CELSO ZILBOVICIUS

**IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA CURSOS
DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA NO BRASIL:
CONTRADIÇÕES E PERSPECTIVAS**

São Paulo
2007

Celso Zilbovicius

Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em
odontologia no Brasil: contradições e perspectivas

Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade de São Paulo,
para obter o título de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercília de
Araújo

São Paulo

2007

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Zilbovicius, Celso

Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas / Celso Zilbovicius; orientador Maria Ercília de Araujo. -- São Paulo, 2007.

211 p. : graf.; 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Currículo de ensino superior (Brasil) – Odontologia – Reforma curricular
2. Reforma do ensino – Odontologia
3. Odontologia Social

CDD 378.155
BLACK D585

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADO AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, 7 / 12 / 07

Assinatura:

E-mail:

Celso: a ficha catalográfica, quem faz, são as bibliotecárias

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Zilbovicius, Celso

Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil:contradições e perspectivas. / Celso Zilbovicius; orientadora: Maria Ercília de Araujo. – São Paulo, 2007.

117 : fig.; 30cm.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Educação odontológica 2.Diretrizes Curriculares nacionais para cursos de graduação em odontologia 3. Reforma curricular

CDD 617.69
BLACK D3322

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, 7/12/2007

Assinatura:

E-mail:mocel@uol.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Zilbovicius C. Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2007.

São Paulo, 7/12/2007

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

4) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

5) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À minha querida Mônica, pelo amor, pelo
carinho, pela compreensão, pelo incentivo,
por tudo...*

*À memória de meus pais, Carlos e Julieta
Zilbovicius.*

Aos queridos Mauro, Tati, Léo e Ana.

Ao Prof. Dr. Ney Fialkow, pelo eterno exemplo e estímulo.

AGRADECIMENTOS

À **AMIGA, MESTRA e ORIENTADORA** Profa. Dra. **MARIA ERCILIA DE ARAUJO**, pelo apoio, carinho, e por ter se tornado a parceira dos sonhos, das utopias e discussões sobre a educação odontológica.

Ao amigo Prof. Dr. **ANTÔNIO CARLOS FRIAS**, não só pela preciosa ajuda na análise estatística, mas por caminhar sempre lado a lado nesta e em outras tantas jornadas...

Aos amigos Prof. **LÉO KRIGER** e Prof. Dr. **SAMUEL JORGE MOYSÉS**, pelo incentivo e pela idéia do projeto.

À Profa. Dra. **MARIA CELESTE MORITA** e ao Prof. Dr. **ANTONIO CÉSAR PERRI DE CARVALHO**, que não mediram esforços no sentido de fazer chegar a mim os dados necessários.

À diretoria da **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO – ABENO** -, por me permitir utilizar os dados das oficinas.

À **LUZIMAR ANTONIA DA SILVA**, secretária da ABENO, pela permanente colaboração.

Aos amigos Prof. Dr. **PAULO CAPEL NARVAI**, Prof. Dr. **CARLOS BOTAZZO** e Prof. **MARCO ANTONIO MANFREDINI**, por sempre me mostrarem novos caminhos e novos questionamentos.

À Profa. Dra. **SIMONE RENNÓ JUNQUEIRA**, pelo constante apoio e amizade.

Aos **PROFESSORES DO DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL DA FOU SP**, pelo carinho e respeito que sempre demonstram durante minhas jornadas.

À **JULIE SILVIA MARTINS**, pela maravilhosa e importante colaboração na tabulação dos dados.

À acadêmica **GREICE DE BRITO SOUZA**, pela preciosa ajuda na tabulação dos dados.

Aos meus sempre professores **MARCOS SMALETZ** e **MIRIAM SMALETZ**, pelo incentivo, carinho e compreensão por minhas ausências.

Aos amigos **SILVIO** e **SÔNIA HOTIMSKI**, pelos conselhos, pela leitura crítica e pelas referências brilhantes.

À Profa. Dra. **AUSÔNIA DONATO**, pelas contribuições e pela indicação de referências.

Aos amigos **RONEY** e **MÔNICA CYTRYNOWICZ**, **JEFFREY** e **ELIANA SHAVITT LESSER**, pelo apoio e amizade.

Ao Dr. **LUIZ FERNANDO NIERI DE TOLEDO SOARES**, pelos inúmeros “empurrões” amigos e terapêuticos.

Aos amigos **FAUSTO**, **VLADEN** e **MIGUEL**, pelo estímulo.

Aos **COLEGAS E AMIGOS DE ESTÁGIOS NO DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL DA FOU SP**.

À bibliotecária **VÂNIA MARTINS BUENO DE OLIVEIRA FUNARO**, pela disponibilidade e competência sempre presentes.

Às **SECRETÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL DA FOU SP: SONIA CASTRO LUCIA LOPES, ANDRÉIA DOS SANTOS TEIXEIRA E MARIA LAURA DE TOLEDO**, pela amizade e carinho que sempre tiveram comigo.

“Educar o homem não é encher um pote... é acender um fogo!”

(Aristófanes)

"Não é possível refazer este país, democratizá-lo, humanizá-lo, torná-lo sério, com adolescentes brincando de matar gente, ofendendo a vida, destruindo o sonho, inviabilizando o amor. Se a educação sozinha não transformar a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda."

(Paulo Freire)

Zilbovicius C. Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2007.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a tendência de mudanças na educação odontológica no Brasil em face à necessidade de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em odontologia, aprovadas em 2002. O referencial teórico inclui as perspectivas da educação superior no Brasil em um contexto neoliberal, incluindo a área da saúde e a odontologia em particular apontando para a contradição da formação em saúde bucal no país que convive com um número crescente de faculdades de odontologia em todo o território nacional sem, contudo, responder às necessidades de atenção em saúde bucal de parcelas significativas da população brasileira. A metodologia partiu dos resultados da análise quantitativa obtidos pelo instrumento de avaliação utilizado durante as oficinas realizadas pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) durante os anos de 2005 e 2006. O instrumento permitiu que cada participante avaliasse a instituição e o grau de inovação frente aos pressupostos das diretrizes curriculares segundo 3 eixos : orientação teórica do curso, abordagem pedagógica e cenários de prática. Cada eixo continha 3 vetores correspondendo ao tema analisado e cada participante avaliava o mesmo segundo 3 estágios possíveis (1- mais conservador; 2- intermediário e 3- mais inovador). Foram analisadas 48 faculdades (23 públicas e 25 privadas) de odontologia totalizando 1229 participantes entre professores (total de 711), alunos (228) e funcionários (14). Os resultados apontam para um alto grau de inovação incipiente (52,9%) seguido pelo grau de inovação parcial (40,2%), Estes resultados se confirmam para todas as variáveis analisadas (tipo de instituição, região do país, tipo de ocupação e área de docência). O instrumento permite afirmar que a maioria das escolas mantém uma proposta pedagógica tecnicista, sem integração das disciplinas e com poucos cenários de práticas que permitem ao aluno conhecer e se formar na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo uma abordagem clássica da educação

odontológica conforme as concepções de Gies e Charles Godon, no princípio do século XX. A análise qualitativa dos relatórios dos facilitadores, que teve como objetivo analisar os discursos apontados durante as oficinas destacou o desconhecimento, por parte da comunidade acadêmica odontológica, das diretrizes curriculares bem como dos princípios do SUS; a ausência de integração com o serviço e cenários de prática no SUS; a pouca formação pedagógica do corpo docente bem como uma resistência a mudanças que direcionem a formação para uma lógica de saúde coletiva. A discussão foi elaborada a partir de um arcabouço teórico advindo da teoria crítica da educação e currículo que aborda, de forma dialética, questões como ideologia, hegemonia, reprodução social, relações políticas de poder e dominação bem como o currículo oculto considerando que a resistência a transformações e inovações na educação odontológica provém de um projeto político e ideológico desta voltado à uma lógica capitalista, predominantemente voltada a classes dominantes numa perspectiva de tecnicismo direcionado à prática individual e mercantil da profissão, contrapondo-se e distanciando-se das perspectivas das diretrizes curriculares atuais e, portanto, mantendo-se resistente e em graus incipiente e parcial de inovação conforme demonstrou a análise quantitativa das oficinas. A necessidade de se transformar a educação odontológica impõe mudanças nos projetos político-pedagógicos das instituições, que devem ser construídos de forma coletiva com os diversos atores do processo educativo envolvidos; criação de espaços de formação docente dos professores de odontologia e ampliação da integração do SUS com as instituições formadoras permitindo uma real e significativa transformação do currículo, revisão de conteúdos ministrados, permitindo a adoção da integralidade do processo saúde/doença como eixo transversal do currículo dos cursos de graduação em odontologia.

Palavras-Chave: Educação odontológica; Diretrizes Curriculares Nacionais - graduação em odontologia -; Reforma Curricular - teoria crítica da educação

Zilbovicius C. Implementation of curricular guidelines for undergraduate dental schools in Brazil: contradictions and perspectives [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2007.

ABSTRACT

The objective of this research was to make an analysis of the changes trends in dental education in Brazil facing the necessity of implementation of the curricular guidelines for undergraduate dental schools, which were approved in 2002. The theoretical reference includes the perspectives of higher education in Brazil in a neoliberal context, including health education and particularly dental education pointing out the contradiction of the formation in this field in a country that has a crescent number of schools in all its territory without responding to the oral health necessities of significant portions of the Brazilian population. The methodology used the results of a quantitative analysis obtained from the evaluation instrument used during the workshops carried out by the Brazilian Dental Education Association (ABENO) during 2005 and 2006. This instrument enabled each participant to evaluate his institution and the innovation degree in face of the curricular guidelines according to 3 axes: the theoretical orientation of the course; its pedagogical approach and practice sceneries. Each axis had 3 variables corresponding to the theme analyzed and each participant could evaluate it according to three possible stages (1-more conservative, 2-intermediate and 3-more innovative). 48 dental schools were analyzed (being 23 public and 25 private) with a total of 1229 participants (711 professors; 228 students and 14 functionaries. The results showed a high degree of incipient innovation (52, 9%) followed by a degree of partial innovation (40, 2%). These results were confirmed for all variables analyzed (type of institution, region in the country, type of occupation and faculty field). The instrument allows the affirmation that most dental schools maintain a technician pedagogical approach, without integration between disciplines and with a few number of practice sceneries which would allow the student to be formed in the logic of the Brazilian Unified health System (SUS), keeping a classical approach of the dental education according to the conceptions of Gies and Charles Godon in the beginning of the XX Century. The qualitative analysis of the facilitators reports of the workshops which has as objective to analyze the discourse of the participants during the workshops

which were pointed out by the facilitator showed the unknowing of the curricular guidelines by the dental academic community as well as the principles of the Brazilian Health System (SUS) ; the absence of integration between the public health service network and the schools and low number of practice sceneries in the public health system; the low level of pedagogical formation of dental faculties as well as resistance to changes that tend toward a formation in a logic of community health. The discussion was carried out from the perspective of the critical theory of education and curriculum which deals in a dialectical manner with concepts like ideology, hegemony, social reproduction, political relations of power and domination and hidden curriculum considering that resistance to transformations and changes in dental education are linked to a political and ideological project of it and it is very connected to a capitalist logic, mostly addressed to the dominant classes in a perspective of technical development leading to private and commercial practice of the profession opposing and maintaining a distance from the perspectives of the actual curricular guidelines and therefore keeping it resistance in incipient and partial levels of change as showed by the quantitative analysis of the workshops. The necessity of transforming dental education impose changes in the political and pedagogical projects of the schools and these must be built in a collective manner with the various actors of the educational process involved; a pedagogical formation of the faculty; extension of integration between the public health system and dental schools permitting a real and significant transformation of the curriculum and revision of contents taught leading to a transversal axis of the curriculum of undergraduate dental schools focusing the integrality of the health/disease process.

Key-words: Dental education - national curricular guidelines; undergraduate dental schools- curricular reform; critical theory of education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4.1 -	Modelo de preenchimento da configuração radial do instrumento de análise prospectiva	108
Tabela 4.1 -	Estágio de transformação das IES a partir da análise prospectiva	108
Gráfico 5.1 -	Percentual total por vetor do EIXO 1 - ORIENTAÇÃO TEÓRICA. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	113
Gráfico 5.2 -	Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	114
Gráfico 5.3 -	Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	115
Gráfico 5.4 -	Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	115
Gráfico 5.5 -	Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	116
Gráfico 5.6 -	Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	117
Gráfico 5.7 -	Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	117
Gráfico 5.8 -	Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por área de ocupação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	118
Gráfico 5.9 -	Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	118
Gráfico 5.10 -	Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	119
Gráfico 5.11 -	Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por tipo ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	120
Gráfico 5.12 -	Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	120
Gráfico 5.13 -	Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	121
Gráfico 5.14 -	Percentual total por vetor do EIXO 2 - ABORDAGEM PEDAGÓGICA. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	122
Gráfico 5.15 -	Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	123
Gráfico 5.16 -	Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	123
Gráfico 5.17 -	Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	124
Gráfico 5.18 -	Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	124
Gráfico 5.19 -	Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	125

Gráfico 5.20 -	Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	126
Gráfico 5.21 -	Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	126
Gráfico 5.22 -	Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	127
Gráfico 5.23 -	Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	128
Gráfico 5.24 -	Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por tipo de ocupação do participante. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	128
Gráfico 5.25 -	Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	129
Gráfico 5.26 -	Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	129
Gráfico 5.27 -	Percentual total por vetor do EIXO 3 - CENÁRIO DE PRÁTICAS. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	130
Gráfico 5.28 -	Percentual por vetor 7 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 3, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	131
Gráfico 5.29 -	Percentual por vetor 7 - DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM - do EIXO 3, por tipo de ocupação do participante. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	131
Gráfico 5.30 -	Percentual por vetor 7 - DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM - do EIXO 3, por área de atividade do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	132
Gráfico 5.31 -	Percentual por vetor 7 - DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM - do EIXO 3, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	132
Gráfico 5.32 -	Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	133
Gráfico 5.33 -	Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por tipo de ocupação do participante. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	134
Gráfico 5.34 -	Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	134
Gráfico 5.35 -	Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	135
Gráfico 5.36 -	Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	136
Gráfico 5.37 -	Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	136
Gráfico 5.38 -	Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	137
Gráfico 5.39 -	Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	137
Gráfico 5.40 -	Porcentagem geral do grau de inovação da Instituição de Ensino Superior. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	138

Gráfico 5.41 -	Porcentagem do grau de inovação da Instituição de Ensino Superior, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	139
Gráfico 5.42 -	Porcentagem do grau de inovação da IES por ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	139
Gráfico 5.43 -	Porcentagem do grau de inovação da IES, por área de docência. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	140
Gráfico 5.44 -	Grau de inovação da IES por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007	140

LISTA DE ABREVIATURAS

AADS	<i>American Association of Dental Schools</i>
AAMC	<i>Association of American Medical Colleges</i>
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
CES	Câmara de Ensino Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ES	educação superior
EUA	Estados Unidos da América
ForGrad	Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras
IES	instituições de ensino superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e do Desporto
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RH	recursos humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
v	vetor(es)
VER-SUS Brasil	Projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1 Neoliberalismo e educação superior	27
2.2 A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e a educação superior	31
2.3 O currículo e a teoria crítica da educação	39
2.4 O currículo oculto	53
2.5 A educação e a formação em saúde	58
2.6 A educação dos profissionais da saúde e o Sistema Único de Saúde	66
2.7 As diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde	73
2.8 A saúde bucal e o contexto da educação odontológica	78
2.9 As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia	90
2.10 O currículo em odontologia: tensões e desafios	93
2.11 Análise prospectiva da educação em saúde	98
2.12 As oficinas da ABENO	103
3 PROPOSIÇÃO	106
4 METODOLOGIA	107
4.1 Aspectos éticos	107
4.2 Análise quantitativa	107
4.3 Análise qualitativa	110
5 RESULTADOS	111
5.1 Análise quantitativa	111
5.1.1 O universo das oficinas	111
5.1.2 Eixo 1: orientação teórica	113
5.1.3 Eixo 2: abordagem pedagógica	122
5.1.4 Eixo 3: cenário de práticas	130
5.2 Análise qualitativa	141
6 DISCUSSÃO	144
6.1 A educação odontológica e as diretrizes curriculares	150
6.2 A educação odontológica: Transformar? Para quê? Para quem?	166
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
REFERÊNCIAS	183
ANEXOS	197

1 INTRODUÇÃO

Educar gera dúvidas. Formar indivíduos como cidadãos que se relacionam e transformam uma dada realidade impõe desafios. E um pesquisador que, de forma inquieta, deseje analisar as tendências de mudanças, ou mesmo as reformas da educação, deve partir justamente dessas dúvidas e desafios.

Desde tempos remotos, a educação é pautada pelo princípio que inter-relaciona o processo educativo e o desenvolvimento das sociedades, no qual educar e formar significam integrar o homem ao seu meio, a uma dada cultura e a um determinado momento histórico. Dessa forma, a sociedade traçou os rumos da atividade de transmissão dos seus valores, símbolos, arcabouços culturais e ideológicos para as novas gerações, bem como da formação dessas gerações para o trabalho.

Abordando a concepção crítico-social da educação, Libâneo (2005, p.81) afirma:

Em sentido amplo, a educação compreende o conjunto dos processos formativos que ocorrem no meio social, sejam eles intencionais ou não, institucionalizados ou não. Integra, assim, o conjunto dos processos sociais, pelo qual se constitui como uma das influências do meio social que compõe o processo de socialização. Em sentido estrito, a educação diz respeito a formas intencionais de promoção do desenvolvimento individual e de inserção social dos indivíduos, envolvendo especialmente a educação escolar e extra-escolar.

O permanente diálogo educação-sociedade se traduz em um conjunto de teorias que reflete as contradições e os paradigmas que essa relação produz.

A educação, assim, torna-se uma prática social que, segundo Libâneo (2005, p.82)

Cunhada como influência do meio social sobre o desenvolvimento dos indivíduos na sua relação ativa com o meio natural e social, tendo em vista,

precisamente, potencializar essa atividade humana para torná-la mais rica, mais produtiva, mais eficaz diante das tarefas da práxis social postas num dado sistema de relações sociais.

