC na audiência pública, ocorrida em Brasília, na sede do CNE, em 26 de junho do corrente ano.

- **Mérito**

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, ao orientar as novas diretrizes curriculares recomenda que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular a superação das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, muitas vezes, meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

- **Princípios das Diretrizes Curriculares**

- ✓ Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- ✓ Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;
- ✓ Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- ✓ Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- ✓ Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- ✓ Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- ✓ Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- ✓ Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Além destes pontos, a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação.

Saúde: conceito, princípios, diretrizes e objetivos

- ✓ A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988);
- ✓ As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Artigo 198 da Constituição Federal de 1988):
 - I – descentralização;
 - II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III – participação da comunidade.
- ✓ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Artigo 4º da Lei 8.080/90). Parágrafo 2º deste Artigo: A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
- ✓ São objetivos do Sistema Único de Saúde (Artigo 5º da Lei 8.080/90):
 - I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
 - II – a formulação de política de saúde;
 - III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- ✓ As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (Artigo 7º da Lei 8.080/90):
 - I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Com base no exposto, definiu-se o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

- **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências e Habilidades Específicas:

O Curso de Graduação em Farmácia deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para:

- respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO**Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.**

- desenvolver assistência farmacêutica individual e coletiva;
- atuar na pesquisa, desenvolvimento, seleção, manipulação, produção, armazenamento e controle de qualidade de insumos, fármacos, sintéticos, recombinantes e naturais, medicamentos, cosméticos, saneantes e domissanseantes e correlatos;
- atuar em órgãos de regulamentação e fiscalização do exercício profissional e de aprovação, registro e controle de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanseantes e correlatos;
- atuar na avaliação toxicológica de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanseantes, correlatos e alimentos;
- realizar, interpretar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises clínico-laboratoriais, incluindo os exames hematológicos, citológicos, citopatológicos e histoquímicos, biologia molecular, bem como análises toxicológicas, dentro dos padrões de qualidade e normas de segurança;
- realizar procedimentos relacionados à coleta de material para fins de análises laboratoriais e toxicológicas;
- avaliar a interferência de medicamentos, alimentos e outros interferentes em exames laboratoriais;
- avaliar as interações medicamento/medicamento e alimento/medicamento;
- exercer a farmacoepidemiologia;
- exercer a dispensação e administração de nutracêuticos e de alimentos de uso enteral e parenteral;
- atuar no planejamento, administração e gestão de serviços farmacêuticos, incluindo registro, autorização de produção, distribuição e comercialização de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanseantes e correlatos;
- atuar no desenvolvimento e operação de sistemas de informação farmacológica e toxicológica para pacientes, equipes de saúde, instituições e comunidades;
- interpretar e avaliar prescrições;
- atuar na dispensação de medicamentos e correlatos;
- participar na formulação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica;
- formular e produzir medicamentos e cosméticos em qualquer escala;
- atuar na promoção e gerenciamento do uso correto e racional de medicamentos, em todos os níveis do sistema de saúde, tanto no âmbito do setor público como do privado;
- desenvolver atividades de garantia da qualidade de medicamentos, cosméticos, processos e serviços onde atue o farmacêutico;
- realizar, interpretar, avaliar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises de alimentos, de nutracêuticos, de alimentos de uso enteral e parenteral, suplementos alimentares, desde a obtenção das matérias primas até o consumo;
- atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de produtos obtidos por biotecnologia;
- realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente, incluídas as análises de água, ar e esgoto;
- atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de hemocomponentes e hemoderivados, incluindo realização, interpretação de exames e responsabilidade técnica de serviços de hemoterapia;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- exercer atenção farmacêutica individual e coletiva na área das análises clínicas e toxicológicas;
- gerenciar laboratórios de análises clínicas e toxicológicas;
- atuar na seleção, desenvolvimento e controle de qualidade de metodologias, de reativos, reagentes e equipamentos.