Nesse contexto amplificado da relação sociedade-educação, Gadotti (2004b, p.43) afirma que:

A educação participa inevitavelmente do debate no qual a nossa sociedade em crise se encontra envolvida e da angústia que ela suscita. A educação é um lugar onde toda a nossa sociedade se interroga a respeito dela mesma, ela se debate e se busca: educar é reproduzir ou transformar, repetir servilmente aquilo que foi, optar pela segurança do conformismo, pela fidelidade à tradição ou, ao contrário, fazer frente à ordem estabelecida e correr o risco da aventura; querer que o passado configure todo o futuro ou partir dele para construir outra coisa.

Assim, a educação é um processo amplo de transformação ou reprodução onde os atores, educadores e educandos, ao se inter-relacionarem, constroem um universo de questionamentos e trocas que se constitui na própria formação. Partindo dessa concepção, é fundamental o alerta de Paulo Freire, que insiste que “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas” (FREIRE, 2004, p.14).

É necessário, assim, esclarecer que o termo educação é mais amplo no que concerne ao universo da formação, entendida como uma instituição social que inclui a estrutura organizacional e administrativa, constituindo-se no que se conhece como sistema educativo: a educação-processo como sendo a ação educadora representada pelas diversas ações e atividades formativas, além da educação-produto, caracterizada pelos resultados obtidos dessas ações (LIBÂNEO, 2005).

O termo “ensino”, comumente utilizado para designar a educação como um todo, envolveria mais essa noção da educação-processo, ou seja, a ação educativa propriamente dita, suas influências e conseqüências nas abordagens metodológicas, contida no conceito “educação”. Assim sendo, no presente trabalho adotar-se-á esta

última terminologia, que propicia uma conceituação mais ampla, como a acima descrita, para a análise proposta.

Outro aspecto importante, que serve como pressuposto para uma análise da educação, diz respeito ao dinamismo do processo educativo. As noções de reformas e mudanças em educação estão fortemente vinculadas a esse dinamismo e ao aparecimento, principalmente no século XX, de inúmeras teorias educativas que buscam explicar conceitos, renovar princípios e introduzir idéias que dão conta das necessidades momentâneas da formação nestes tempos de acelerado desenvolvimento do conhecimento.

Demo (2006) afirma que, embora o professor arquitete, de forma consciente, mudanças na vida do estudante, esse mesmo educador muitas vezes não tem consciência de que tais mudanças devem ocorrer também com ele. O autor (p.107) aponta que

Não haveria absurdo mais comprometedor do que um professor que não aprende mais, ou, pior ainda, que sequer sabe aprender, produto comum nos cursos de pedagogia e licenciatura. Pode-se entender a resistência à mudança, porque, em termos sociais, existe a tendência à rotina: as pessoas se sentem seguras em ambientes rotineiros, porque está excluída a surpresa desagradável; é mais cômodo dar sempre a mesma aula, fazer sempre a mesma prova, ir e vir do mesmo jeito, contar a mesma piada. No entanto, a escola e a universidade trabalham com algo que é endogenamente explosivo: aprendizagem reconstrutiva e conhecimento disruptivo. Se, de um lado, a escola não pode mudar como se troca de camisa, de outro, é intolerável que continue mantendo a imagem de instituição parada no tempo.

Esse dinamismo histórico também está presente nos questionamentos de Gadotti (2004b, p.89), quando indaga:

Como pode o educador assumir um papel dirigente na sociedade se na sua formação o todo social resume-se a uns poucos conhecimentos de métodos e técnicas pedagógicas ou a uma história da educação que se perdeu no passado e nunca chega aos nossos dias? Como pode uma nação esperar que as novas gerações sejam educadas para o progresso, o desenvolvimento econômico e social, para a construção do bem estar para todos, sem uma sólida formação política?

A noção de mudança na educação implica uma observação peculiar sobre a realidade. Reformas educacionais podem assumir diferentes enfoques, sejam eles de natureza administrativa, curricular ou metodológica, mas passam, necessariamente, pela visão da realidade e, segundo este olhar, assumem e caminham para uma determinada direção, influenciadas pelas forças externas, internas e político-ideológicas do meio onde as transformações se dão ou, pelo menos, deveriam se dar.

Para Sacristán (1996, p.58),

A primeira condição de uma reforma transformadora da realidade seria a de clarificar, para não confundir nem se auto-enganar, que desafios concretos coloca e com que medida pensa em alcançá-los; do contrário só servirá ao ritual da confusão de fazer com que tudo se mova para que nada mude [destaque nosso].

Freire (2003) aponta para um processo de mudança porém alerta que, para que esse processo de fato ocorra, há que existir ação e reflexão sobre a própria percepção que o trabalhador social - e aqui se incluem os educadores - tem da realidade. O autor afirma (p.50) que:

No momento que os indivíduos, atuando e refletindo, são capazes de perceber o condicionamento de sua percepção pela estrutura em que se encontram, suas percepções mudam, embora isso não signifique, ainda, a mudança da estrutura. **Mas a mudança da percepção da realidade, que antes era vista como algo imutável, significa para os indivíduos vê-la realmente como ela é: uma realidade histórico-cultural, humana, criada pelos homens e que pode ser transformada por eles [destaque nosso].**

A análise que se baseia nos princípios de educação e sociedade, ideologia e transformação, ou seja, de cunho crítico-social, e que é o referencial adotado nesta pesquisa, assume que a educação e a política são processos inseparáveis.

Abordando a educação como um processo político, Gadotti (2004b, p.88) ressalta que

Discutir a questão política da educação não significa reduzir tudo ao político, como se o político explicasse tudo. Significa **não ignorar os prolongamentos políticos do ato pedagógico**. Perceber, por exemplo, que há uma estreita relação entre o rendimento escolar do aluno e as suas

condições sociais e econômicas. Perceber, em relação a esse fato, que o aluno que recebe a melhor nota é, principalmente, aquele que tem origem social privilegiada. Perceber ainda o acesso à escola continua sendo privilégio. Mas não só estabelecer relações entre a escola e a sociedade, senão **estabelecer relações também entre o que se ensina e o conteúdo ideológico do que se ensina**, entre os valores que testemunha o educador e os padrões de comportamento exigidos por uma sociedade ou pelo grupo social dominante [destaque nosso].

A partir do princípio que considera o ato pedagógico - e portanto a educação - como um ato político, na medida em que interfere nas relações sociais, forma indivíduos para atuarem em uma determinada sociedade, ou seja, num dado coletivo, e propõe-se a transformar e transformar-se, a análise desse processo deve estar vinculada a uma perspectiva política sem, contudo, atribuir todos os impasses desse dinamismo educacional às questões políticas.

Ao analisar a postura do professor como um intelectual transformador, Giroux (1997, p.163) aborda essa questão, postulando

Essencial para a categoria de **intelectual transformador** é a necessidade **de tornar o pedagógico mais político e o político mais pedagógico**. Tornar o pedagógico mais político significa inserir a escolarização diretamente na esfera política, argumentando-se que as escolas representam tanto um esforço para definir-se o significado quanto uma luta em torno das relações de poder [destaque nosso].

Muito se tem falado sobre a crise que a educação - aí se incluindo a educação superior (ES) - tem atravessado. Os debates acerca da crise na educação ora se direcionam aos aspectos relacionados à qualidade do ensino, ora àqueles de caráter técnico e curricular, questionando o processo. E é justamente nesse âmbito que cabe mencionar a filósofa política Hanna Arendt que, em um dos poucos manuscritos que escreveu sobre a educação, atenta para a oportunidade que a crise pode gerar, quando afirma que:

É a oportunidade, proporcionada pelo próprio fato da crise- que dilacera fachadas e oblitera preconceitos-, de explorar e investigar a essência da questão em tudo aquilo que foi posto a nu, e a essência da educação é a natalidade, o fato de que seres nascem para o mundo. O desaparecimento de preconceitos significa simplesmente que perdemos as respostas em que nos apoiávamos de ordinário sem querer perceber que originariamente elas constituíam respostas às questões. Uma crise nos obriga a voltar às

questões mesmas e exige respostas novas ou velhas, mas de qualquer modo julgamentos diretos. Uma crise só se torna um desastre quando respondemos a ela com juízos pré-formados, isto é, com preconceitos. Uma atitude dessas não apenas aguça a crise como nos priva da experiência e da oportunidade por ela proporcionada à reflexão (ARENDT, 2007, p.223).

A educação superior também passa, nos últimos anos, por transformações e crises. A reflexão acerca do processo de produção do conhecimento acadêmico, o desenvolvimento tecnológico e as mudanças na sociedade exigem da universidade um exercício de auto-avaliação permanente, para a manutenção de um vínculo produtivo com a sociedade e o não isolamento em um ambiente asséptico, em uma ilusão constante de estar formando profissionais voltados às necessidades da população.

Neste momento de movimentação e de crise da educação odontológica, as oficinas realizadas pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) nos anos de 2005 e 2006 contribuíram para a reflexão sobre as mudanças e/ou reformas necessárias para que os cursos de graduação se ajustassem às Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas em 2002 (BRASIL, 2002a). Com o intuito de aprofundar as reflexões resultantes das oficinas realizadas no país com diversas Instituições de Ensino Superior (IES) que mantêm cursos de graduação em odontologia, este trabalho procura trazer conceitos da educação e, mais especificamente, da teoria crítica da educação. Portanto, pretende-se contribuir para a análise desse processo de mudanças a partir de referenciais que subsidiem o debate, bem como utilizar a oportunidade que a crise da educação odontológica enfrenta para encontrar novas respostas a velhas perguntas.

Nos últimos 20 anos, o Brasil vem atravessando um importante processo de reconstrução das estruturas democráticas. O final do período autoritário impôs à sociedade brasileira importantes desafios no que diz respeito à remodelação de

serviços essenciais de bem-estar, como a saúde e a educação, visando adaptá-los a uma nova visão, que reflita os anseios e as necessidades de todo o tecido social brasileiro.

O movimento de reforma sanitária pode ser considerado como a maior experiência de construção da consciência sanitária na história do país e que gerou, no âmbito do marco constituinte (BRASIL, 1988), o delineamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que reafirmou a noção do direito à saúde de cada cidadão numa perspectiva integral e universal, refletindo as necessidades de cada usuário do sistema em uma ampla visão do processo saúde/doença. E, nesse novo contexto de construção do sistema de saúde brasileiro, as instituições formadoras de recursos humanos (RH) assumem um papel fundamental.

A revisão do papel da educação superior na sociedade, a inter-relação entre ambas - na qual a primeira atua como produtora de conhecimento pertinente -, e a devida reestruturação das filosofias pedagógicas tornaram-se objetos importantes de análise em todas as áreas da universidade, inclusive naquela diretamente ligada à saúde.

A perspectiva de mudanças na educação superior - especialmente nos cursos voltados à formação de profissionais de saúde - neste momento marcado pela globalização, pelo neoliberalismo, e pelo desenfreado avanço tecnológico, vem acompanhada de profundas contradições.

Ao abordar o crescimento das universidades de massa durante a segunda metade do século XX, Garcia (2003) aponta que esse processo não foi acompanhado por medidas adequadas para prover respostas às exigências da sociedade.

Ao mesmo tempo em que se voltou à produção e à pesquisa de um saber científico e tecnológico altamente especializado, formando **profissionais que atendessem às necessidades do mercado de trabalho globalizado e competitivo** e aliando a produção do saber e da cultura às regras impostas pelo sistema econômico, a universidade ainda se mantém distante de questões fundamentais, como aquelas que se referem às competências na formação profissionalizante durante a graduação e às estratégias necessárias para fazer, de seus egressos, atores críticos e eficientes em todos os aspectos que permeiam a vida em sociedade.

No Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI destinado à *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), Delors (2006) enfatiza que incumbe à universidade a formação de profissionais atentos às necessidades da vida econômica e social. Essa tarefa requer o confronto entre múltiplos desafios, até porque, na permanente busca por novos paradigmas, o ensino superior pretende “recuperar seu papel orientador, iluminador e provocador das mudanças sociais, econômicas e culturais” (GARCIA, 2003, p.14).

Martins (2000, p. 57) aponta que a “tradição da educação superior brasileira não é universalista. Mais do que em outros países, ela ainda permanece com fortes traços elitistas”. Ao abordar o processo de crescimento do número de IES na década de 1990, o autor afirma que esse fenômeno introduziu novos mecanismos de discriminação e distinção social, especialmente “aqueles ligados ao recorte público/privado, universidade/instituição isolada, ensino de elite/ensino de massa,

cursos dominados por camadas privilegiadas socialmente/cursos que absorvem um público socialmente heterogêneo, graduação/pós-graduação, etc.” (op. cit., p.57).

Nesse contexto, faz-se necessária uma análise das pressões internas que geram resistências a mudanças fundamentais no seio do ambiente acadêmico. As correlações de forças e poder interno nas estruturas departamentais dificultam ações de amplo foco que se reflitam na relação docente/aluno, nas estratégias de aprendizagem, nos cenários pedagógicos envolvidos no processo, além de fortalecer a premissa de um saber compartimentado através de disciplinas.

A transformação desse modelo de ensino historicamente compartimentado, focado nas especialidades e voltado à formação de profissionais da área de saúde enquadrados em um modelo hegemônico organicista, para um modelo integral e que reflita a realidade epidemiológica do país na perspectiva do Sistema Único de Saúde requer uma análise cuidadosa, até porque inúmeras são as variáveis que influenciam as mudanças no contexto da educação superior e, mais particularmente, daquela voltada à área da saúde.

A saúde bucal brasileira acompanhou os avanços da estruturação do SUS buscando novas estratégias de atenção, procurando universalizar o acesso a um conjunto de ações tanto curativas quanto preventivas. O avanço da política nacional de saúde bucal nos últimos anos configurou-se em importante perspectiva para o sistema de atenção, incorporando um significativo número de profissionais de nível superior e técnico, incrementando a noção de trabalho da equipe de saúde bucal integrada às equipes de saúde da família, e não mais centralizada na figura única e magistral do cirurgião-dentista (HADDAD et al., 2006b).

Assumir, no âmbito acadêmico, a necessidade de mudar conteúdos programáticos nos cursos de graduação em odontologia faz parte desse processo

construtivo de busca por um modelo de saúde bucal coerente com os princípios do SUS. Esse movimento implica assumir a existência - na perspectiva da formação de trabalhadores da saúde bucal - de um grande paradoxo, que envolve a educação odontológica no Brasil. A existência centenária da instituição acadêmica responsável por formar cirurgiões-dentistas convive com um perfil epidemiológico de saúde bucal que indica graves questões ainda não solucionadas, com ênfase ao edentulismo nas populações de adultos e de idosos, e à perda dental precoce por cáries no segmento de jovens brasileiros.

Esse processo vem ocorrendo em paralelo aos projetos de integração docente-assistencial, e refletiu-se na construção das Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002a). A preocupação de integrar as políticas públicas de saúde às propostas acadêmicas de reformulação do ensino médico possibilitou a criação de importantes iniciativas nos três últimos anos, como o Projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS Brasil, BRASIL, 2004b), além de programas que visam adaptar os cursos de graduação às necessidades e diretrizes do SUS, como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED – BRASIL, 2005b) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005c).

Esse modelo de articulação tem importantes reflexos nos paradigmas da educação odontológica, tanto no âmbito das IES quanto no segmento das políticas públicas de saúde. O modelo hegemônico do ensino odontológico, ainda fortemente estruturado nas faculdades de odontologia, mantém o *status-quo* de um poder cientificista clássico, que resiste às mudanças integradoras e relega as discussões voltadas à saúde bucal coletiva e às políticas públicas de saúde a uma situação

secundária e, por vezes, marginal. Assim, tais discussões - cuja relevância não pode ser ignorada ou menosprezada nos dias que correm - transformam-se em mais um conteúdo de disciplinas obrigatórias, sem ganhar a importância de que se revestem no arcabouço teórico-legal do sistema de saúde brasileiro.

A visão biologicista da doença, e o enfoque no adestramento técnico da assistência clínico-restauradora, agregados às questões didáticas e estruturais, afastaram a formação acadêmica odontológica das reais necessidades da maioria da população brasileira. Além disso, restringem a perspectiva da prática à visão clássica de ensino/prática, sempre com foco nas camadas sociais cujo poder econômico permite o acesso às clínicas odontológicas privadas: perversamente, promovem e/ou acirram, nos alunos, preconceitos com relação às outras possibilidades profissionais o quê, muitas vezes, frustra os egressos quando se deparam com a realidade que lhes está posta obtêm o título de cirurgiões-dentistas.

Neste sentido, a análise prospectiva das informações obtidas nas oficinas realizadas pela ABENO permite fazer um retrato do presente e traçar um referencial de futuro baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e nos conceitos fundamentais estabelecidos pela reforma sanitária desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986b), após 20 anos de sua realização.

Desta forma, saber como estamos, para qual direção rumamos e por qual razão ainda não temos envidado esforços para atingir os objetivos desejados constitui-se no eixo desta análise da educação odontológica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Neoliberalismo e educação superior

Acompanhando o desenvolvimento econômico, social e tecnológico da sociedade, a educação, em todos os seus níveis - aí se incluindo o ensino superior -, passou por significativas transformações no decorrer do século passado.

Garcia (2003) aponta que o crescimento econômico, a exigência de maior qualificação para uma maior diversidade de postos de trabalho, e a conquista da democracia provocaram uma mudança na concepção e na realidade da universidade. O rápido processo de globalização da informação e a criação de novas tecnologias alteraram as relações, os estilos de vida e os modos de comunicação, gerando novos problemas, novas necessidades e novas possibilidades de dar resposta a problemas novos.

Catani, Oliveira e Dourado (2001) afirmam que a conjuntura histórica atual é permeada por cenários complexos e contraditórios, especialmente no que diz respeito às transformações no mundo do trabalho. Segundo os autores:

Dentre os processos sociais e as polêmicas contemporâneas destacam-se, atualmente, aquelas envolvendo a problemática do conhecimento e da formação profissional face ao processo de reestruturação produtiva do capitalismo global (p. 68).

Para Dourado, Catani e Oliveira (2003), no processo de reestruturação capitalista, compete à universidade

contribuir significativamente com a produção da mais-valia relativa, ou seja, ela deve formar profissionais e gerar tecnologias e inovações que sejam colocadas a serviço do capital produtivo. Nesta ótica capitalista, só é produtiva a universidade que vincula sua produção às necessidades do

mercado, das empresas e do mundo do trabalho em mutação, ou seja, subordina sua produção acadêmica formal e concretamente às demandas e necessidades do mercado e do capital (p. 19).

Em tal contexto de evolução e crescimento, o ensino superior depara-se com uma efetiva contradição, já que esse processo não foi acompanhado de medidas adequadas para dar resposta às exigências da sociedade (GARCIA, 2003). Segundo a autora, a universidade tem como propósito desenvolver o saber e difundir o conhecimento, porém deve ser sensível aos problemas da sociedade para produzir o conhecimento que esta efetivamente necessita para melhorar a qualidade de vida de todos os indivíduos que a integram.

Esse processo de mudanças no ensino, e em particular no ensino superior, vem acompanhado de transformações no cenário econômico, principalmente na década de 1990, com a adoção do neoliberalismo como pilar das reformulações dos sistemas capitalistas ocidentais.

Abordando o neoliberalismo, Dourado (2002, p. 235) sintetiza o ideário econômico-social desse momento quando afirma:

A crítica ao Estado intervencionista, efetivada pelos partidários do neoliberalismo, e a busca da minimização da atuação do Estado no tocante às políticas sociais, pela redução ou desmonte das políticas de proteção, são prescritas como caminho para a retomada do desenvolvimento econômico por meio da reforma do Estado. A defesa ideológica dessa reforma é implementada pelo discurso de modernização e racionalização do Estado, objetivando, desse modo a superação das mazelas do mundo contemporâneo (desemprego, hiperinflação, redução do crescimento econômico...) e da adaptação às novas demandas pelo processo de globalização em curso.

A reformulação do papel do Estado na condução de políticas públicas produziu um movimento de mudanças negativas no âmbito da educação e da saúde, inclusive no ensino superior. Além da descapitalização e desestruturação da universidade pública, assiste-se à expansão de universidades privadas, caracterizando um processo de mercadorização do ensino superior (SOUZA SANTOS, 2005). Segundo o autor, esses dois processos são

os dois pilares de um vasto projecto global de política universitária destinado a mudar profundamente o modo como o bem público da universidade tem sido produzido, transformando-o num vasto campo de valorização do capitalismo educacional (p. 18).

O autor também destaca o problema do acesso à universidade na era neoliberal quando afirma que, “com a transformação da universidade num serviço a que se tem acesso, não por via da cidadania, mas por via do consumo e, portanto, mediante pagamento, o direito à educação sofreu uma erosão radical” (SOUZA SANTOS, 2005, p. 25).

A última década do século XX, em especial o período conhecido como “era FHC”, marcou um processo de reestruturação do Ensino Superior no Brasil. Para Dourado, Catani e Oliveira (2003, p. 20), esse processo se caracterizou pela

[...] diversificação e diferenciação das instituições e da oferta de cursos, considerados de nível superior, pela expansão acelerada de vagas, especialmente nas IES do setor privado, pelo ajustamento das IES públicas a uma perspectiva gerencialista, produtivista e mercantilizadora e pela reconfiguração e implementação de um amplo sistema de avaliação, centrado nos produtos acadêmicos, por meio de testes standardizados que ampliaram a competição no sistema.

Leher (2003) aponta que aquele período caracterizou-se pela aplicação da doutrina neoliberal, conduzida por uma burocracia com ela afinada, que gerou um movimento de mercantilização do ensino superior atendendo às exigências do Banco Mundial, para o qual este deve “espelhar-se no mercado, mesmo que de uma economia deformada por sua condição capitalista dependente” (p. 86).

O Banco Mundial teve, durante a década de 1990 e o início da década de 2000, importante papel na consolidação do ideário neoliberal no mundo capitalista, e seus documentos acerca das reformas no ensino superior refletem a “onda” reformista neoliberal.

O documento denominado “*La Enseñanza Superior: las lecciones derivadas de la experiencia*” (BANCO MUNDIAL, 1994) traz orientações destinadas às

reformas na educação superior que denotam claramente a vinculação à mercantilização da mesma. Tais orientações seriam (p. 29):

- Fomentar la mayor diferenciación de las instituciones, incluyendo el establecimiento de instituciones privadas;
- Proporcionar incentivos para que las instituciones públicas diversifiquen las fuentes de financiamiento, entre ellas, la participación de los estudiantes en los gastos, y la estrecha vinculación entre el financiamiento fiscal y los resultados;
- Redefinir la función del gobierno en la enseñanza superior
- Adoptar políticas que estén destinadas concretamente a otorgar prioridad a los objetivos de calidad y equidad.

Sguissardi (2000, p. 6) aponta que “cada uma destas orientações supõe explícitas ou implícitas concepções teórico-políticas em torno da educação superior e de suas relações com o Estado e a sociedade civil”.

A política educacional proposta pelo Banco Mundial (1994) é indutora de reformas destinadas a subsidiar o ideário neoliberal quando brande com a racionalização, os ajustes econômicos e a privatização do bem público, acompanhando a lógica do campo econômico (DOURADO, 2002).

Analisando as conseqüências desse processo neoliberalizante, Hill (2003, p. 33) aponta:

Nas universidades e estabelecimentos de cursos superiores vocacionais a linguagem da educação foi amplamente substituída pela linguagem do mercado, aonde os professores universitários entregam o produto, “operacionalizam a entrega”, e “facilitam o aprendizado dos clientes”, dentro de um regime de “gestão de qualidade” em que os estudantes viram fregueses selecionando módulos ao acaso aonde, nas universidades, “o desenvolvimento da habilidade técnica” ganha importância em detrimento do desenvolvimento do pensamento crítico.

Para Germano (2001), a priorização de preocupações com o mercado faz com que esse receituário desqualifique as necessidades da sociedade, pois não faz referência à cidadania ou ao cidadão, mas mantém o foco no cliente. Desaparece, assim, a noção de cidadão de direito para dar espaço à idéia de consumidor.

De acordo com Souza Santos (2005, p.49),

A posição do Banco Mundial na área da educação é talvez das mais ideológicas que este tem assumido na última década (e não têm sido poucas) porque, tratando-se de uma área onde ainda dominam interações não mercantis, a investida não pode basear-se em mera linguagem técnica, como a que impõe o ajuste estrutural.

Analisando esse processo de mudanças no perfil do ensino superior no Brasil, Dourado (2002, p. 245) afirma que:

A educação superior no Brasil é emblemática na medida em que se reestrutura, rompendo com o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, por meio de ações deliberadas em prol de um crescente processo expansionista, balizado por políticas indutoras de diversificação e diferenciação institucional, o qual, no caso brasileiro, tem significado uma expansão pautada, hegemonicamente pelo aligeiramento da formação e pela privatização desse nível de ensino.

Assim, a educação superior no Brasil passou por profundas transformações advindas do sucateamento das instituições públicas, fruto de uma política clara de diminuição da atuação direta do Estado. Esse quadro, inclusive, fomentou o aprofundamento da parceria público-privada através de várias modalidades, como o aumento de cursos de extensão pagos e o fortalecimento dos vínculos entre as fundações privadas e as universidades públicas (CARVALHO, 2006b).

2.2 A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais

Os aspectos jurídicos dos processos de reformulação do ensino superior no país nos últimos 10 anos foram ratificados com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil (Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996 – BRASIL, 1996).

A LDB (BRASIL, 1996) procurou refletir as mudanças necessárias para a atualização do ensino brasileiro em todos os níveis numa perspectiva de

modernização, qualificação e democratização das estruturas educacionais do país, bem como de formação dos atores dos processos pedagógicos.

É importante destacar que, tendo sido aprovada em meados da década de 1990, a LDB (BRASIL, 1996) reflete um momento de contradições com relação à estruturação do ES no país, na medida em que, embora essa legislação específica representasse a possibilidade de adequar do sistema às necessidades educacionais da sociedade brasileira, o que se viu na prática foi uma adequação neoliberal às necessidades do mercado educacional que não refletem, necessariamente, as reais necessidades educacionais brasileiras em todos os níveis, aí se incluindo a educação superior.

Nos artigos 43 a 57, a LDB (BRASIL, 1996) trata da estruturação do ensino superior, contemplando desde aspectos conceituais até administrativos, tanto no âmbito da graduação quanto no da pós-graduação. No presente trabalho serão destacados os artigos pertinentes às questões da reformulação do conteúdo curricular dos cursos superiores, dirigindo a reflexão para a área da saúde.

A LDB (BRASIL, 1996) enfatiza a necessidade de rever os conceitos de ensino superior na conjuntura atual quando afirma, no artigo 43, que, entre as finalidades do Ensino Superior encontra-se:

VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; [...]

Esse processo de reformulação da relação universidade-sociedade pode contribuir para a revisão dos conceitos político-pedagógicos do ensino brasileiro na área médica sem, contudo, ferir o conceito de autonomia da universidade pois, sendo a saúde de relevância pública e um direito constitucional da população, a implementação de política pública de mudanças na graduação possibilitaria adequar

as diretrizes constitucionais do SUS às normas gerais colocadas pela LDB (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

As Leis de Diretrizes e Bases da Educação anteriores, aprovadas em 1961 e em 1968, apresentavam a noção de currículos mínimos obrigatórios para cada curso superior, sendo estes organizados e aprovados por Resoluções do Conselho Federal de Educação (SOUZA, 2001).

Segundo Souza (2001, p. 129), o currículo mínimo era

[...] um rol de matérias fundamentais ao curso, elaborado pelos conselheiros, com a colaboração de especialistas, de professores universitários e de profissionais do ramo de atividades correspondente à graduação.

O autor segue descrevendo o processo de elaboração do currículo mínimo:

Ao Conselho cabia fixar as matérias integrantes do currículo mínimo de determinado curso, ficando a cargo das instituições de ensino procederem ao desdobramento de cada delas em disciplinas, o que resultava no currículo pleno. O currículo pleno, constante do regimento da instituição, desde que aprovado pelo Conselho de Educação a que se vincula a escola, passava a comandar as ações pedagógicas do curso (p. 129).

Essa noção de currículo mínimo tinha como objetivos, segundo o Parecer nº67/2003, da Câmara de Educação Superior (CNE) do Conselho Nacional da Educação (CNE), que trata do referencial para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação (BRASIL, 2003):

1. observar normas gerais válidas para o País, de tal maneira que ao estudante fossem assegurados, como “igualdade de oportunidades” e como critério básico norteador dos estudos, os mesmos conteúdos e até com a mesma duração e denominação, em qualquer instituição. Os atos normativos, que fixavam os currículos mínimos, também indicavam sob que denominação disciplinas ou matérias deveriam ser alocadas no currículo, para se manter os padrões unitários, uniformes, de oferta curricular nacional;
2. assegurar uniformidade mínima profissionalizante a todos quantos colassem graus profissionais, por curso, diferenciado apenas em relação às disciplinas complementares e optativas;

O currículo mínimo, entendido dessa maneira, promovia o engessamento da formação acadêmica e, se por um lado era justificado pela necessidade de adequar a formação de indivíduos para exercer profissões então regulamentadas pelo

Ministério do Trabalho – garantindo-lhes uma formação mínima -, por outro “nunca se provou que isso fosse uma garantia de qualidade para esses profissionais” (SOUZA, 2001, p.130).

A LDB de 1996 (BRASIL, 1996) revoga essa “camisa de força”, quando determina que:

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

[...]

II. fixar os currículos de seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes;

O documento do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras (FORGRAD, 1999), denominado “Plano Nacional de Graduação” e que integrou o processo de elaboração das diretrizes curriculares, aponta que as instituições de ensino superior devem:

[...] superar as práticas vigentes derivadas da rigidez dos currículos mínimos, traduzida em cursos com elevadíssima carga horária, número excessivo de disciplinas encadeadas em sistema rígido de pré-requisitos, em cursos estruturados mais na visão corporativa das profissões do que nas perspectivas da atenção para com o contexto científico-histórico das áreas do conhecimento, do atendimento às demandas existentes e da indução de novas demandas mais adequadas à sociedade.

Essa abordagem sobre a rigidez dos currículos e os efeitos negativos dos currículos mínimos é confirmada na análise apresentada no Parecer nº 67/2003 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2003), que trata do Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais, que pondera:

Dado esse caráter universal dos currículos mínimos para todas as instituições, constituíam-se eles numa exigência para uma suposta igualdade entre os profissionais de diferentes instituições, quando obtivessem os seus respectivos diplomas, com direito de exercer a profissão, por isto que se caracterizavam pela rigidez na sua configuração formal, verdadeira “grade curricular”, dentro da qual os alunos deveriam estar aprisionados, submetidos, não raro, até aos mesmos conteúdos, prévia e obrigatoriamente repassados, independentemente de contextualização, com a visível redução da liberdade de as instituições organizarem seus cursos de acordo com o projeto pedagógico específico ou de mudarem atividades curriculares e conteúdos, segundo as novas exigências da ciência, da tecnologia e do meio.

Souza (2001, p. 130) ainda afirma que essa autonomia para reformular os currículos dentro das Diretrizes Curriculares demandará um “lento e difícil exercício de criatividade e bom senso por parte das instituições de ensino, que, por muitos anos, se acomodaram nas facilidades dos antigos e superados currículos mínimos”.

A LDB confere maior flexibilidade à organização dos currículos mas, ao mesmo tempo, introduz a questão da centralização dos processos de avaliação institucional. Conforme aponta Dourado (2002, p. 242):

A LDB reserva à educação superior um conjunto de princípios que indicam alterações para esse nível de ensino, balizado, de um lado, paradoxalmente, pelos processos ditos de descentralização e flexibilização presentes nessa legislação e, de outro lado, por novas formas de controle e padronização por meio de processos avaliativos estandardizados.

Para Cury (1998, p. 75), a flexibilidade, no contexto da LDB, apresenta duas abordagens contraditórias sobre as quais é necessário refletir na abordagem do fim do engessamento curricular.

A dialética da flexibilidade é a coexistência de contrários. Ela é convite à criatividade que alça o vôo liberto da desregulamentação cartorial e burocrática, através da autonomia escolar e sua respectiva proposta pedagógica. Afirmativa, essa vertente da flexibilidade como princípio da desconstrução da heteronomia deve ser vista como positiva e não pode significar um medo à liberdade. Mas ela também é vertigem na medida que pode se tornar um risco de descompromisso. A descentralização “para baixo” é também possibilidade de acobertamento da *precariedade* dos sistemas [grifo do autor].

Esses conflitos possíveis, advindos da fixação de currículos mínimos, são retratados, inclusive, no Parecer nº 776/97 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 1997a), que trata das orientações para as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação. No citado parecer, os relatores postulam que:

Deve-se reconhecer, ainda, que na fixação dos currículos muitas vezes prevaleceram interesses de grupos corporativos interessados na criação de obstáculos para o ingresso em um mercado de trabalho marcadamente competitivo, o que resultou, nestes casos, em excesso de disciplinas obrigatórias e em desnecessária prorrogação do curso de graduação.

Nesse sentido, a adesão - aceitação assentida - ou a conformação - aceitação sem adesão - aos preceitos e determinações de uma lei como a LDB, construída por inúmeras vozes políticas, às vezes conflitantes, estão diretamente ligadas às condições e possibilidades de um permanente diálogo entre as autoridades educacionais, as autoridades pedagógicas, a comunidade científica e a comunidade docente (CURY, 1998).

Colocados os parâmetros da LDB, inicia-se o processo de reformas curriculares dos cursos de graduação com a publicação do Edital nº 4/97 pelo Ministério da Educação e do Desporto (MEC – BRASIL, 1997b), convocando as IES a apresentarem propostas para as diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação. Segundo o edital, as DCN têm como objetivo:

[...] servir de referência para as IES na organização de seus programas de formação, permitindo uma flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas do conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas.

As Diretrizes Curriculares devem contemplar ainda a denominação de diferentes formações e habilitações para cada área do conhecimento, explicitando os objetivos e demandas existentes na sociedade.

Assim, desde o edital já se apresenta a necessidade de flexibilização, confirmando o conceito abordado pela LDB. Como princípios das DCN, presentes em documento eletrônico do MEC (BRASIL, 2007), apresentam-se:

- 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;
- 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 a uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno;
- Encorajar o aproveitamento do conhecimento, 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, as quais poderão ser incluídas como parte da carga horária;
- 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 parecer nº 776/97 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 1997a), que trata da orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, pontua a necessidade de que esses cursos contemplem aspectos relacionados à formação geral, sem estarem limitados a uma concepção centrada em conteúdos técnicos, como se observa no excerto abaixo:

Os cursos de graduação precisam ser conduzidos, através das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se para oferecer 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.

O parecer CNE/CES nº 67/2003 (BRASIL, 2003) também aponta para uma necessária reformulação do ensino superior que, respeitada a autonomia universitária, promova uma formação voltada a atender às demandas da sociedade:

Certamente, adviria uma nova concepção de autonomia universitária e de responsabilização das instituições não-universitárias, em sua harmonização com essas mudanças contínuas e profundas, de tal forma que ou as instituições se revelam com potencial para atender “às exigências do meio”, ou elas não se engajam no processo de desenvolvimento e se afastam do meio, porque não poderão permanecer preparando recursos humanos “despreparados” ou sem as aptidões, competências, habilidades e domínios necessários ao permanente e periódico ajustamento a essas mudanças. Com efeito, repita-se, não se cogita mais do profissional “preparado”, mas do profissional apto às mudanças e, portanto, adaptável.

Assim, as diretrizes curriculares indicam, dentro da flexibilização curricular, a inevitabilidade de alterações na concepção educacional do ensino superior que

condigam com as demandas da sociedade, incluindo as mudanças no mundo do trabalho, associado à reestruturação produtiva do capitalismo global (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001). Com relação ao perfil do profissional formado nessa conjuntura, os autores apontam que o processo de reformulação dos cursos de graduação está vinculado

[...] à idéia de que só a formação de profissionais dinâmicos e adaptáveis às rápidas mudanças no mundo do trabalho e às demandas do mercado de trabalho e às demandas do mercado de trabalho poderá responder aos problemas de emprego e de ocupação profissional (p. 77).