A formação do farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Farmácia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Exatas** - incluem-se os processos, os métodos e as abordagens físicos, químicos, matemáticos e estatísticos como suporte às ciências farmacêuticas.
- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, bem como processos bioquímicos, microbiológicos, imunológicos, genética molecular e bioinformática em todo desenvolvimento do processo saúde-doença, inerentes aos serviços farmacêuticos.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais e conteúdos envolvendo a comunicação, a economia e gestão administrativa em nível individual e coletivo, como suporte à atividade farmacêutica.
- **Ciências Farmacêuticas** – incluem-se os conteúdos teóricos e práticos relacionados com a pesquisa e desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de matérias primas, insumos e produtos farmacêuticos; legislação sanitária e profissional; ao estudo dos medicamentos no que se refere à farmacodinâmica, biodisponibilidade, farmacocinética, emprego terapêutico, farmacoepidemiologia, incluindo-se a farmacovigilância, visando garantir as boas práticas de dispensação e a utilização racional; conteúdos teóricos e práticos que fundamentam a atenção farmacêutica em nível individual e coletivo; conteúdos referentes ao diagnóstico clínico laboratorial e terapêutico e conteúdos da bromatologia, biosegurança e da toxicologia como suporte à assistência farmacêutica.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágio Curricular**

A formação do farmacêutico deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Farmácia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

O estágio curricular poderá ser realizado na Instituição de Ensino Superior e/ou fora dela, em instituição/empresa credenciada, com orientação docente e supervisão local, devendo apresentar programação previamente definida em razão do processo de formação.

• Atividades Complementares

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Farmácia e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios;
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Farmácia deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As Diretrizes Curriculares e Projeto Pedagógico deverão orientar o currículo do Curso de Graduação em Farmácia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

A organização do Curso de Graduação em Farmácia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do Curso de Graduação em Farmácia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A estrutura do Curso de Graduação em Farmácia deverá:

- abordar as áreas de conhecimento, habilidades, atitudes e valores éticos, fundamentais à formação profissional e acadêmica;
- contemplar a abordagem de temas observando o equilíbrio teórico-prático, desvinculado da visão tecnicista, permitindo na prática e no exercício das atividades a aprendizagem da arte de aprender;
- buscar a abordagem precoce de temas inerentes às atividades profissionais de forma integrada, evitando a separação entre ciclo básico e profissional;
- favorecer a flexibilização curricular de forma a atender interesses mais específicos/atualizados, sem perda dos conhecimentos essenciais ao exercício da profissão;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- comprometer o aluno com o desenvolvimento científico e a busca do avanço técnico associado ao bem estar, à qualidade de vida e ao respeito aos direitos humanos;
- ser organizada de forma a permitir que haja disponibilidade de tempo para a consolidação dos conhecimentos e para as atividades complementares objetivando progressiva autonomia intelectual do aluno.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Farmácia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Farmácia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

• DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais

- **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências e Habilidades Específicas

O Curso de Graduação em Odontologia deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para:

- respeitar os princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional;
- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- organizar, mantusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente.
- aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais.
- colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- propor e executar planos de tratamento adequados;
- realizar a preservação da saúde bucal;
- comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
- acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências Odontológicas** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:
 - propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia.
 - clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais.
 - odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágio Curricular**

A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

- **Atividades Complementares**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Odontologia e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

O Curso de Graduação em Odontologia deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As Diretrizes Curriculares e Projeto Pedagógico deverão orientar o currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

- estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:
 - formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;
 - formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes;
 - cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.
- aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular;
- utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

II - VOTO DO (A) RELATOR (A)

A Comissão recomenda a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia na forma ora apresentada.

Brasília (DF), 06 de novembro de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo

Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão - Relator

Conselheiro Yugo Okida

III – DECISÃO DA CÂMARA

A Câmara de Educação Superior aprova por unanimidade o voto do Relator.

Sala das Sessões, em 06 de novembro de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo – Presidente

Conselheiro José Carlos Almeida da Silva – Vice-Presidente

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO**MINUTA DE RESOLUÇÃO****Institui Diretrizes Curriculares Nacionais
do Curso de Graduação em Farmácia**

- O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "C", da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES/2001, de.....dede 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Sr. Ministro da Educação em de de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Farmácia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Farmacêuticos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Farmácia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º - A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I. **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- II. **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III. **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV. **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V. **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- VI. **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º - A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I. respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II. atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III. atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV. reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V. exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI. conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII. desenvolver assistência farmacêutica individual e coletiva;
- VIII. atuar na pesquisa, desenvolvimento, seleção, manipulação, produção, armazenamento e controle de qualidade de insumos, fármacos, sintéticos,