No que concerne à flexibilidade, Fernandes (2001, p.15) comenta que: “à flexibilidade e à autonomia conferidas corresponde uma avaliação estabelecida sobre padrões definidos e fixados previamente”.

Em que pese esse amplo processo de reformulações curriculares nos cursos de graduação, ainda se observam resistências. Para Catani, Oliveira e Dourado (2001),

Tais resistências, no interior das instituições, têm sido decorrentes, exatamente, das alterações que as reformas curriculares sugerem ou produzem nas práticas docentes e nas diferentes culturas institucionais. As reformas curriculares são vistas, por parte significativa dos docentes, como uma ameaça às suas crenças, valores, opções políticas, práticas didático-pedagógicas, etc. Há, também, vozes discordantes quanto aos pressupostos e finalidades dessa reformulação curricular dos cursos de graduação e, ainda, um contingente que vislumbra, nesse processo, um reducionismo da função da educação superior, particularmente, a universitária.

Essas considerações pressupõem um processo ameaçador às IES, na medida em que pode ser danoso, mais do que ao compromisso curricular oficial, às relações culturais e pedagógicas da instituição, componentes básicos do que se conhece como “**currículo oculto**”, que será discutido posteriormente neste trabalho.

2.3 O Currículo e a teoria crítica da educação

A implantação de diretrizes curriculares como forma de promover transformações na filosofia da formação profissional nas áreas de saúde no Brasil requer uma análise mais aprofundada sobre o significado do currículo como fenômeno político e social no âmbito das faculdades, bem como suas conseqüências no ensino dessas áreas. Assim é que Moreira e Silva (2005, p. 7) destacam:

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 uma relação com as questões que perguntem pelo “por quê” das formas de organização do conhecimento escolar.

O início do estudo sistemático do currículo remonta à década de 20 do século passado, e teve lugar nos Estados Unidos da América (EUA), com Bobbitt¹ (1924, apud SILVA, 2005, p. 12), que o definiu como “[...] um processo de racionalização de resultados educacionais, cuidadosa e rigorosamente especificados e medidos”. Segundo Silva (2005), e como se observa na citação acima, para Bobbit o currículo constituía-se em um conjunto de objetivos educativos específicos, procedimentos e métodos que pudessem ser precisamente mensurados. Essa abordagem de cunho positivista era fundamentada na noção de eficiência - posteriormente consolidada por Ralph W. Tyler -, cujo paradigma viria a influenciar as reflexões sobre o tema em grande parte dos países capitalistas durante quatro décadas. Tal paradigma, centrado em aspectos como organização e

¹ Bobbitt JF. How to make a curriculum. Boston; New York [etc.]: Houghton Mifflin; 1924.

desenvolvimento poderiam, para Tyler² (1949, apud SILVA, 2005, p. 15), responder às seguintes indagações:

1. Que objetivos educacionais deve a escola procurar atingir?
2. Que experiências educacionais podem ser oferecidas que tenham probabilidade de alcançar estes propósitos?
3. Como organizar eficientemente essas experiências educacionais?
4. Como podemos ter certeza de que esses objetivos estão sendo alcançados?

Para o autor, essas perguntas respondem à divisão clássica da atividade pedagógica quando se trata de currículo (questão 1), ensino e instrução (questões 2 e 3) e avaliação (questão 4).

Embora as propostas e a análise de Tyler (1949, apud SILVA, 2005) se mostrassem eficientes quanto às técnicas de elaboração de currículos de forma mecanizada - e por que não dizer, industrializada -, não eram suficientes para explicar os fenômenos subjetivos dos processos educativos, que delineiam as atividades pedagógicas de formação.

Com base em uma visão dialética neomarxista, autores clássicos da teoria crítica da educação introduziram um processo de análise que demarca a influência da estrutura social vigente sobre a cultura escolar, replicando os componentes ideológicos hegemônicos e a reprodução dos mecanismos de dominação, seja através de metodologias específicas, seja através do discurso conduzido no âmbito interno da instituição. Entre esses autores destacam-se Bowles e Gintis (1979) que, ao estudarem as escolas americanas, apontam-nas como locais de reprodução das relações sociais que caracterizam a sociedade capitalista. Para tais autores, a escola espelha, em seu funcionamento, as relações sociais do local de trabalho.

² Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago; 1949.

Outro autor que debateu as condições de poder e reprodução cultural nas escolas foi Bernstein³ (1974, apud GADOTTI, 2004a, p. 192), que desenvolveu uma linha de raciocínio fundamentada na idéia de que “o currículo, a pedagogia e a avaliação constituiriam sistemas de mensagens cujos princípios estruturais subjacentes representam modos de controle social”.

Kemmis (1998) lembra que, freqüentemente, as críticas relacionadas aos debates sobre os currículos e a sua natureza consideram-nos exercícios acadêmicos estéreis. Segundo o autor, a discussão sobre o currículo excede os conteúdos embora, muitas vezes, não dê a devida importância ao significado mais amplo deste. Assim sendo, afirma:

La comprensión de lo que el currículum es y hace- la construcción de la teoría del currículum- no parece constituir, curiosamente, ningún problema para muchos de los participantes de los actuales debates sobre educación. Parece como si se hubiese llegado a un amplio acuerdo sobre lo que significa entender una actividad práctica, socialmente construida e históricamente formada, como la educación (p. 13).

Os aspectos relacionados à ideologia, ao poder, à reprodução social e à resistência na educação - que formam o campo da teoria crítica da educação que propõe uma inversão das teorias tradicionais, como a de Tyler⁴ (1949, apud SILVA, 2005) - são o foco da análise de teóricos da educação. Ainda que não se constitua em objeto de avaliação do presente trabalho, essa configuração da teoria educacional é imprescindível para a análise do processo de implantação de diretrizes curriculares que se proponham a modificar a perspectiva da formação dos profissionais da saúde no Brasil – em que pesem as contradições que o caracterizam.

³ Bernstein, B. Class, codes and control: theoretical studies towards a sociology of language. New York: Schocken Books; 1974.

⁴ Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago; 1949.

A teoria crítica da educação tem, como origem de suas concepções, as análises críticas sobre a sociedade da conhecida Escola de Frankfurt na qual se inscrevem, como membros, importantes figuras do pensamento moderno - como Max Horkheimer, Theodor Adorno, Walter Benjamim e Herbert Marcuse, entre outros - e que, atualmente, conta com Jürgen Habermas como um de seus principais representantes.

A Escola de Frankfurt, em sua fase inicial, e seguindo uma perspectiva crítica moderna como tentativa de diferenciar a teoria crítica da “teoria tradicional ou positivista”, para Torres (2003, p. 104),

Propôs como necessária uma concepção alternativa das ciências sociais, que pudesse compreender a natureza da sociedade como uma totalidade histórica, em vez de um agregado de determinantes mecânicos ou de fundamentos abstratos. Além disso, argumentou-se que tal análise não poderia assumir a forma de uma contemplação indiferente e isenta de valores da realidade social, mas deveria estar envolvida conscientemente no processo de sua transformação.

Acompanhando essa percepção da sociedade da Escola de Frankfurt, a pedagogia crítica adota uma teoria radical e uma análise da escola que incorporam a análise política do processo educativo, as relações de poder nele existentes e as consequências destas sobre os currículos explícito e oculto, inovando as metodologias de pesquisa na área da educação (GIROUX, 2001; MCLAREN, 1998).

Entre as inúmeras contribuições da Escola de Frankfurt, encontra-se a abordagem crítica ao princípio meritocrático da educação, no qual a escola adota um programa de ação mais positivo para superar a limitação de oportunidades dos sujeitos, baseado em classes nas quais as medidas de inteligência, de capacidade de agrupamento social e de diferenciação estão relacionadas às capacidades e às conquistas dos alunos (KEMMIS, 1998).

Para McLaren (1998), a pedagogia crítica não consiste em um conjunto homogêneo de idéias: é mais exato dizer que os teóricos críticos estão unidos por

seus objetivos que, segundo o autor, são os de “habilitar a los desposeídos y transformar las desigualdades sociales e injusticias sociales existentes” (p. 195).

O autor (MCLAREN, 1998, p. 196) segue descrevendo os princípios fundamentais da pedagogia crítica, que

[...] resuena con la sensibilidad del símbolo hebreo *tikkun*, que significa “curar, reparar y transformar al mundo”; todo lo demás es comentario. Proporciona dirección histórica, cultural, política y ética para los involucrados en la educación que aún se atreven a tener esperanza. Irrevocablemente comprometida con el lado de los oprimidos, la pedagogía crítica es tan revolucionaria como los primeros propósitos de los autores de la declaración de independencia: dado que la historia está fundamentalmente abierta al cambio, la liberación es una meta auténtica y puede alumbrar un mundo completo diferente (p. 196).

As teorias críticas sobre o currículo questionam os pressupostos dos atuais arranjos sociais e educacionais e desconfiam do *status-quo*, responsabilizando-o pelas injustiças e contradições da educação. Essas teorias implementam a idéia de que o importante não é desenvolver técnicas de como fazer o currículo, mas de desenvolver conceitos que permitam entender o que o currículo faz (SILVA, 2005).

A definição de currículo percorreu a história do século XX sem que houvesse uma unanimidade, já que essa questão, epistemológica em sua concepção básica, sofreu influências de inúmeros fatores históricos e ideológicos, que acompanharam o desenvolvimento da pedagogia e das teorias educacionais.

Para a pedagogia crítica, a definição de currículo necessita absorver as concepções culturais de uma sociedade, em um dado momento histórico, como aponta Sacristán (2000), ao afirmar que:

Os currículos são a expressão do equilíbrio de interesses e forças que gravitam sobre o sistema educativo num dado momento, enquanto que através deles se realizam os fins da educação no ensino escolarizado. Por isso, querer reduzir os problemas relevantes ao ensino à problemática técnica de instrumentar o currículo supõe uma redução que desconsidera os conflitos de interesses que estão presentes no mesmo (p. 17).

O autor (SACRISTÁN, 2000) ainda afirma que muitos tipos de ações intervêm no estabelecimento de um currículo, que esse processo ocorre em certas

condições concretas, e que se configura dentro de um mundo de interações culturais e sociais cuja construção não é independente de quem tem o poder para constituí-lo.

Sob essa perspectiva política e cultural, Sacristán (2000, p. 34) aponta para uma definição importante de currículo, que seria o “projeto seletivo de cultura, cultural, social, política e administrativamente condicionado, que preenche a atividade escolar e que se torna realidade dentro das condições da escola tal como se acha configurada”.

A partir dessa definição, o autor define três grandes grupos de problemas que, em interação recíproca, são aqueles que configuram a realidade curricular da escola. O primeiro diz respeito à seleção de conteúdos culturalmente escolhidos e codificados de forma singular no processo de aprendizagem do aluno, e que integram a elaboração do currículo. O segundo aponta que esse projeto cultural se realiza dentro de determinadas condições políticas, administrativas e institucionais, porque a escola é um campo institucional organizado e, assim sendo, impõe regras que “ordenam a experiência que os alunos e os professores podem obter, participando do projeto” (SACRISTÁN, 2000, p. 35). O terceiro refere-se ao fato de que esse currículo está culturalmente condicionado a uma realidade mais ampla que, segundo o autor (p. 35), “vem a ser estruturada de pressupostos, idéias e valores que apóiam, justificam e explicam a seleção cultural, a ponderação de componentes que se realizou, a estrutura pedagógica subsequente, etc”.

A cultura pedagógica que fatalmente influencia a discussão sobre o currículo e as políticas de reformas educacionais é composta, segundo Sacristán (1996, p. 58), por

[...] modos de pensar, comportamentos, relações de autoridade, formas de entender o conhecimento, expectativas e interesses de grupos diversos, visões ideológicas contraditórias. Tudo isso se constitui numa trama, com um certo equilíbrio não carente de tensões e conflitos. Para que essas políticas tenham um efeito sobre essa cultura, é preciso que sejam

formuladas a longo prazo e que sejam desdobradas em frentes múltiplas e coordenadas.

McLaren (1997) afirma que a conceitualização do currículo como forma de política cultural significa reconhecer a importância da finalidade da educação que pretende criar condições necessárias à transformação social através da formação de estudantes que sejam sujeitos políticos, reconhecedores de sua situação histórica.

O autor (MCLAREN, 1997) também postula que um projeto de tal monta implica a anexação da teoria social crítica com uma linguagem de crítica e possibilidade, por meio da qual os professores possam dismantelar e questionar as discussões educativas preferidas e aquelas oficialmente sancionadas.

Analizando o currículo, a teoria crítica adota uma argumentação dialética que incorpora, como princípio central, a noção da unidade dos opostos: o pensador trata de superar as posturas antagônicas e de compreender como estas se relacionam entre si, para superar os simples dualismos e os problemas de compreensão que deles surgem.

Ao abordar a questão da argumentação dialética na análise crítica do currículo, Kemmis (1998) aponta que a argumentação dialética tenta desvendar as relações dinâmicas, interativas e mutualmente constitutivas entre a vida do indivíduo e a vida social. Da mesma maneira, essa argumentação aborda a tensão entre teoria e prática que, ao serem social e historicamente construídas, vão além da idéia de que uma determine a outra exclusivamente. Nesse sentido, a relação escolaridade e Estado também pode ser analisada sob a ótica de que ambos se moldam mutuamente como um único conjunto de problemas, e não como uma determinação de um só sentido em cada direção dessa relação: a escolaridade determina a natureza do Estado, e este determina a natureza da escolaridade.

Para o autor, a análise crítica do currículo baseada na argumentação dialética tem como objetivo atingir o que Jürgen Habermas denomina de interesse emancipador, seguindo as reflexões de Adorno (2003) sobre educação e emancipação. De acordo com Adorno (2003, p. 169), emancipação seria “a aptidão e a coragem de cada um em se servir de seu próprio entendimento”. Assim, no contexto educacional, emancipação teria o mesmo sentido de conscientização de uma realidade - mas envolve também um processo ambíguo de adaptação a esta. Ainda assim, Adorno (2003, p. 143) afirma:

A educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo. Porém ela seria igualmente questionável se ficasse nisto, produzindo nada além de *well adjusted people*, pessoas bem ajustadas, em consequência do que a situação existente se impõe precisamente no que tem de pior. Nestes termos, desde o início existe no conceito de educação para a consciência e para a racionalidade uma ambigüidade. Talvez não seja possível superá-la no existente, mas certamente não podemos nos desviar dela.

McLaren (1998) afirma que o conhecimento emancipatório de Habermas nos ajuda a entender como as relações sociais são distorcidas e manipuladas pelas relações de poder e privilégios. E prossegue, afirmando que esse conhecimento “también apunta a crear las condiciones bajo las cuales la irracionalidad, la dominación y la opresión pueden ser transformadas y superadas por medio de la acción deliberada y colectiva”.

Giroux (2001, p. 27), um dos teóricos críticos da educação que mais se apropriou dos conceitos da Escola de Frankfurt - e conseqüentemente da abordagem emancipadora de Adorno -, importante referência do que se conhece como pedagogia radical, aponta que:

The fundamental challenge facing progressive educators within the current age of neoliberalism is to provide the conditions for students to address how knowledge is related to the power of both self-definition and social agency. **Central to such a challenge is providing students with the skills, knowledge and authority they need to inquire and act upon what it means to live in a radical multicultural democracy, to recognize anti-democratic forms of power, and to fight deeply rooted injustices in a**

society and world founded on systemic economic, racial, and gendered inequalities [grifo nosso].

Para McLaren (1998), a análise dialética da educação é fundamental, na medida em que permite ver a escola como espaço tanto de dominação como de libertação, contrapondo-se à teoria educativa dominante, que prega que a educação e as escolas são espaços nos quais o estudante é provido, principalmente, de habilidades e atitudes necessárias para se converter em um bom cidadão, adequado ao mercado de trabalho vigente.

Essa proposta dialética de análise da educação remete a um dos eixos fundamentais da teoria crítica da educação e, conseqüentemente, da análise crítica do currículo, fundamentada na importante conexão entre **ideologia e educação** (APPLE, 2005). Nessa mesma linha de raciocínio, Kemmis (1998) afirma que o currículo escolar, como outros aspectos da vida social, é formado e modelado ideologicamente. Para o autor, as formas dominantes do currículo escolar refletem as formas ideológicas dominantes na sociedade. Assim, e de acordo com Giroux (1997, p. 36), a ideologia é um conceito que se refere à produção, à mediação e à incorporação dos significados, que se transformam em conhecimento, práticas sociais e experiências culturais. Para o autor,

A ideologia é um conjunto de doutrinas bem como um meio através do qual os professores e educadores dão sentido a suas próprias experiências e às experiências do mundo em que se encontram. Como ferramenta pedagógica, a ideologia torna-se útil para a compreensão não apenas de como as escolas sustentam e produzem significados, mas também de como os indivíduos e grupos produzem, negociam, modificam ou resistem a eles.

Entre os teóricos que mais influenciaram a fundamentação crítica da educação e a íntima inter-relação da ideologia nessa análise, estão Antonio Gramsci (2004, 2006) e Louis Althusser (1985).

Gramsci (2006) introduz a noção de hegemonia como o poder de orientação e de direção que um grupo social dominante exerce - com base no consenso - sobre

toda a sociedade. Esse grupo social atua através do poder de domínio e de controle que o aparelho estatal exerce sobre indivíduos e grupos.

Assim, a ideologia é um conjunto de elementos do senso comum, de costumes, de moral e de filosofia que cimenta e unifica o todo social, noção primordial para a assim denominada coesão social, fundada na aceitação do poder do grupo dominante (GRAMSCI, 2006; SEVERINO, 1986).

Nesse sentido, a teoria de Gramsci (2006) é valiosa para se compreender como a educação se torna importante instrumento, de um grupo social dominante, para o exercício de sua hegemonia, para desempenhar sua função de direção em relação aos demais grupos sociais. Sua função seria a de formar intelectuais de diversos graus, e essa ação não se dá de forma isolada, mas em conjunto com outros grupos formadores de intelectuais e aparelhos de hegemonia - como a igreja, a família etc. -, que estão a serviço desse potencial cultural hegemônico, que não é imposto às classes dominadas por coerção mas por consentimento à classe dominadora (MCLAREN, 1998; SEVERINO, 1986).

Para Gramsci (2004, 2006), a escola pode assumir, de forma às vezes contraditória, um papel contra-hegemônico na medida em que, mesmo representativa da transmissão da configuração e da disseminação da cultura hegemônica, as reformas educativas podem efetivar a capacidade crítica dos alunos, criando possibilidades de sistematizar conceitos que os ajudem a compor novas concepções acerca do mundo e da sociedade.

Para Apple (1999, p. 29), a hegemonia interfere no currículo em aspectos relacionados ao conteúdo e ao conhecimento transmitido nas escolas, bem como no que se considera como conteúdo socialmente legítimo - fator importante para a

“tomada de consciência sobre a posição cultural, econômica e política da escola”.

Assim, a atuação básica envolve

O questionar das formas de currículo encontradas nas escolas, de forma que se possa descodificar o conteúdo ideológico explícito. É preciso ter seriamente em consideração as questões relacionadas com a tradição seletiva, nomeadamente: **De quem é esse conhecimento? Quem o seleccionou? Porque se encontra organizado e transmitido dessa forma? Porque se encontra organizado e transmitido dessa forma para este grupo?** Todavia, o simples acto de formulação destas questões não é suficiente. Há também que tentar vincular tais investigações a distintas concepções de poder social, económico e de ideologias. Desta forma, podemos começar a obter uma aferição mais concreta das relações entre o poder económico e político e o conhecimento que *é tornado acessível* (e o que não é tornado acessível) aos estudantes [grifo nosso].

No essencial ensaio “Aparelhos Ideológicos do Estado”, Althusser (1985) afirma que a permanência da sociedade capitalista depende da reprodução de seus componentes propriamente económicos e de seus componentes ideológicos. Para que esse processo ocorra, são necessários mecanismos e instituições que garantam que o *status-quo* não seja contestado. Essa manutenção se dá através de aparelhos repressivos - polícia, judiciário - ou através de aparelhos ideológicos do Estado. A diferença entre ambos, segundo o autor (p. 70), é que o “primeiro funciona predominantemente através da repressão (inclusive a física) e secundariamente através da ideologia”.

Já os aparelhos ideológicos do Estado, para o autor, funcionam de forma inversa

[...] principalmente através da ideologia, e secundariamente através da repressão, seja ela bastante atenuada, dissimulada ou mesmo simbólica. (Não existe aparelho puramente ideológico). Desta forma, **a Escola**, as Igrejas, “moldam” por métodos próprios de sanções, exclusões, seleção, etc... não apenas seus funcionários mas também suas ovelhas (p. 70) [grifo nosso].

O autor segue afirmando que, apesar da diversidade existente entre os aparelhos ideológicos do Estado, o que os unifica é o funcionamento predominante através da ideologia da classe dominante, apesar das contradições. E lembra que, mesmo que a classe dominante detenha o poder dos aparelhos repressivos -

através de leis e decretos -, e que seja atuante nos aparelhos ideológicos do Estado, os mecanismos de domínio são distintos: a escola assume um papel importante como aparelho ideológico do Estado, já que atinge uma grande parcela da população, por um período de tempo prolongado.

Ao abordar as idéias de Althusser, Severino (1986) afirma que, para esse teórico,

a escola e, conseqüentemente a educação escolarizada, é a responsável principal pela inculcação da ideologia dominante em todos os sujeitos das sociedades capitalistas e, conseqüentemente, pela reprodução das relações de exploração que caracterizam estas sociedades (p. 47).

Ao analisar o ensino sob a ótica althusseriana, Giroux (2001) aponta que a ideologia tem dois elementos cruciais. O primeiro, aponta o autor, tem uma existência material nos rituais, na prática e nos processos sociais que estruturam o cotidiano escolar. O segundo elemento aborda a ideologia como um sistema de representações que contém significados e idéias que estruturam o inconsciente do estudante, e que esse efeito é o de induzir nestes uma “relação imaginária com suas reais condições de existência”.

Já Moreira e Silva (2005), analisando as idéias de Althusser, alertam para as críticas que este sofreu ao longo dos últimos anos. Para os autores,

Embora tenha sido um marco importante e continue sendo uma referência central na teorização crítica em educação, o ensaio de Althusser e seus pressupostos foram objeto de crítica e refinamento nos anos que se seguiram à sua publicação. Por um lado, houve uma série de contestações conceituais à própria noção de ideologia formulada por Althusser. Por outro, inúmeros estudos empíricos sobre o funcionamento da escola e da sala de aula ajudaram a aumentar consideravelmente a nossa compreensão do papel da ideologia no processo educativo, uma compreensão que nos levou bastante além do esboço de Althusser (1986, p. 22).

As principais críticas formuladas às idéias de Althusser concentram-se, principalmente, na abordagem que este fez da ideologia como um conjunto de idéias falsas ou como falsa consciência, o que gerava uma questão epistemológica centrada na dicotomia falso/verdadeiro, despidendo-a de suas conotações políticas e,

em alguns momentos, deixando de lado as questões sobre poder e interesse, envolvidos diretamente na relação ideologia/educação.

O conceito de reprodução, bastante recorrente nas teorias críticas da educação e do currículo tem, como principais defensores, Bourdieu e Passeron (1970). Esses autores desenvolveram uma crítica da educação que, ainda que centrada no conceito de “reprodução”, afastou-se da análise marxista em vários aspectos (SILVA, 2005).

Segundo Gadotti (2004a), Bourdieu e Passeron (1970) desenvolveram a teoria da reprodução baseada no conceito de violência simbólica. Para eles, toda ação pedagógica é objetivamente uma violência simbólica enquanto imposição, por um poder arbitrário.

Quando propuseram uma teoria do sistema de educação na sociedade capitalista, Bourdieu e Passeron (1970) demonstraram que, embora relativamente autônomo, este reflete a cultura dominante que, como poder simbólico, reforça a reprodução de relações de poder, reforçando a idéia de arbitrariedade cultural dominante.

Silva (2005), analisando a teoria de Bourdieu e Passeron (1970), aborda a questão da 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.

Para Bourdieu e Passeron (1970), a partir do momento em que essa cultura tem valor em termos sociais - ou seja, que vale alguma coisa e faz com que a pessoa que a tenha possa obter vantagens materiais e simbólicas -, ela se configura como capital cultural. Esse capital pode se manifestar de forma incorporada, introjetada e internalizada, confundindo-se com o que se denominou de *habitus* ou

seja, estruturas sociais e culturais que se tornam internalizadas. Através desse mecanismo de incorporação e inculcação, realizado ocultamente pela educação que, através da ideologia pedagógica, permite de forma muitas vezes não manifesta o poder de supremacia de determinadas posturas e posições, próprias de uma dada classe dominante, dá-se a perpetuação das classes dominantes (GIROUX, 2001; SEVERINO, 1986).

Estas posições de Bourdieu e Passeron (1970) confirmam a necessidade de se analisar, conforme sugere Apple (1999), algumas perguntas essenciais da educação: **“Que tipo de conhecimento vale mais?”** e, posteriormente e aprofundando o conflito estabelecido pela primeira questão, uma nova interrogativa: **“O conhecimento de quem vale mais?”** (grifo nosso).

O autor segue expondo essa tensão e conflito gerados também nas políticas curriculares, quando afirma que:

Sempre existe, pois, uma **política** do conhecimento oficial, uma política que exprime o conflito em torno daquilo que alguns vêem simplesmente como descrições neutras do mundo e outros, como concepções de elite que privilegiam determinados grupos e marginalizam outros “(p. 60).(grifo do autor).

Assim, a teorização crítica sobre o currículo, centrada nos conceitos de ideologia, cultura, poder e reprodução, mesmo sendo criticada no final do século XX pelos chamados pós-modernistas, ainda exerce papel preponderante em qualquer análise da estrutura educacional e curricular, na medida em que amplia as possibilidades de análise acerca das resistências a mudanças que a própria instituição educativa apresenta. Essas teorias representam um processo contínuo de análise e reformulação, como afirmam Moreira e Silva (2005). Os conceitos formuladores dessas teorias embasam também a análise da existência, o mecanismo de ação e o poder do currículo oculto, também eixo central da teorização crítica do currículo.

A partir das análises da pedagogia crítica que contextualizam o processo pedagógico num determinado contexto histórico e dinâmico, torna-se possível compreender porque as forças contraditórias e tensas que acarretam um processo de reformas político-ideológicas na área de saúde e, mais especificamente, na odontologia, tornam-se um desafio que, às vezes, pode parecer intransponível.

2.4 O currículo oculto

O currículo oculto representa um dos principais elementos de análise na pedagogia crítica. A perspectiva de analisar as influências do poder e da ideologia sobre as atividades pedagógicas requer uma visão amplificada desse processo, no qual elementos subjetivos influenciam as atividades pedagógicas, formando um conjunto de valores, normas, conceitos e comportamentos não declarados que, em muitos casos, determina, de maneira categórica, a formação do profissional, sua visão da sociedade e sua inserção nesta.

Para Santomé (1995, p. 10), o currículo oculto “desempenha um papel de destaque na configuração de significados e valores dos quais a comunidade docente e mesmo a discente não costumam estar plenamente conscientes”.

Sacristán e Gómez (1998, p. 131) afirmam que

Considerar que o ensino se reduz ao que os programas oficiais ou os próprios professores/as dizem que querem transmitir é uma ingenuidade. Uma coisa é o que dizem aos professores/as o que devem ensinar, outra é o que eles acham ou dizem que ensinam e outra diferente é o que os alunos/as aprendem.

Segundo os autores, essas três perspectivas configuram distintas elaborações curriculares. A primeira diz respeito ao currículo manifesto, cujo arcabouço de conhecimentos reflete uma intencionalidade de formação oficial. Ao lado deste - que se diz estar sendo desenvolvido - surge o currículo oculto, desenvolvido “subterraneamente” (SACRISTÁN; GÓMEZ, 1998, p. 132).

Silva (2005, p. 78) afirma que “o currículo oculto é constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes”.

De acordo com o autor, a pedagogia crítica aborda a noção de currículo oculto como um instrumento que permite que atitudes, comportamentos, valores e orientações possam ser transmitidos aos alunos para que estes se ajustem, de forma conveniente, ao sistema social dominante. Segundo a teoria crítica, o currículo oculto transmite elementos que geram conformismo, obediência e individualismo.

Para McLaren (1998), o currículo oculto trata das formas tácitas, nas quais o conhecimento e o comportamento são construídos de forma paralela aos materiais didáticos utilizados e às aulas ministradas. Para o autor (p. 224), esse mecanismo

Es parte de la “presión” burocrática y administrativa de la escuela- las fuerzas combinadas por las que los estudiantes son inducidos a cumplir con las ideologías dominantes y las prácticas sociales referidas a la autoridad, la conducta y la moralidad.

A teoria do currículo oculto aponta que práticas adotadas no cotidiano da escola são fortemente influenciadas por um contexto que ultrapassa os limites da própria instituição. Sacristán e Gómez (1998, p. 132) confirmam essa posição, quando afirmam que “o currículo oculto das práticas escolares tem uma dimensão sócio-política inegável, que se relaciona com as funções de socialização que a escola tem dentro da sociedade”.

Os autores afirmam que a diferenciação entre o oficial e o oculto nas questões curriculares serve para compreender incongruências nas práticas escolares. Para eles (SACRISTÁN; GÓMEZ, 1998, p. 133), essa situação se confirma pois “não é infreqüente nos depararmos com declarações de objetivos explícitos, que dizem pretender algo dos alunos/as, que depois se mostram contraditórios com o que realmente se faz para conseguí-los”.

Esse raciocínio é partilhado por Giroux (1997, p. 86), quando afirma que o currículo oculto

[...] muitas vezes atua em oposição às metas declaradas do currículo formal e, em vez de promover uma aprendizagem efetiva, ele enfraquece a mesma. Em tais condições, a subordinação, conformidade e disciplina substituem o desenvolvimento do pensamento crítico e relações sociais como características básicas da experiência escolar (p. 86).

Ao estudar as influências do currículo oculto na educação médica, Hafferty (1998, p. 404) aponta que este representa um instrumento importante e desafiador para compreender o quanto o estudante aprende fora do momento pedagógico formal, seja nos corredores das faculdades, na cantina ou em outros ambientes. O autor afirma que reconhecer a existência desta porção oculta do processo pedagógico é de suma importância, já que

Focusing on this level and type of influence draws our attention to, among other things, the commonly held “understandings”, customs, rituals, and taken-for-granted aspects of what goes on in the life-space we call medical education. **This concept also challenges medical educators to acknowledge their training institutions as both cultural entities and moral communities intimately involved in constructing definitions about what is “good” and “bad” medicine** [grifo nosso].

Assim, qualquer análise sobre as influências e o impacto do currículo oculto no processo educativo deve levar em consideração quatro fatores importantes, a saber: a política adotada pela instituição, a avaliação, a alocação de recursos e o que o autor denomina de *institutional slang*, ou seja, a linguagem utilizada dentro

das instituições formadoras, seja aquela adotada durante as aulas, seja aquela que molda as relações internas entre docentes e alunos.

Estudando o impacto do currículo oculto na educação odontológica, DeSchepper (1987) afirma que o tipo de inconsistência entre o currículo formal e o que é apreendido pelo estudante através do currículo não declarado pode ter efeitos negativos no processo de aprendizagem. A falta de coerência entre o que é falado na teoria e o que é demonstrado no ambiente escolar implica um processo pedagógico truncado e confuso. O autor exemplifica essa incoerência com uma clínica de faculdade suja e mal cuidada enquanto os alunos aprendem, na teoria, as noções básicas de vigilância sanitária e os cuidados com higiene.

Outro aspecto da influência do currículo oculto na educação médica diz respeito às mensagens - coerentes ou não - que são passadas aos alunos no desenvolvimento de disciplinas que, por falta de um diálogo entre si, acabam se contradizendo no desenrolar do curso. Hafferty (2000) aponta que um determinado tema do currículo pode receber diversos enfoques durante o curso: as chamadas ciências básicas ensinam um dado conteúdo com uma abordagem que será posteriormente minimizada pelas disciplinas clínicas, criando uma oposição entre as evidências científicas e aquelas de cunho clínico mais individual.

Ao analisar a influência do currículo oculto na disciplina de clínica integrada de uma faculdade de odontologia brasileira, Lemos (2004) aponta que a prática executada pelos alunos não coincide com os objetivos gerais de formação da disciplina, provocando não só lacunas no processo de ensino/aprendizagem mas uma tensão entre a formação de clínicos generalistas e especialistas, gerando nos alunos a necessidade de complementar sua formação, após a conclusão da graduação, com cursos de especialização.

Sanchotene e Molina Neto (2006, p. 274) apontam uma correlação entre o *habitus* profissional dos docentes e o currículo oculto. Para os autores, essa relação está vinculada a fatores como

[...] as regularidades, a improvisação, as rotinas cotidianas utilizadas pelos professores, os valores, a hierarquização das relações no interior das escolas e a concepção de conhecimento existente na escola.

O aspecto apontado por esses autores indicam também uma forte relação entre o currículo oculto e a formação pedagógica do docente, já que o *habitus* profissional é influenciado pela prática cotidiana deste, aliada aos conceitos ideológicos que moldam o discurso dessa prática.

Giroux (1997) destaca uma estratégia para minimizar as influências do currículo oculto na educação, já que este não pode ser completamente eliminado. Para o autor, suas propriedades estruturais devem ser reconhecidas, identificadas e modificadas a fim de permitir que os estudantes se tornem indivíduos ativos – e não passivos - no processo de aprendizagem. Assim, postula que

Ao conscientizar estudantes e professores do currículo oculto como este tem tradicionalmente operado, ambos os grupos podem desenvolver uma compreensão dos seus componentes e efeitos e trabalhar para obter mais discernimento sobre ele. Uma vez que o currículo oculto tenha se tornado evidente, estudantes e professores estarão mais sensíveis para reconhecer e alterar seus piores efeitos, podendo trabalhar para construir novas estruturas, métodos e relacionamentos sociais nos quais as normas e valores subjacentes em sala de aula operem para promover aprendizagem mais do que ajustamento (p. 86).

Com essa perspectiva desafiadora de “des-ocultar” o que está oculto na abordagem curricular, as transformações na educação implicam um leque amplo de análises, que perfazem desde as opções e os discursos ideológicos da instituição formadora, as influências externas sobre esse discurso até o cotidiano do processo de aprendizagem, fortemente influenciado pelas relações sociais dentro da escola e sua relação com a sociedade.

2.5 A educação e a formação em saúde

O século XX, principalmente a sua segunda metade, foi um período marcado por profundas mudanças e contradições na educação e na formação de profissionais da saúde. O desenvolvimento tecnológico e científico que se verificou nesse período aumentou a eficácia dos procedimentos terapêuticos e de diagnóstico (AMORETTI, 2005). Essa rápida transformação da prática médica, baseada na tecnologia especializada, passou a determinar a necessidade de uma formação também especializada, que aliasse os interesses das emergentes indústrias médicas – aí se incluindo equipamentos e insumos - e farmacêuticas que, influenciando a formação dos recursos humanos na saúde, fortaleceram o processo de mercantilização da saúde, que se tornou excludente do ponto de vista social, e determinaram mudanças em sua prática.

Para Amoretti (2005 p. 137),

Fundamentos e conceitos anteriores de uma medicina baseada na relação médico-paciente, na escuta dos problemas, no humanismo e na consideração da unidade indissociável do corpo e mente foram muitas vezes deixadas de lado. A pessoa e suas necessidades, atendidas em domicílio pelo médico da família, até então tidas como objetos importantes da medicina e da saúde pública, foram sendo relegadas, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, fossem eles em termos de diagnóstico ou de terapêutica clínica ou cirúrgica.

Assim, o importante para essa prática era produzir procedimentos que garantissem o pleno funcionamento do mercado da saúde calcado no modelo hospitalocêntrico que, inclusive, afirmou o poder institucional dos médicos, ancorados pela prática e pela formação altamente especializadas (AMORETTI, 2005).