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- recombinantes e naturais, medicamentos, cosméticos, saneantes e domissaneantes e correlatos;
- IX. atuar em órgãos de regulamentação e fiscalização do exercício profissional e de aprovação, registro e controle de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissaneantes e correlatos;
- X. atuar na avaliação toxicológica de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissaneantes, correlatos e alimentos;
- XI. realizar, interpretar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises clínico-laboratoriais, incluindo os exames hematológicos, citológicos, citopatológicos e histoquímicos, biologia molecular, bem como análises toxicológicas, dentro dos padrões de qualidade e normas de segurança;
- XII. realizar procedimentos relacionados à coleta de material para fins de análises laboratoriais e toxicológicas;
- XIII. avaliar a interferência de medicamentos, alimentos e outros interferentes em exames laboratoriais;
- XIV. avaliar as interações medicamento/medicamento e alimento/medicamento;
- XV. exercer a farmacoepidemiologia;
- XVI. exercer a dispensação e administração de nutracêuticos e de alimentos de uso enteral e parenteral;
- XVII. atuar no planejamento, administração e gestão de serviços farmacêuticos, incluindo registro, autorização de produção, distribuição e comercialização de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissaneantes e correlatos;
- XVIII. atuar no desenvolvimento e operação de sistemas de informação farmacológica e toxicológica para pacientes, equipes de saúde, instituições e comunidades;
- XIX. interpretar e avaliar prescrições;
- XX. atuar na dispensação de medicamentos e correlatos;
- XXI. participar na formulação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica;
- XXII. formular e produzir medicamentos e cosméticos em qualquer escala;
- XXIII. atuar na promoção e gerenciamento do uso correto e racional de medicamentos, em todos os níveis do sistema de saúde, tanto no âmbito do setor público como do privado;
- XXIV. desenvolver atividades de garantia da qualidade de medicamentos, cosméticos, processos e serviços onde atue o farmacêutico;
- XXV. realizar, interpretar, avaliar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises de alimentos, de nutracêuticos, de alimentos de uso enteral e parenteral, suplementos alimentares, desde a obtenção das matérias primas até o consumo;
- XXVI. atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de produtos obtidos por biotecnologia;
- XXVII. realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente, incluídas as análises de água, ar e esgoto;
- XXVIII. atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de hemocomponentes e hemoderivados, incluindo realização, interpretação de exames e responsabilidade técnica de serviços de hemoterapia;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- XXIX. exercer atenção farmacêutica individual e coletiva na área das análises clínicas e toxicológicas;
- XXX. gerenciar laboratórios de análises clínicas e toxicológicas;
- XXXI. atuar na seleção, desenvolvimento e controle de qualidade de metodologias, de reativos, reagentes e equipamentos.

Parágrafo único. A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Farmácia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Exatas** - incluem-se os processos, os métodos e as abordagens físicos, químicos, matemáticos e estatísticos como suporte às ciências farmacêuticas.
- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, bem como processos bioquímicos, microbiológicos, imunológicos, genética molecular e bioinformática em todo desenvolvimento do processo saúde-doença, inerentes aos serviços farmacêuticos.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais e conteúdos envolvendo a comunicação, a economia e gestão administrativa em nível individual e coletivo, como suporte à atividade farmacêutica.
- **Ciências Farmacêuticas** – incluem-se os conteúdos teóricos e práticos relacionados com a pesquisa e desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de matérias primas, insumos e produtos farmacêuticos; legislação sanitária e profissional; ao estudo dos medicamentos no que se refere à farmacodinâmica, biodisponibilidade, farmacocinética, emprego terapêutico, farmacoepidemiologia, incluindo-se a farmacovigilância, visando garantir as boas práticas de dispensação e a utilização racional; conteúdos teóricos e práticos que fundamentam a atenção farmacêutica em nível individual e coletivo; conteúdos referentes ao diagnóstico clínico laboratorial e terapêutico e conteúdos da bromatologia, biosegurança e da toxicologia como suporte à assistência farmacêutica.

Art. 7º - A formação do Farmacêutico deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Farmácia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. O estágio curricular poderá ser realizado na Instituição de Ensino Superior e/ou fora dela, em instituição/empresa credenciada, com orientação docente e supervisão local, devendo apresentar programação previamente definida em razão do processo de formação.