Esse processo vem acompanhado de uma séria tensão e contradição. Se, por um lado o desenvolvimento científico e tecnológico contribuiu para a melhoria

das condições de saúde de certas populações - aquelas que têm maior acesso à parafernália tecnológica -, imensos contingentes populacionais ficaram marginalizados desses benefícios o que, segundo Feuerwerker e Almeida (2003, p. 351), revela a “incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas na perspectiva requerida pelas circunstâncias históricas”.

É de fundamental importância destacar que o processo de fragmentação e especialização da educação dos profissionais da saúde iniciou-se com o Relatório de Abraham Flexner⁵ (1910, apud BYRNE; ROZENTAL, 1994) sobre a educação médica norte-americana para a Fundação Carnegie. Flexner visitou as 155 escolas de medicina então existentes nos EUA e no Canadá e elaborou uma série de propostas para a mudança no ensino da medicina para aqueles países. Esse documento transformou-se em - e ainda permanece como tal - referência histórica para a educação médica desde então.

Byrne e Rozental (1994) afirmam que, desde sua aceitação geral pelas instituições de ensino médico, a educação médica praticamente não mudou. A respeito do Relatório Flexner, afirmam os autores (p. 56) que esse documento

[...] condujo a un programa académico estandarizado de cuatro años para los estudiantes universitarios de nuevo ingreso, em el que las ciencias básicas de los primeros años sentarían las bases para la educación clínica posterior. La universidad, con nexos en hospitales universitarios afiliados, sería la piedra fundamental de una nueva educación médica basada en las ciencias experimentales.

Cooke et al. (2006) afirmam que o poder do Relatório Flexner deriva de sua ênfase no embasamento científico da prática médica, e que esse documento injetou perspectivas de mudanças ao criticar, também, a medíocre qualidade de muitas escolas e professores, a visão voltada ao lucro, os currículos inadequados e o enfoque não científico na preparação profissional.

⁵ Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation; 1910.

Lampert (2002, p. 67) descreve o paradigma flexneriano do ensino de medicina na forma tradicional, que se caracteriza:

- (a) pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas;
- (b) pelo fato de o processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas;
- (c) pela prática desenvolvida predominantemente no hospital;
- (d) pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica ;
- (e) pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenções de terceiros.

Carvalho e Ceccim (2006, p. 154) afirmam que o Relatório Flexner pressupõe que:

Uma educação de caráter instrumental e recortada passou a determinar conteúdos e uma forma de disponibilizá-los. Os conteúdos foram cristalizados em disciplinas, subdivididas em ciências básicas e ciências clínicas, área biológica e área profissional, conhecimentos aplicados e conhecimentos reflexivos. Dessa concepção de formação decorreu uma prática pedagógica que tomou o acesso à informação como sinônimo de construção do conhecimento, embasada numa visão de corpo, saúde, doença e terapêutica reduzida, partida e sobretudo, estática. Essa constatação é perceptível por meio dos currículos que são organizados por conteúdos e estágios, em que os únicos fatores de aprendizagem são o contato com o professor em sala de aula, com os manuais de diagnóstico e terapêutico, com o estudo programado e com os profissionais do serviço em campo de treinamento supervisionado.

Ao apresentar uma nova versão de seu relatório, Flexner⁶ (1925 apud COOKE et al., 2006) alertou, contradizendo sua posição de 1910, para o fato de que o currículo da educação médica estava sobrecarregado de aspectos científicos, em detrimento dos aspectos sociais e humanísticos.

Bloom (1988) confirma a idéia de que as mudanças na educação médica norte-americana foram muito tímidas nos últimos 70 anos, e reforça a forte divisão entre o curso inicial de ciências básicas e a especialização clínica posterior, reafirmando a manutenção do modelo flexneriano predominante.

⁶ Flexner A. Medical education: a comparative study. New York: Macmillan Company; 1925.

O autor ainda acrescenta que a resposta correta à pergunta “estamos formando médicos para as reais necessidades da população?” ainda é negativa. E segue essa linha de pensamento afirmando que os currículos atuais de educação médica quase não sofreram alterações que permitissem uma mudança estrutural e ideológica da formação profissional, de modo a proporcionar aos estudantes uma formação crítica e humanística.

Em trabalho posterior, o mesmo autor (BLOOM, 1992) enfatiza que, se a educação não tem isoladamente força para mudar a formação médica, ela consiste em um meio importante para responder aos requisitos de uma “nova biologia” e ao contrato social que as escolas médicas têm com a sociedade.

Para Oliveira e Koifman (2004, p. 145), com a estruturação dos currículos das escolas de medicina que utilizaram parâmetros cujas origens se encontram no Relatório Flexner:

[...] passou-se a valorizar o ensino centrado nos hospitais como único *locus* de práticas, orientado pela busca constante da unicausalidade das doenças e que valorizava o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e a especialização precoce. Tudo isso com a exclusão das práticas alternativas, com ênfase na atenção curativa, orientada ao modelo matemático, onde o conhecer se expressa pela capacidade de quantificação do real por meio de uma linguagem generalizante, mecânica e analítica.

Carvalho e Ceccim (2006, p. 154) apontam que a área da Saúde Coletiva, ao “inventar outros modos de formar, educar, pensar e agir em saúde; privilegiando as histórias de vida, as diferentes racionalidades, a integralidade e as histórias comuns, tem sido postergada quando não combatida”.

Em contrapartida, o modelo flexneriano, ao estimular a fragmentação do conhecimento, induz uma permanente busca da objetivação positiva, biologicista e mecanicista, na qual o saber clínico exclui as dimensões do social e do subjetivo. Como afirma Campos (1992, p. 182):

Sob o pretexto da busca de maior objetividade possível, é recomendada uma série de técnicas para a abordagem dos casos, visando, todas, à neutralização das interferências do social e da subjetividade de cada paciente no curso do tratamento e, até mesmo, na organização dos serviços de saúde.

Ao discutir a integração dos pressupostos da Medicina Preventiva no ensino médico como meio de neutralizar essa fragmentação e ausência do subjetivo no contexto da formação, Arouca (2003, p. 186) alerta que:

A integração coloca no discurso, no nível das relações entre docentes, um campo estratégico de batalha política, em que as relações sociais são colocadas em suspenso, bem como as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social.

Nesse sentido, pode-se notar que, desde o final do século XX, a educação dos profissionais de saúde enfrenta um importante desafio, que consiste na adequação de um ensino voltado à promoção da saúde que condiga com a evolução epidemiológica das diversas populações, centrado em uma perspectiva universalista, e que ao mesmo tempo inclua o desenvolvimento técnico-científico, permitindo que o conhecimento adquirido ao longo dos anos atenda às reais necessidades da população. Esse processo requer a transformação do paradigma flexneriano de educação para o que Lampert (2002) denomina de paradigma da integralidade, o que pressupõe uma tensão política no interior das estruturas educacionais.

Byrne e Rozental (1994) apontam que se, por um lado as declarações universais de princípios aumentam a tomada de consciência sobre os problemas, e proporcionam uma justificativa geral para a realização de reformas, no âmbito da educação médica elas se realizaram com o objetivo de incorporar os métodos modernos de educação, sem um objetivo social definido. E afirmam (p. 60) que:

Por lo general, las escuelas de medicina de los países muy industrializados no se han planteado las difíciles preguntas implícitas en la tarea de comprender sus reformas en el contexto social en general. Preguntas como “¿en qué forma las reformas que planeamos afectan la distribución de las enfermedades en la sociedad, los hábitos de práctica de los médicos,

nuestra responsabilidad de fomentar la ciencia y su práctica, nuestra función colectiva en el desarrollo tecnológico, nuestro lugar en la universidad? y otras se dejan a un lado por considerarse "filosóficas", y por lo tanto no solo insolubles sino dilatorias del proceso de cambio.

Seguindo esse mesmo raciocínio acerca dos fatores a serem examinados nas reformas educacionais na área da saúde, Marsiglia (2004) aponta demandas de quatro naturezas sobre as instituições formadoras:

- A) Relativas à formação dos profissionais oferecidos à sociedade;
- B) Relativas às necessidades de recursos humanos para o sistema de saúde em desenvolvimento no país;
- C) Relativas à produção e divulgação do conhecimento na área de saúde;
- D) Relativas aos interesses do mercado de trabalho e das indústrias de produção de medicamentos e equipamentos para a saúde.

O processo de mudança e as propostas de alterações curriculares e pedagógicas na área médica se intensificaram na medida em que as instituições de educação superior e a sociedade como um todo demonstraram insatisfação com o perfil do profissional formado classicamente dentro da perspectiva flexneriana, que preconizava a separação da formação teórica da formação profissional, uma concepção de ensino prático realizado exclusivamente nos hospitais-escola, com uma abordagem de conteúdos compartimentalizados nas especialidades (MARSIGLIA, 2004).

Essa perspectiva de reformas na educação dos profissionais de saúde adquire força após a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978 sob o lema "Saúde para todos no ano 2000", que norteou a questão da atenção primária como eixo da assistência para a população mundial, além de afirmar a noção da universalização do acesso e do compromisso do Estado com a atenção à saúde (ALMA ATA, 1978).

Após a publicação da Carta de Ottawa (2001), na qual a proposta de promoção da saúde está vinculada à noção de qualidade de vida e pressupõe uma visão mais ampla do processo saúde/doença, o debate sobre a formação de

recursos humanos na área da saúde preparados para trabalhar de forma efetiva e eficiente nessa lógica torna-se mais evidente (BYRNE; ROZENTAL, 1994; LAMPERT, 2002).

A busca por eixos de mudanças na área da saúde foi marcante após o final da década de 1970, sobretudo após a Conferência de Alma Ata (1978), quando eventos mundiais foram organizados com esse propósito, bem como foram elaborados documentos que tiveram influência mundial no debate sobre essas reformas.

Aguiar (2001, p. 163) cita o documento “Médicos para o Século XXI”, publicado pela *Association of American Medical Colleges* (AAMC), que

[...] enfatizava pontos que também orientam nossas novas diretrizes: a aquisição de atitudes e habilidades adequadas à prática profissional é tão importante quanto a aquisição de conhecimento; os estudantes devem ser preparados para a promoção da saúde e prevenção da doença, juntos a indivíduos e comunidades; a escola deve preparar seus alunos para a educação permanente o que inclui a habilidade de identificar, formular e resolver problemas e avaliar informação nova de forma crítica; o processo ensino-aprendizagem deve centrar-se no estudante, com menos ênfase à memorização; o foco da aprendizagem deve ser as necessidades dos pacientes e suas famílias, com o docente exercendo o papel de mentor.

As Conferências Mundiais de Educação Médica realizadas em Edimburgo (Escócia) nos anos de 1988 e 1993, tendo como precursora a Conferência de Alma Ata (1978), estabeleceram diretrizes para que a educação médica aprimorasse o conceito de saúde e se aproximasse de forma mais intensa das necessidades das populações (LAMPERT, 2001).

O Relatório da 2ª Conferência (SANTANA; ALMEIDA, 1994, p. 17) resgatou a “Declaração de Edimburgo”, divulgada na 1ª Conferência, que apontava 12 itens de reformas na educação médica:

- Ambientes educacionais relevantes.
- Currículos baseados nas necessidades de saúde.
- Aprendizagem ativa e duradoura.
- Aprendizagem com base na competência.

- Professores treinados para serem educadores.
- Integração da ciência com a prática clínica.
- Seleção de alunos por atributos intelectuais e não-cognitivos
- Coordenação da educação médica com os cuidados de saúde.
- Formação equilibrada de tipos de médicos.
- Treinamento multiprofissional.
- Educação médica continuada.

O relatório segue analisando esses pontos, mas alerta que (SANTANA; ALMEIDA, 1994, p. 22):

Estas propostas de mudanças têm sido adotadas e testadas em muitas, mas de maneira alguma na maioria das escolas de medicina, e têm encontrado estratégias efetivas para superar obstáculos da educação médica. O conservadorismo da profissão médica e das universidades, e as complexidades da mudança necessária, têm resultado em uma resposta lenta àqueles que estão na liderança das mudanças e que chamam outros para segui-los.

Ao comentar o Relatório da 2ª Conferência, Lampert (2001, p. 9) aponta que esse evento, o maior em âmbito internacional no campo da educação médica, teve como temas:

- (I) A nova relação estado/sociedade no contexto social ampliado, englobando a situação dos cuidados de saúde e a oferta de serviços, o compromisso da universidade com a sociedade, o aumento das expectativas e a diminuição das oportunidades em saúde;
- (II) As mudanças na natureza da prática médica, na pressão de viabilizar equidade e acesso à saúde com redução de custos, no dilema da educação médica com uma medicina fragmentada e aspectos culturais e ideológicos nas implicações éticas, individual e coletiva;
- (III) Resposta educacional aos avanços do conhecimento e da tecnologia, reconsiderando as bases científicas da medicina para ligar os conhecimentos biomédico e social na interdisciplinaridade e solução de problemas, avaliando a tecnologia na solução de problemas e cuidados com a saúde, a pesquisa e o ambiente da educação médica.

Entre as propostas de ação preconizadas pela Conferência, destacam-se: a mudança de cenários de aprendizagem retirando, assim, a centralidade do hospital-escola; o envolvimento maior das escolas de saúde com o desenvolvimento dos sistemas de saúde; a capacitação de professores de medicina visando a melhoria da competência pedagógica destes e um maior envolvimento do estudante no planejamento e na avaliação da educação médica (SANTANA; ALMEIDA, 1994).

Com base nesses documentos, é possível afirmar que a preocupação em romper com o modelo flexneriano da educação médica engloba uma revisão curricular abrangente que incluiu, ao mesmo tempo, uma mudança na concepção ideológica de formação do médico, aproximando o profissional do sistema de saúde e da realidade sanitária de sua comunidade ao incentivar mudanças de cenários pedagógicos, mas também na perspectiva de reformular a concepção pedagógica utilizada para essa formação.

Esse processo ocorre, da mesma forma, com a educação odontológica. Nesta, a transformação de um modelo centrado na doença e na técnica de “cura” - mesmo que relativa e provisória – em um modelo que insira a saúde bucal em uma perspectiva mais amplificada de atenção, requer o reconhecimento da necessidade de mudança de paradigma da profissão, construído durante décadas pela própria corporação, numa permanente reafirmação de que se constituir no ideal e no correto.

2.6 A educação dos profissionais da saúde e o Sistema Único de Saúde

Analisando o processo de mudanças na educação médica no Brasil, Feurewerker (2002a, p. 3) afirma que:

Os modelos sanitários, e em particular a prática e a educação médicas em vigor em uma dada sociedade, em um dado momento, estão baseados na concepção predominante nessa sociedade do que seja o processo saúde-doença. Sua especificidade é definida pelas características e pelas relações socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas com o saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos serviços de saúde.

A partir dessas considerações da autora, é possível imaginar o desafio da sociedade brasileira no sentido de reavaliar, reformular e transformar os conceitos da educação em saúde a partir do final da década de 1980 ou seja, em um espaço de tempo de duas décadas.

Ao descrever os elementos negativos ou não presentes na formação do profissional médico, Amoretti (2005, p. 141) destaca algumas características importantes:

- Pouco conhecimento e nenhum compromisso com a organização do Sistema Único de Saúde, sendo este um fator político e ideológico que tem acompanhado a educação médica, afastando-a também dos estudos de saúde coletiva, prevenção e promoção de saúde;
- Pouco envolvimento com aspectos administrativos e gerenciais da gestão da saúde pública;
- Pouca compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares, para uma assistência focada na pessoa e em suas necessidades;
- Fraca formação humanística, psicológica, sociológica e filosófica necessária a um profissional médico;
- Despreparado para o atendimento das patologias prevalentes segundo a epidemiologia das diferentes regiões do país;
- Pouco preparado psicologicamente para o exercício de sua profissão;
- Não comprometido com aspectos políticos e sociais que propiciem a busca de soluções para os problemas de saúde da população;
- Com fraco conhecimento da realidade situacional, do ambiente e das condições de vida das famílias nas comunidades;
- Resistente a mudanças e, geralmente, defensor da manutenção do *status quo* vigente na saúde.

Quando analisa a necessidade de reformular a educação na área de saúde, Amâncio Filho (2004, p. 377-378) pondera:

É preciso, portanto, construir um processo educacional que articule a formação profissional com as necessidades e as demandas da sociedade, como estratégia eficaz para o desenvolvimento econômico, social e cultural dessa mesma sociedade, na perspectiva de possibilitar ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além de sua efetiva auto-realização.

Para o autor (p. 378), é necessário que

[...] se desenvolva uma possibilidade política e pedagógica para o campo da formação profissional, com o sentido de repensar e de contribuir para redefini-la mediante o abandono de uma prática educativa de cunho tecnicista, a-histórica e a-crítica, representando uma busca para situar o homem em sua realidade histórica.

A reformulação do ensino médico nas IES é parte integrante do processo da reforma sanitária e da criação do SUS, mas também faz parte da agenda do remodelamento e da revisão de conceitos fundamentais do papel da universidade, de sua relação com a sociedade e das pressões que uma exerce sobre a outra.

Já no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986b), referência histórica da reforma sanitária, a questão de formação de RH é citada de forma clara:

- 1) O novo Sistema deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanente de seus Recursos Humanos;
- 2) A formação dos profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde;

Desde a implantação do SUS, o processo de formação de recursos humanos tem sido debatido, mas ainda representa uma das áreas menos problematizadas no contexto da saúde como formulação de políticas do sistema (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Os autores (p. 1400) afirmam que “[...] na educação, como setor específico das políticas públicas, não se observa a discussão da docência e do ensino-aprendizagem orientado para as profissões de saúde”.

Cordeiro (2002) aponta cinco questões cruciais para a sustentabilidade das mudanças da educação na área de saúde numa perspectiva de aproximação desta com a realidade sanitária brasileira: a implementação das diretrizes curriculares; a coerência dos sistemas avaliativos com as mudanças desejadas ou seja, baseada nas competências estabelecidas nas DCN; a adequada implementação das inovações curriculares, inclusive com a modificação dos sistemas internos de poder por parte das IES; a implementação de políticas regulatórias dos mercados internos da saúde, fortalecendo o SUS; e o reforço do princípio de equidade em saúde.