Art. 8º- O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Farmácia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO**Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.**

aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º- O Curso de Graduação em Farmácia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Farmácia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º - As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Farmácia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º - O Currículo do Curso de Graduação em Farmácia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Farmácia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Farmácia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Farmácia deverá:

- I. abordar as áreas de conhecimento, habilidades, atitudes e valores éticos, fundamentais à formação profissional e acadêmica;
- II. contemplar a abordagem de temas observando o equilíbrio teórico-prático, desvinculado da visão tecnicista, permitindo na prática e no exercício das atividades a aprendizagem da arte de aprender;
- III. buscar a abordagem precoce de temas inerentes às atividades profissionais de forma integrada, evitando a separação entre ciclo básico e profissional;
- IV. favorecer a flexibilização curricular de forma a atender interesses mais específicos/atualizados, sem perda dos conhecimentos essenciais ao exercício da profissão;
- V. comprometer o aluno com o desenvolvimento científico e a busca do avanço técnico associado ao bem estar, à qualidade de vida e ao respeito aos direitos humanos;
- VI. ser organizada de forma a permitir que haja disponibilidade de tempo para a consolidação dos conhecimentos e para as atividades complementares objetivando progressiva autonomia intelectual do aluno.

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO**Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.**

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Farmácia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Farmácia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, de de 2001.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da CNE/CES

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO**MINUTA DE RESOLUÇÃO****Institui Diretrizes Curriculares Nacionais
do Curso de Graduação em Odontologia**

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "C", da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES/2001, de.....dede 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Sr. Ministro da Educação em de de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º - A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I. **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II. **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III. **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV. **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V. **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- VI. **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º - A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I. respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II. atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III. atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV. reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V. exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI. conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII. desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- VIII. identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- IX. cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- X. promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- XI. comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- XII. obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII. aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV. analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- XV. organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XVI. aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- XVII. participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- XVIII. participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XIX. buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- XX. manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- XXI. estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- XXII. reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
- XXIII. colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- XXIV. identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- XXV. propor e executar planos de tratamento adequados;
- XXVI. realizar a preservação da saúde bucal;
- XXVII. comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- XXVIII. trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- XXIX. planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
- XXX. acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências Odontológicas** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:
 - propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia.
 - clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais.
 - odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Art. 7º - A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º- O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas a fins.

Art. 9º- O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º - As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º - O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos,

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

I. estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:

- formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;
- formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes;
- cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.

II. aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular;

III. utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

Parágrafo único. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PARECER CNE/CES 1.300/2001 - HOMOLOGADO

Despacho do Ministro em 4/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 7/12/2001, Seção 1, p. 25.

Brasília, DF, de de 2001.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da CNE/CES

ANEXOS

ANEXO C - Resolução CNE/CES N.3 de Fevereiro de 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.^(*)

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e

^(*) CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII - desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- VIII - identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- IX - cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- XI - comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- XII - obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII - aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV - analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;

XV - organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;

XVI - aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;

XVII - participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;

XVIII - participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;

XIX - buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;

XX - manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;

XXI - estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;

XXII - reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;

XXIII - colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;

XXIV - identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;

XXV - propor e executar planos de tratamento adequados;

XXVI - realizar a preservação da saúde bucal;

XXVII - comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;

XXVIII - trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;

XXIX - planejar e administrar serviços de saúde comunitária;

XXX - acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:

a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;

b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e

c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Art. 7º A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

I - estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:

a) formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;

b) formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes; e

c) cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.

II - aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e

III - utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

Parágrafo único. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO

ANEXO D - Parecer n. 583 de 04 de abril de 2001.

PARECER HOMOLOGADO(*)

(*) Despacho do Ministro, publicado no Diário Oficial da União de 29/10/2001.


 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior		UF: DF
ASSUNTO: Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação		
RELATOR(A): Éfrem de Aguiar Maranhão		
PROCESSO(S) N°(S): 23001.000141/2001-15		
PARECER N°: CNE/CES 583/2001	COLEGIADO CES	APROVADO EM: 04/4/2001

I - Relatório

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação tem, da **Lei 9.131**, de 1995, competência para “*deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação*”.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, **Lei 9.394**, de dezembro de 1996, assegura ao ensino superior maior flexibilidade na organização curricular dos cursos, atendendo à necessidade de uma profunda revisão de toda a tradição que burocratiza os cursos e se revela incongruente com as tendências contemporâneas de considerar a formação em nível de graduação como uma etapa inicial da formação continuada; bem como à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos.

O **Decreto 2.026**, inciso II do artigo quatro, de outubro de 1996, bem como no artigo 14 do **Decreto 2.306**, de 1997, estabelecem que as Diretrizes Curriculares são referenciais para as avaliações de cursos de graduação.

O Parecer **CNE/CES 776/97** estabeleceu orientação geral para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação e entre outras considerações assinala:

“*Além do mais, os currículos dos cursos superiores, formulados na vigência da legislação revogada pela Lei 9.394, de dezembro de 1996, em geral caracterizam-se por excessiva rigidez que advém, em grande parte, da fixação detalhada de mínimos curriculares e resultam na progressiva diminuição da margem de liberdade que foi concedida às instituições para organizarem suas atividades de ensino*” e destaca: “*Visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes curriculares devem observar os seguintes princípios:*

- 1) *Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;*
- 2) *Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos;*

- 3) Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- 4) Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- 5) Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno;
- 6) Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- 7) Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
Incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar a docentes e a discentes acerca do desenvolvimento das atividades didáticas.”

O MEC/SESu também em dezembro de 1997 lançou **Edital 4** estabelecendo modelo de enquadramento das propostas de diretrizes curriculares tendo recebido cerca de 1200 propostas bastante heterogêneas que foram sistematizadas por 38 comissões de especialistas. Destaca-se a variedade em termos de duração dos cursos em semestres: de quatro até 12, e de carga horária, de 2000 até 6800 h.

O Plano Nacional de Educação, **Lei 10.172** de janeiro de 2001, define nos objetivos e metas: “... 11. Estabelecer, em nível nacional, diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientela e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem...”.

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação decidiu adotar uma orientação comum para as diretrizes que começa a aprovar e que garanta a flexibilidade, a criatividade e a responsabilidade das instituições ao elaborarem suas propostas curriculares.

Portanto, é fundamental não confundir as diretrizes que são orientações mandatórias, mesmo às universidades, **LDB, Art. 53** :

“No exercício de sua autonomia, são asseguradas às universidades, sem prejuízos de outras, as seguintes atribuições:...II - fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes...” com parâmetros ou padrões –*standard*- curriculares que são referenciais curriculares detalhados e não obrigatórios.

II – VOTO DO(A) RELATOR(A)

Tendo em vista o exposto, o relator propõe:

- 1- A definição da duração, carga horária e tempo de integralização dos cursos será objeto de um Parecer e/ou uma Resolução específica da Câmara de Educação Superior.
- 2- As Diretrizes devem contemplar:
 - a- Perfil do formando/egresso/profissional - conforme o curso o projeto pedagógico deverá orientar o currículo para um perfil profissional desejado.
 - b- Competência/habilidades/attitudes.
 - c- Habilitações e ênfases.
 - d- Conteúdos curriculares.
 - e- Organização do curso.

- f- Estágios e Atividades Complementares.
- g- Acompanhamento e Avaliação.

Brasília-DF, 04 de abril de 2001.

Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão - Relator

III – DECISÃO DA CÂMARA

A Câmara de Educação Superior aprova por unanimidade o voto do(a) Relator(a).
Sala das Sessões, em 04 de abril de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo – Presidente

Conselheiro Jose Carlos Almeida da Silva – Vice-Presidente

ANEXOS**ANEXO E –Portaria Interministerial nº 2.101 de 03 de Novembro de 2005****PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.101 DE 3 DE NOVEMBRO DE 2005.**

Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia e o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial as políticas de valorização da atenção básica e da promoção da saúde, resolvem:

Art. 1º Instituir o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, visando à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença.

§ 1º O Pró-Saúde contemplará os cursos de graduação das profissões que integram a estratégia denominada Programa de Saúde da Família.

§ 2º O Pró-Saúde tem os seguintes objetivos:

I - reorientar o processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

III - incorporar, no processo de formação da Medicina, Enfermagem e Odontologia, abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; e

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.

§ 3º A participação de cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia no Pró-Saúde preservará a autonomia acadêmica, científica e pedagógica das instituições de ensino superior (IES).

Art. 2º Estão habilitados a participar do Pró-Saúde os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia reconhecidos, ministrados por instituições de ensino superior, vinculadas ao Sistema Federal e ao Sistema Estadual de Educação.