Entretanto, Feuerwerker (2004, p. 21) alerta que esses processos

Implicam mudanças de conceitos, mudanças na maneira de organizar os processos (de produção do conhecimento, de ensino-aprendizagem, e de

produção do cuidado). Implicam **mudanças de poder**: as disciplinas e departamentos deixam de dispor livremente de seu tempo e de seus conteúdos, para fazer parte de um jogo mais amplo, em que a participação de cada um está subordinada a um plano mais geral de formação, construído com base em grandes acordos coletivos, orientados pelas necessidades de saúde e gerenciados coletivamente [grifos nossos].

O arcabouço jurídico que implantou o SUS demonstra claramente o papel que este deve exercer na formação de recursos humanos que atuam na nova proposta de atenção à saúde.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), promulgada em 1988 apresenta, em seu artigo 200:

Ao sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:

III-ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;

V-incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

Segundo Ceccim, Armani e Rocha (2002), esse artigo do texto constitucional aponta uma responsabilidade do SUS tanto na formação de recursos humanos quanto no desenvolvimento científico e tecnológico no âmbito do próprio sistema, prevendo que os órgãos gestores do SUS devem estruturar mecanismos de atuação educacional que atuem em ambas as funções.

A Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, confirma o preceito constitucional da relação entre o SUS e a educação em saúde ao determinar que:

Art.14º: Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único: Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Ao analisar essa vinculação entre o Estado e a formação dos profissionais da saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1401) apontam que:

Se o *dever* do Estado para com a saúde afirma como atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, esse *deve* interferir pela orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. A própria legislação infraconstitucional determina o cumprimento do objetivo de contribuir para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino e, ainda, a constituição dos serviços públicos que integram o SUS como campo de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Desde o início da implantação do SUS, o controle social - marco essencial de escuta da sociedade no sistema - manifestou-se, através dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, pela necessidade de um permanente mecanismo de articulação entre as IES e as ações de atenção em saúde, refletindo o anseio da sociedade no sentido de aproximar a realidade acadêmica à necessidade de saúde da população, visando a formação de profissionais mais vinculados aos conceitos de integralidade e humanização das estratégias em saúde (CECIM; ARMANI; ROCHA, 2002; FEUERWERKER, 2002b).

O relatório da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992 (BRASIL, 1992), primeira conferência nacional de saúde após a regulamentação do SUS, confirma a necessidade de o novo sistema de saúde interferir no processo de formação de recursos humanos e fomentar a maior integração entre este e os órgãos formadores. A partir dessa conferência, surgiu o debate sobre a necessidade dos gestores garantirem recursos para a educação dos profissionais, caracterizando a perspectiva de uma cadeia educativa vinculada ao SUS, ou seja, marcada por ações que se iniciem na graduação e permeiem o processo de educação permanente dos próprios profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção do sistema.

A última Conferência Nacional de Saúde - XII^a -, realizada em 2003, reafirma a necessidade de reorientar os cursos de graduação na área da saúde. De seu relatório final, consta a seguinte recomendação (BRASIL, 2004a, p. 127):

Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade de atenção, direitos e deveres da cidadania, e organização e funcionamento do SUS.

Essa recomendação confirma a idéia de que o controle social do SUS - estrutura política fundamental na construção do sistema nacional de saúde - vem reforçando a necessidade de que a maior aproximação entre a formação dos profissionais de saúde e o SUS efetivamente se concretize, com as diversas realidades e diversidades das populações brasileiras, em uma perspectiva distinta do modelo flexneriano adotado até a atualidade.

A necessidade de parceria entre os gestores - no caso os Ministérios da Educação e da Saúde - no sentido de fomentar, incentivar e investir em iniciativas que reformulem as grades curriculares, faz parte das recomendações dessa Conferência (BRASIL, 2004a, p. 127), como se verifica abaixo:

Recomendar que o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e instituições de ensino, viabilizem a adequação das grades curriculares para os cursos da área da Saúde (formação técnica, graduação e pós-graduação) em cumprimento ao artigo 200, inciso III da Constituição Federal, incluindo e priorizando estágios para universitários e técnicos nos serviços públicos de saúde, com auxílio de bolsas, visando a formação de futuros profissionais comprometidos com as diretrizes do SUS.

Em documento preparatório da IIIª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2005d, p. 48), realizada em 2006, surge a proposição de que as diretrizes curriculares sejam incorporadas pelos gestores do SUS, como segue:

A implementação das diretrizes curriculares nacionais deverá ser uma luta cotidiana dos gestores do SUS e dos gestores da educação, dos trabalhadores da saúde, dos estudantes e dos movimentos sociais, inclusive pertencendo ao cotidiano dos foros de controle social e de participação na saúde e na educação.

Essa recomendação do documento, base da Conferência, pressupõe uma movimentação político-ideológica em torno das diretrizes, que requer também o comprometimento das universidades e demais instituições formadoras da área da saúde, a maior troca de informações entre os docentes sobre as diretrizes curriculares e, principalmente, a conscientização acerca do SUS como sistema nacional de saúde, algo que ainda não ocorre em muitas IES.

Em documento do Ministério da Saúde que trata do *AprenderSUS* - uma das estratégias adotadas para propiciar um espaço de aprendizagem no SUS para os graduandos da área da saúde -, essa noção de desconhecimento da política nacional de saúde é reforçada na seguinte ponderação: "ainda é limitado o contingente de dirigentes acadêmicos e de docentes com compreensão acerca da natureza e complexidade da mudança necessária e dos elementos indispensáveis à sua condução" (BRASIL, 2004b).

O documentado citado (BRASIL, 2005d, p. 49) enfoca a questão da avaliação dos cursos como um elemento fundamental na reformulação da educação médica:

Juntamente com o MEC, como vem acontecendo desde 2004, o Ministério da Saúde e as associações de ensino na saúde devem participar da construção dos sistemas de avaliação da educação superior na área da saúde. A avaliação de cursos na área da saúde deve inaugurar e fortalecer a mais ampla permeabilidade entre o setor e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (Inep/MEC), órgão responsável pela avaliação da educação no País. Os gestores da saúde e da educação devem demonstrar, por meio da avaliação, o compromisso com o cumprimento do artigo 200 da Constituição Federal.

Em documento eletrônico do Ministério da Saúde intitulado "Mudanças na graduação das profissões da saúde" (BRASIL, 2005b), a articulação entre a política pública de saúde e as IES formadoras de recursos humanos para a saúde é abordada de forma direta, conforme se constata a seguir:

As escolas de graduação em saúde receberão apoio técnico, financeiro e/ou operacional desde que se comprometam a adotar processos de mudança

com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde, adotar metodologias ativas de ensino-aprendizagem e estabelecer uma formação geral, crítica e humanística, além de abrir possibilidades de capacitação em torno de temas importantes para a mudança, como ampliação da clínica em saúde, o trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinares e a prestação de serviços com caráter de retaguarda tecnológica, assessoramento técnico-científico e ações colaborativas.

O processo de formação de recursos humanos para atuação no Sistema Único de Saúde requer importantes decisões e mudanças institucionais que englobam conceitos pedagógicos, como afirmam Motta, Buss e Nunes (2001):

[...] ainda que possamos reconhecer a necessidade de se (re)conformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautamos numa lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino-aprendizagem. Ainda que absorvida de modo incipiente pelo setor saúde, essa noção tem sido fundamental para a definição de perfis profissionais para um novo modelo de atenção à saúde.

O documento base do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, e que visa estimular a adequação dos cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia às DCN, aborda a formação do profissional de saúde afirmando que esta deve “estar atenta ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social” (BRASIL, 2005c, p. 19).

2.7 As diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde

Acompanhando o processo de elaboração das DCN nas diversas áreas do ensino superior, as IES da área da saúde e demais entidades vinculadas à

educação nessa área voltam-se à elaboração de diretrizes curriculares específicas. Esse processo, se por um lado já incorporava os desafios e as contradições das mudanças paradigmáticas da educação num contexto de transformações nos rumos da educação brasileira, adaptando-a à desenfreada onda neoliberal, como já mencionado, apresenta-se como uma missão ainda mais desafiadora, que é a de romper, nas estruturas curriculares clássicas, com o modelo biologicista e tecnicista dos cursos de saúde, aproximando a realidade acadêmica de formação de recursos humanos às coordenadas do Sistema Único de Saúde e às necessidades do processo saúde/doença da população brasileira.

Ceccim e Feuerwerker (2004,p.1404) abordam esse processo de elaboração das DCN na área da saúde e aproximação com o SUS quando postulam:

A mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões. Correspondeu, igualmente, ao engajamento pela melhor aplicação da LDB, tendo em vista a relevância social das instituições formadoras e sua capacidade de dar resposta às necessidades e direitos da população e viabilizar a melhor formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde. A melhor formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde aparece na LDB (artigo 43) como *a formação de diplomados aptos para a inserção profissional*.

Nesse contexto, o Parecer da CES/CNE nº 583/01 (BRASIL, 2001a) indica que, para todas as áreas de conhecimento que integram a saúde, o formato das DCN deveria 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.

O mesmo documento (BRASIL, 2001a), bem como todos os pareceres do CNE/CES (BRASIL, 2001b, 2001c, 2002a) apresentam, como objeto das DCN para a área da saúde:

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.

Assim como os objetivos das DCN para a área da saúde:

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 [grifo do documento] (BRASIL, 2001a).

Segundo Haddad et al. (2006a), as diretrizes curriculares requerem que os cursos incorporem, nos seus projetos, o arcabouço teórico do SUS, incluindo postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença, inclusive estimulando a inserção precoce e progressiva do estudante à realidade do SUS.

No que diz respeito às competências e habilidades do profissional da saúde a ser formado, as DCN apresentam, para todas as áreas, como competências gerais (ANEXO A), a capacidade dos profissionais para desenvolver ações numa perspectiva de atenção à saúde, incluindo prevenção, promoção, proteção e reabilitação, em nível individual e coletivo; a habilidade de tomar decisões no contexto de sistema de saúde, envolvendo questões de força de trabalho, equipamentos, procedimentos e práticas; as qualidades necessárias à comunicação adequada, à liderança, à administração e ao gerenciamento de recursos humanos e físicos, à informação e ao planejamento. As competências gerais ainda abordam a educação permanente, ou seja, a necessidade de que os profissionais a serem

formados tenham capacidade para aprender constantemente, mesmo finda a sua formação inicial.

Tais competências, aqui apresentadas na íntegra por serem comuns a todas as DCN da área da saúde, parecem indicar uma mudança no eixo de formação do profissional, na medida em que apontam para conceitos de cunho sócio-pedagógico aliados à fundamentação técnica. De forma claramente explícita, as DCN delineiam competências que dizem respeito à inserção do futuro trabalhador da saúde em uma sociedade complexa e multifacetada - na qual os processos de diagnóstico e tratamento são permeados por determinados contextos sócio-econômicos - e, para tal, faz-se necessária uma abordagem pedagógica que contemple essas necessidades.

O documento da Rede Unida (2002) que sintetizou as principais recomendações dessa entidade para as DCN da saúde enfatiza que, para que se possa formar trabalhadores com tais competências, os seguintes princípios devem ser contemplados nos currículos:

- currículos fundamentados no humanismo e em metodologias ativas para o processo ensino-aprendizagem ;
- integração de conteúdos básicos e profissionalizantes;
- relação de equilíbrio entre teoria e prática;
- diversificação dos cenários de aprendizagem;
- pesquisa integrada ao ensino, com a participação de profissionais dos serviços e da comunidade;
- educação orientada aos problemas mais relevantes da sociedade;
- seleção de conteúdos essenciais em bases epidemiológicas;
- currículos flexíveis, com atividades eletivas;
- terminalidade dos cursos, garantindo a formação geral do profissional;
- educação centrada no aluno, visto como sujeito dos processos de ensino-aprendizagem;
- avaliação formativa do aluno, baseada nas competências cognitivas, afetivas e psicomotoras

Segundo Feuerwerker e Almeida (2003), a formação por competência tem um aspecto positivo pois indica a necessidade de experiências e oportunidades de

ensino-aprendizagem que permitem um desenvolvimento para além do campo cognitivo.

Através da formação com essas competências:

[...] espera-se que o profissional egresso tenha a capacidade de utilizar uma diversidade de conhecimentos na solução de problemas do seu dia-a-dia, estabelecendo relações entre cultura, sociedade, saúde, ética e educação (FERNANDES et al., 2005, p. 445).

Outro aspecto importante das DCN na área da saúde diz respeito à aproximação da abordagem pedagógica das IES com as políticas públicas, mesmo no contexto da autonomia universitária. Essa questão, fruto de calorosos debates e raiz de resistências às diretrizes, foi abordada por Ceccim e Feuerwerker (2004, p.1402), que se posicionam de forma clara ao afirmarem que:

O entendimento da autonomia universitária tem exorbitado de seus limites diante da natureza pública ou de responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país. A universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social. A universidade exerce um mandato público, socialmente outorgado, e não uma soberania acadêmica como se a formação profissional superior, a produção de conhecimento, a produção científica e tecnológica ou a promoção da informação, da arte e da cultura pudessem ser independentes dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública.

Ao problematizar o texto das DCN, Meyer e Kruse (2003, p. 338) comentam que, na medida em que estas devem contemplar a mesma formatação, a linguagem utilizada no texto é “quase sempre imperativa, universalizante e pontual”, e seguem com o pertinente questionamento: “autonomia e flexibilidade se configuram como possibilidades de fato ou como recurso de retórica, neste contexto?” (p. 338).

As autoras (p. 337) levantam questões que são fundamentais para a análise crítica dos documentos das DCN, como por exemplo:

[...] quais são as concepções de sociedade, educação, saúde e enfermagem que estão explícitas e/ou subjacentes nestas Diretrizes Curriculares? Elas convergem ou conflituam com as concepções dos diferentes grupos (ou escolas) encarregados de traduzi-las em currículos ou em projetos pedagógicos, como quer a linguagem oficial? Como se pode pensar essa relação entre diretrizes nacionais “que devem ser seguidas por

todas as instituições de ensino superior” e projetos pedagógicos coletivamente construídos (portanto projetos “locais”), em um contexto diverso e multifacetado como esse com que nos defrontamos no Brasil contemporâneo? Não precisaríamos, aqui, questionar a idéia de um currículo nacional, uma vez que os objetivos e conteúdos relacionados nas diretrizes parecem estar a constituir “o” currículo, o que deslocaria, exatamente, esta idéia mais ativa e local de currículo? Onde e como se pode localizar e/ou produzir espaços que permitam às instituições formadoras potencializar as condições específicas de cada uma, em especial no que se refere à qualificação de seu corpo docente, à sua capacidade de desenvolver pesquisa e extensão, à sua inserção no sistema público de saúde e às condições da infra-estrutura de que dispõem? Trata-se, aqui, de buscar abarcar o amplo espectro da formação proposta pelas diretrizes ou de escolher e verticalizar aquelas áreas priorizadas no Projeto Pedagógico da Instituição formadora?

As dúvidas expostas pelas autoras refletem um movimento de mudanças que direciona uma dinâmica ampla de questionamentos por parte das IES, onde a clássica negociação de créditos e alterações de grades curriculares não expõe as transformações necessárias. Nesse questionamento encontram-se aspectos de cunho ideológico e político, nos quais os atores e sujeitos dos processos devem encarar as divergências, as contradições e as resistências para efetivamente reconstruir propostas pedagógicas que reflitam transformações profundas, e não meros acordos momentâneos de acomodação de forças cujo objetivo é minimizar o próprio processo.

2.8 A saúde bucal e o contexto da educação odontológica

Assim como a educação dos profissionais da área da saúde se encontra numa perspectiva de desafios de mudança, a educação odontológica se vê, da mesma forma, diante de uma encruzilhada ideológica que exige uma profunda

reflexão acerca dos paradigmas e conceitos pedagógicos que perfazem o contexto educacional na formação de profissionais da saúde bucal.

Para muitos, esse processo se resumiria em readaptar cargas horárias dos atuais currículos conforme as exigências científico-tecnológicas da odontologia contemporânea sem, contudo, refletir acerca do papel e dos compromissos que a odontologia exerce e tem com a sociedade brasileira; quais são os elementos que perfazem a inserção da saúde bucal no SUS e como adaptar a formação dos profissionais nesse contexto.

O movimento por mudanças no perfil da educação odontológica brasileira que não se restringisse somente a meros acréscimos ou decréscimos de cargas horárias de disciplinas profissionalizantes e/ou disciplinas básicas inicia-se inserido no contexto da Reforma Sanitária da década de 1980, que culminou com o delineamento do SUS.

No relatório da 7ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1980 - ou seja, antes da formatação do Sistema Único de Saúde -, que se constituiu na primeira conferência nacional de saúde a incluir a odontologia entre os subtemas a serem estudados, consta uma importante análise da prática odontológica vigente. Esta, segundo o relatório final (BRASIL, 1980), caracterizava-se pela **INEFICÁCIA, INEFICIÊNCIA, DESCOORDENAÇÃO, MÁ DISTRIBUIÇÃO, BAIXA COBERTURA, ALTA COMPLEXIDADE, ENFOQUE CURATIVO, CARÁTER MERCANTILISTA, CARÁTER MONOPOLISTA E INADEQUAÇÃO NO PREPARO DOS RECURSOS HUMANOS.**

Nesse último ponto, o relatório final do grupo encarregado de estudar o subtema odontologia é enfático (BRASIL, 1980, p. 176):

Que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do País, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deverão atuar

e que, a nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo como o treinamento ou preparação em serviço.

A análise desse relatório permite verificar a preocupação dos setores comprometidos com a saúde bucal, no contexto da Reforma Sanitária, em revisar a educação odontológica no sentido de aproximá-la de uma realidade social e sanitária até então distante de seus paradigmas.

Como afirmam Cámara e Flores (2001, p. 36):

El paradigma dominante en esta área (odontología) obedece fielmente a una estrecha vinculación dialéctica entre la práctica y la formación profesional. La práctica es considerada como consecuencia de la formación universitaria y, por otro lado, el modelo de ejercicio profesional a su vez se reproduce fielmente en la educación superior.

Havia, portanto, justificativa para a preocupação, manifestada durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, de destacar a necessidade de reformulação da formação em odontologia, que estava - ou está - fortemente vinculada ao modelo hegemônico de prática profissional.