§ 1º Para participar da seleção do Pró-Saúde, as IES que oferecem estes cursos de graduação deverão encaminhar projetos, conforme:

I - o termo de referência elaborado pela secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, e pela Secretaria de Educação Superior (SESu) e pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação.

II - O Edital do Pró-Saúde; e

III - a Convocatória do Programa de Reorientação da formação Profissional em Saúde, disponibilizado eletronicamente no site: www.saude.gov.br/sgtes e na forma impressa na SGTES, prédio sede do Ministério da Saúde, 7º andar, sala 725, Brasília-DF.

§ 2º A inserção dos cursos no Pró-Saúde se dará pela formalização do compromisso do dirigente máximo da instituição de educação superior junto aos Ministérios da Saúde e Educação.

Art. 3º A estrutura do Pró-Saúde contemplará as seguintes instâncias:

- I - Conselho Consultivo;
- II - Comissão Executiva; e
- III - Comissão Assessora.

Art. 4º Fica constituído o Conselho do Pró-Saúde, que atuará como instância consultiva.

§ 1º O Conselho será composto por representantes de cada um dos seguintes órgãos e instituições:

- I - Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- II - Ministério da Educação- Secretaria de Educação Superior;
- III - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira;
- IV - Organização Mundial de Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde-OMS/OPAS;
- V - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde-CONASS;
- VI - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS;
- VII - Conselho Federal de Medicina-CFM;
- VIII - Conselho Federal de Enfermagem-COFEN;
- IX- Conselho Federal de Odontologia-CFO;
- X - Associação Brasileira de Educação Médica-ABEM;
- XI - Associação Brasileira de Ensino Odontológico-ABENO;
- XII - Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn;
- XIII - Associação Médica Brasileira-AMB;
- XIV - Associação Brasileira de Odontologia-ABO;
- XV - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM;
- XVI - Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem - ENEEnf;
- XVII - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia - DENEOD;
- XVIII - Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior-ANDIFES; e
- XIX - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras- CRUB.

§ 2º A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, deverão designar dois representantes, e os demais órgãos e instituições, um representante.

§ 3º O Conselho Consultivo reunir-se-á periodicamente visando acompanhar o desenvolvimento do Pró-Saúde.

§ 4º O Conselho Consultivo terá um coordenador indicado pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º Fica constituída a Comissão Executiva do Pró-Saúde composta por quatro membros titulares e dois suplentes, indicados proporcionalmente pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Coordenação da Comissão Executiva.

§ 2º À Comissão Executiva caberá administrar o programa bem como os mecanismos para garantir o adequado apoio técnico e avaliação do desenvolvimento dos projetos aprovados.

§ 3º O Mandato dos membros da Comissão Executiva será de três anos sendo permitida a recondução.

Art. 6º Fica constituída a Comissão Assessora do Pró-Saúde composta por gestores do SUS e profissionais de notória especialização em Educação Médica, Educação em Enfermagem e Educação em Odontologia, com a atribuição de selecionar, acompanhar e

avaliar o desenvolvimento dos projetos dos cursos de graduação que participarão do Pró-Saúde.

Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a indicação dos membros da Comissão Assessora.

Art. 7º O Ministério da Saúde destinará recursos de sua programação orçamentária para o financiamento do Pró-Saúde.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

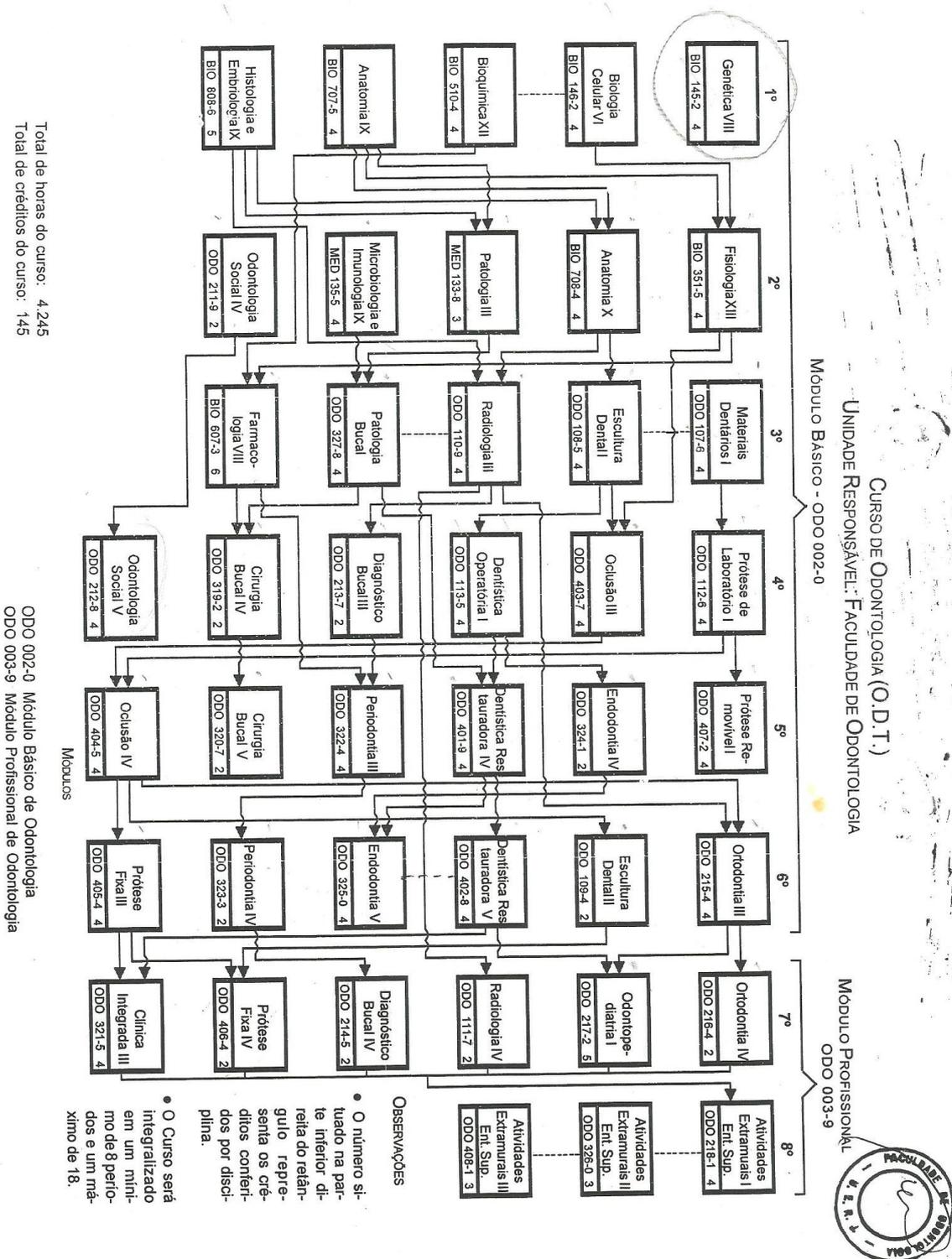
SARAIVA FELIPE
Ministro de Estado da Saúde

FERNANDO HADDAD
Ministro de Estado da Educação

Publicada no Diário Oficial da União nº 212, Seção I, Página 111, de 4 de novembro de 2005.

ANEXO

ANEXO F - Grade Curricular do Curso de Odontologia da UERJ ano 1987.



ANEXO

ANEXO H - Cronograma das disciplinas de Saúde Bucal Coletiva I do curso de odontologia da UERJ.

Cronograma de Atividades – 2011/II
Saúde Bucal Coletiva I

Conteúdo	Data
Apresentação do Curso: Horário, normas, critérios de avaliação. Bibliografia I – Introdução à Saúde Bucal Coletiva	10/08
II - Educação e Saúde	17/08
III - Cárie Dentária / Dieta	
IV – Recursos humanos	24/08
V - Sistema de Saúde: conceitos, histórico e SUS	31/08
Visita a ABO (Endereço: Rua Barão de Sertório, n. 75. Rio Comprido. Local: auditório 2. Horário: 8:00h)	14/09
VI - Sociedade Odontológica	
Apresentação do material educativo	21/09
Primeira Verificação de Conhecimento	28/09
Atividade educativa	05/10
VII - Mercado de Trabalho	
VIII- Caracterização e Hierarquização dos problemas em Odontologia I; <ul style="list-style-type: none"> . Equilíbrio saúde-doença; . Problemas de Saúde Pública; . Incidência e Prevalência. 	19/10
IX - Políticas Públicas de Saúde: Programas Específicos e Políticas Odontológicas	26/10
Atividade educativa	09/11
X- Ética Odontológica	
Atividade educativa	16/11
XI- Princípios de Bioética	
Visita ao CRO	23/11
XII – Especialidades Odontológicas	
	30/11
Segunda Verificação de Conhecimentos	07/12
Prova Final	14/12
Segunda Época	

ANEXO

ANEXO I - Cronograma das disciplinas de Saúde Bucal Coletiva II do curso de odontologia da UERJ

UERJ – Faculdade de Odontologia- Departamento Odontologia Preventiva e Comunitária
Saúde Bucal Coletiva II – Coordenador: Prof. Urubatan Vieira de Medeiros
Curso de Graduação – Período 2011-2

Conteúdo	Data/ Professor	Turmas	Atividade Educativa
* Apresentação do Curso. Horário, normas, critério de Avaliação. Bibliografia	10/08 Equipe		
I- Filosofia de Promoção de Saúde Odontologia Tradicional . Mudança de paradigma	10/08 Urubatan	1,2 e 3	
II – - Cárie Dentária Etiologia Epidemiologia Indicadores de cárie dentária Calibração	17/08 Equipe	1,2 e 3	
III – Flúor Métodos sistêmicos e tópicos Artigo do grupo focal - discussão	24/08 Katlin	1,2 e 3	
Visita ao PPC	31/08 Equipe		1, 2 e 3
Calibração	14/09 – Equipe	2 e 3	1 – PPC Katlin
Calibração Atividade Prática	21/09 Equipe	1,2 e 3	
Atividade Prática IV – Doença Periodontal	28/09 Rafaela	1, 2 e 3	
* Atividade Prática	05/10 Equipe	1 e 3	2 – PPC Katlin
* Primeira Verificação de Conhecimentos	19/10 Equipe	1,2 e 3	
* Atividade Prática V- Má- Oclusão VI – Câncer Bucal	26/10 Rodrigo	1,2 e 3	
Atividade prática VII- Odontologia Minimamente invasiva	09/11 Rodrigo	1,2 e 3	
Atividade prática	16/11 Equipe	1 e 2	3 – PPC Katlin
* Atividade Prática VIII- Fluorose e dentífricos	23/11 Katlin	1, 2 e 3	
Segunda Verificação de Conhecimentos	30/11 Equipe	1,2 e 3	
Verificação Final	07/12 Equipe	1,2 e 3	
Segunda Época	14/12 Equipe	1,2 e 3	

ANEXO

ANEXO J - Cronograma das disciplinas de Saúde Bucal Coletiva III do curso de odontologia da UERJ.

UERJ – Faculdade de Odontologia
Departamento Odontologia Preventiva e Comunitária
Disciplina de Saúde Bucal Coletiva III – Coord: Profª. Katlin Darlen Maia
E-MAIL: kdarlen@gmail.com
Professor Titular: Urubatan Vieira de Medeiros

Conteúdo	Curso de Graduação – Período 2011-2	Data
ODONTOPEDIATRIA		08/08
Apresentação SBC III		15/08
Apresentação da SMS - RJ - Coordenação AP 2.2		22/08
Aula: Odontologia Legal		29/08
Aula: Ética e Legislação		05/09
Aula: Políticas de Saúde - SUS		12/09
Aula: SUS		19/09
AVALIAÇÃO SBC III - 13:00h.		26/09
Entrega e apresentação dos vídeos-seminários		03/10
Sicko		10/10
		17/10
ODONTOPEDIATRIA		24/10
ODONTOPEDIATRIA		07/11
ODONTOPEDIATRIA		14/11
Feriado (15/11)		21/11
ODONTOPEDIATRIA		28/11
ODONTOPEDIATRIA		05/12
Prova Final de SBC III - 12:30h. (FÓRUM DE AVALIAÇÃO FINAL DA DISCIPLINA)		
Prova Final de Odontopediatria - 14:00h.		
Segunda Época		12/12

SEMANA DE 15/08/11= SEMANA DE ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO E APRESENTAÇÃO NA REDE.
SEMANA DE 22/08/11= INÍCIO DAS CLÍNICAS NO PPC

Atividades Clínicas até 02/12/11