Mendes (1986) alerta para o fato de que, assim como a educação médica foi extremamente influenciada pelo modelo apresentado por Flexner em seu relatório de 1910, a odontologia também teve o mesmo destino. O autor (p. 540) afirma que “a odontologia, como especialização médica, apreende também este paradigma, **denominado de odontologia científica ou odontologia flexneriana**” (grifo nosso).

Ainda segundo o autor, esse modelo se constitui dos seguintes elementos ideológicos: o biologicismo das doenças é que gera o mecanicismo da abordagem em saúde; é duplamente individualista na medida em que eleger como seu objeto o indivíduo e exclui os aspectos sociais que constituem a sua existência; a especialização que impõe a parcialização abstrata do objeto global, aprofundando o conhecimento específico em detrimento ao conhecimento holístico; a exclusão de

práticas alternativas tendo a odontologia científica primazia sobre outras práticas e, por último, a tecnificação do ato odontológico.

Para o autor (MENDES, 1986, p. 541), essa tecnificação do ato odontológico

Passou a erigir, por razões ideológicas e econômicas, como parâmetro de qualidade, o grau de densidade tecnológica da prática, em detrimento da capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir as doenças.

Esse paradigma, baseado no Relatório Gies (1926) – que tem o mesmo significado histórico que o Relatório Flexner ocupa no âmbito da educação médica -, confirma a noção individualista do profissional, sem uma abordagem crítica de sua prática e desprezando a concepção de integralidade da atenção (CHAMBERS, 2002).

William J. Gies, bioquímico de profissão, elaborou um relatório acerca do estágio vigente da educação odontológica nos EUA e Canadá para a Carnegie Foundation, a mesma que havia encomendado a Flexner seu célebre relatório acerca da educação médica .

Embora tenha adotado a mesma linha de Flexner no que concerne à postura cientificista e positivista, o relatório de Gies (1926, p. 181) aponta algumas características da educação odontológica que vigoram até a atualidade. Ao retratar a figura do docente de odontologia, o autor afirma:

Men who have acquired reputations as successful practitioners are made professors regardless of their inability or disinclination to teach, and, given important teaching duties to perform, are retained when their work is un instructive or even farcical. They are also permitted to subordinate their teaching obligations to all the requirements of a routine private practice, and privileged to delegate their duties to recent graduates who, noting their influence on a practitioner's prestige of a public relationship to a dental school, accept the appointments as temporary expedients, and regard the positions mainly as stepping-stones to lucrative local practice [grifo nosso].

Essa afirmação sobre a docência na odontologia confirma a análise feita por Mendes (1986) acerca da tecnificação do ato odontológico, onde a qualificação

técnica dos docentes se sobrepõe à sua capacidade pedagógica, já que o modelo hegemônico de ensino estimula tal consideração.

No que concerne à relação entre esse modelo hegemônico e a educação odontológica, Botazzo e Tomita (1990, p. 22) afirmam que:

O ensino e a prática odontológicas no Brasil reproduzem de modo anacrônico o acentuado tecnicismo que marca essa especialidade médica nos países desenvolvidos. Fruto da odontologia científica, isto é, positivista, instituída a partir de 1848 e de modo especial a partir de 1920, a odontologia brasileira, tal como está, é ineficaz no equacionar os problemas de saúde bucal de nossa população. De resto, é possível afirmar que esta não é sua preocupação. O modelo teórico no qual tanto o ensino como a prática se baseiam exclui a possibilidade de incorporar uma leitura social: trata-se de entender o fenômeno saúde-doença nos marcos estreitos do biológico, a determinação do fenômeno não interessando enquanto objeto.

Para Matos e Tomita (2004, p. 1539),

O ensino odontológico tem se baseado em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório de faculdades de Odontologia e a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema freqüentemente discutido entre estudantes e professores.

Ao analisar o contexto da educação odontológica e a necessidade de mudanças que acompanhem o ideário da Reforma Sanitária, Mendes (1986, p.534) pondera:

Esse processo de mudança não se esgota nos limites do processo educacional. Por isso mesmo, esse processo exige que a educação odontológica substitua sua função sistêmica por uma função crítica, e passe a exercer uma análise sistemática dos objetivos sociais, de modo a evidenciar suas contradições e suas deformações ideológicas, procurando soluções alternativas, ou seja, outros objetivos sociais, diversos daqueles aceitos pelo sistema.

Assim, acompanhando a análise de Mendes (1986) sobre o modelo hegemônico da educação odontológica e a descrição do modelo de prática apresentado no Relatório Final da 7ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1980), é possível delinear os processos de mudanças na educação odontológica sob uma perspectiva de rompimento com o modelo flexneriano e de aproximação da formação - e, conseqüentemente, do profissional da saúde bucal - à realidade

sanitária brasileira, mais complexa do que a abordagem biologicista clássica prevalente.

Ocorre que, nas faculdades de odontologia, esse processo jamais se constituiu em uma trajetória de fácil aplicação e implantação, o que limitou - e ainda limita - os debates sobre o assunto a circunstâncias focalizadas ou a ideais advindos do imaginário do chamado setor progressista dos departamentos de odontologia social, mais aproximados às questões de saúde coletiva, e quase nunca se tornou um movimento hegemônico de transformação do ensino odontológico (MOYSÉS, 2004).

Ao debruçar-se sobre essa agenda de mudanças necessárias, Moysés (2004, p. 35) afirma que:

Esta é uma difícil empreitada, já que é uma mudança substantiva, que implica em profunda revisão de conceitos e condutas daqueles responsáveis por coordenar e ministrar o ensino superior. Este novo protagonismo gera desconforto, desconfiança, reação conservadora e posicionamentos pessoais insólitos.

Esse mecanismo de resistência acaba, por fim, confirmando as imagens, cada vez mais desgastadas pela saturação do mercado e pelas crises econômicas, do ideário liberal e mercantilista da profissão odontológica que, como afirma Garrafa (1993, p. 53) “[...] apresenta-se à sociedade como uma mercadoria aparentemente neutra [...], ao invés de assumir um papel mais digno e comprometido de estimulante instrumento da cidadania e libertação”.

Os eixos norteadores de processos de mudanças que ultrapassam as questões administrativas ou pedagógicas na odontologia se confirmam, no contexto do SUS, através dos relatórios de todas as conferências nacionais de saúde bucal já realizadas no país (BRASIL, 1986a, 1993, 2005a).

Analisando o contexto atual de formação de recursos humanos na saúde bucal, Narvai (2003, p. 476) aponta que:

As características epidemiológicas, a magnitude e a qualidade das necessidades da população no que se refere às ações de atenção à saúde bucal- aí incluídas as atividades assistenciais individuais, tanto as orientadas ao controle da incapacidade bucal quanto as de natureza preventiva- constituem o referencial básico para tratar das questões relacionadas aos recursos humanos odontológicos no país (p. 476).

O autor também indica a necessidade de instituições formadoras desses recursos humanos e órgãos que os empreguem para orientar suas missões institucionais à "efetiva implantação e desenvolvimento do SUS. No Brasil, imprescindível para a alteração, em abrangência e profundidade, do nosso perfil epidemiológico" (p. 476).

A necessidade de aproximação entre as IES e a lógica conceitual do SUS para adequar os princípios da prática pedagógica de formação profissional na saúde bucal, encontra respaldo em todos os documentos produzidos pelas instâncias políticas fundamentais de controle social do SUS que abordam a saúde bucal, no caso as Conferências Nacionais de Saúde Bucal (BRASIL, 1986a, 1993, 2005a).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em 1986 logo após a realização da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, abordou, de forma enfática, a questão das mudanças nos currículos dos cursos de odontologia então existentes. O texto do relatório final dessa conferência (BRASIL, 1986a) apresenta, como recomendações:

Reformulação do Sistema Educacional, com revisão ampla dos currículos mínimos, visando uma melhor organização, direcionamento e comprometimento dos recursos humanos da área visando sua adequação às necessidades majoritárias da população, redefinido a relação universidade/sociedade.

O relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1993), a primeira realizada após a implantação do SUS já aborda, de forma mais aprofundada, a questão da formação dos profissionais da saúde bucal e sua prática no sistema.

Segundo esse relatório (BRASIL, 1993, p. 18):

Constata-se também que a maioria dos profissionais de Odontologia que compõem os serviços públicos de saúde em todas as esferas de governo desenvolvem uma prática tradicional em que o modelo privado de atenção é transferido acriticamente para a prática pública.

A razão principal deste paradoxo se explica ao fato de que o modelo formador do país está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população.

O Brasil conta hoje com 86 cursos de formação em nível de graduação na sua maioria privados e concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país, fazendo com que na última década houvesse um incremento de 51% no número de profissionais habilitados para o exercício profissional sem que este aumento na oferta de recursos humanos impactasse modificações significativas na prevalência do quadro de morbidade bucal dos brasileiros.

Reconhece-se alguns esforços pontuais para tanto, mas de maneira geral a universidade brasileira está quase que totalmente alienada da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira, inclusive com a convivência dos dirigentes e docentes da área.

Paralelamente existem mais de 50 cursos de mestrado e de doutorado, concentrados nas regiões de maior desenvolvimento econômico e cada vez é mais restrito o acesso dos brasileiros aos avanços tecnológicos oriundos destas superespecializações oferecidas quase sempre por universidades públicas.

A pós-graduação para a saúde bucal confirma a estrutura acima descrita. Dá-se ênfase a especializações que confirmam o modelo mercantilista e elitista da Odontologia no país. A pós-graduação em nível de mestrado o doutorado em quase todos os casos tende a especializar mais o especialista no mesmo marco conceitual pedagógico, ratificando um tipo de prática já há muito demandada e cada vez mais alienada da realidade nacional.

Não obstante os inúmeros estudos analíticos do ensino odontológico apontarem para um diagnóstico de alienação pernicioso na formação de recursos humanos em saúde bucal, muito pouco tem sido feito para a transformação desta realidade.

Segundo o relatório da 2ª CNSB (BRASIL, 1993), há uma forte vinculação entre o modelo hegemônico de educação odontológica descrito por Mendes (1986) e o que existe como prática realizada, o que se reflete de forma considerável no modelo de trabalho de saúde bucal realizado no âmbito do SUS. A especialização e a tecnificação continuavam sendo o foco da prática, o que foi enfatizado no relatório final da conferência.

Somente 11 anos após a realização da 2ª CNSB foi realizada a 3ª conferência, em 2004. O contexto da educação odontológica já se mostrava de forma distinta do ponto de vista quantitativo, pois houve um crescimento muito

significativo no número de faculdades de odontologia naquele período e, por outro lado, também aumentou o número de vagas para equipes de saúde bucal no SUS, já que a conferência ocorreu após o início da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, para reordenar a atenção básica no SUS.

A 3ª CNSB teve, como um de seus eixos de reflexão, a formação e o trabalho em saúde bucal, o que possibilitou a discussão de diversas questões relativas à educação odontológica. O relatório final dessa conferência (BRASIL, 2005a, p. 55) apresenta uma importante análise da relação entre o ensino superior em odontologia e as necessidades do SUS:

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 bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. 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 de saúde.

Segue o relatório (BRASIL, 2005a, p. 56-57) em sua análise do ensino superior em odontologia:

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.

As diversas recomendações do relatório final da 3ª CNSB (BRASIL, 2005a, p. 60) que abordam as mudanças nos conceitos ideológicos e pedagógicos da educação odontológica, frisam a necessidade de uma maior aproximação dos cursos de graduação à realidade brasileira, como segue:

Adequar a qualidade dos cursos de graduação existentes tendo em vista que o modelo formador do País está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população, integrando a docência, serviços de saúde e pesquisa na perspectiva de realizar a transformação de prática de saúde alienada para uma prática consciente e humanizada, visando à melhoria e à capacitação dos serviços, a adequação da formação de recursos humanos em saúde bucal e a produção de conhecimento em consonância com as realidades e necessidades da população.

Se o debate das transformações necessárias na educação odontológica, nos últimos anos, foi reafirmado e recomendado pelo controle social do SUS, não houve unanimidade na comunidade acadêmica odontológica.

Ao analisarem as experiências de integração da formação em odontologia à rede de serviços, Morita e Kriger (2004, p. 17) ponderam:

Todos os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços tiveram pouca sustentabilidade, pois sempre dependeram de uma adesão ideológica de docentes e estudantes. As atividades de ensino-aprendizagem, extramurais, sempre dependeram mais da voluntariedade dos professores que as coordenavam do que do apoio institucional e da participação do quadro docente como um todo .

Com relação à comunidade acadêmica, Kriger, Moysés e Moysés (2005, p.

2) enfatizam:

Na visão de um significativo segmento de docentes e dirigentes, dentro de nossas instituições, a formação profissional aberta para a perspectiva de trabalhar no SUS seria uma redução e um empobrecimento de seus objetivos educacionais mais “nobres”. Ou seja, prevalece a visão comum, com perspectiva social questionável, de que isto seria a tradução de uma formação voltada para atender pessoas de baixa renda e enfrentar problemas estruturais diversos, além da suposta baixa credibilidade de um Sistema que estaria inexoravelmente condenado às insuficiências da esfera pública brasileira.

Tudo indica que o processo não encontre resistência somente por parte do corpo docente. De posse dos resultados obtidos em estudo qualitativo sobre os discursos de docentes e alunos de odontologia acerca da integração dos conteúdos curriculares e conceitos e estratégias do SUS, Matos e Tomita (2004, p. 1541) afirmam que as “perspectivas dos estudantes parecem essencialmente voltadas para uma lógica de mercado, e, em boa medida, distanciam-se de uma prática de saúde centrada na perspectiva do SUS”.

A integração da saúde bucal no SUS e, conseqüentemente, a formação de recursos humanos dessa área visando a adequação do modelo formador à realidade sanitária brasileira, é um processo político que envolve sujeitos diversos tanto no nível acadêmico como na gestão do sistema de saúde. Essa questão é analisada por Córdón (2000, p. 44), que pondera:

O que se observa na realidade é incompetência da parte de certos poderes públicos de transformar projetos em políticas permanentes, porque não existe participação social para sustentar estas políticas. Quando são colocados processos odontológicos que estão no caminho certo da saúde bucal coletiva, devem também ser criadas formas de continuidade, aperfeiçoar, aprofundar e dar permanência a tais processos. Isto se faz por meio de vontade política manifesta nas políticas de saúde e políticas sociais fortalecidas, o que necessariamente refere-se à participação social no processo de formulação, implementação e avaliação.

O documento final do seminário uni-odontologia, realizado em 1998 na Colômbia, resgata o propósito de mudança na formação dos recursos humanos (CHIANCA; NARVAI, 2000, p. 92):

Na formação de recursos humanos, especialmente universitários, propõe-se a implementação de processos de ensino - aprendizagem baseados nos princípios de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, em que o aprendizado ao nível dos Sistemas Locais de Saúde seja uma prática regular e permanente, permitindo a formação profissional adequada às necessidades da população.

Para que ocorra essa interação, a experiência pedagógica deve ser pautada pela integração escola-serviço que, segundo Álvarez (2000, p. 85), compreende

Un proceso de permanente interacción que involucra en una voluntad conjunta a la comunidad, a la universidad a los servicios de salud. La docencia servicio pone en relación la institución educadora y la institución de servicio e incorpora a la comunidad como sujeto dinámico y participante, creando un espacio diferente para la formación del talento humano y brindando la posibilidad de establecer una estrecha relación con las necesidades sentidas por la comunidad y por la institución prestadora de servicios de salud.

A interação com a realidade do sistema nacional de saúde fez parte das experiências integradoras de algumas faculdades de odontologia da América Latina - incluídas no Projeto UNI da Fundação Kellog - durante as décadas de 80 e 90 do século XX.

Ao exporem a premissa básica do Projeto UNI, Chaves e Kisil (1999, p. 10) afirmam que “para que a educação das profissões de saúde possa responder melhor às necessidades da comunidade é necessário que haja uma articulação (parceria) entre três componentes: universidade, serviço e comunidade”.

Os autores (p. 10) ainda destacam que, para que seja durável, essa parceria

Exige compreensão e respeito mútuo nas relações humanas e institucionais de todos os participantes. Deve haver reciprocidade e equanimidade, como num jogo em que todos ganham. Oportunidades de treinamento e atualizações para profissionais dos serviços, pequenos cursos de educação sobre saúde para professores de escolas primárias e para líderes comunitários, podem ser exemplos de contribuições importantes da universidade a seus parceiros.

A proposta de integração universidade/serviço pressupõe, também, mudanças no processo ensino/aprendizagem, onde as experiências extramuros ocorram em ambientes do sistema, sem que este tenha que adaptar ou construir cenários pedagógicos especiais. Nesse contexto, a universidade também poderia contribuir com capacitações pedagógicas aos profissionais do serviço, para que estes possam contribuir com o processo de aprendizagem dos alunos. Concomitantemente, os professores também devem se capacitar para que suas metodologias, anteriormente centradas numa ambientação intramuro, possa se adaptar a um cenário de vida real, onde a atividade pedagógica não é o foco

principal, mas está inserida numa rotina do próprio serviço (CHAVES; KISIL, 1999; MARSIGLIA, 1995).

Para que o processo ocorra nessa direção de parceria e integração, as barreiras ideológicas devem ser transpostas por todos os parceiros - universidade e serviço – até porque, na maioria das vezes, são fruto do desconhecimento, da resistência e do temor de perda de poder. A perspectiva de complementaridade do processo pedagógico deve ser vista respeitando as limitações das partes, em um contexto de amadurecimento de propostas e avaliações permanentes das experiências, inclusive criando mecanismos de escuta advindos tanto de professores, alunos e profissionais dos serviços quanto da comunidade.

2.9 As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia

Mesmo e apesar do clássico movimento de resistência corporativista, o processo de alterações curriculares na odontologia brasileira deu origem à elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação de Odontologia, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação em fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a).

Ainda que, para muitos esse documento pareça utópico em suas considerações, ele representa uma concepção, desta vez institucionalizada pelos marcos oficiais brasileiros, de que o ensino odontológico pode sofrer importantes transformações, sem perder a qualidade ou mesmo desprezar avanços técnico-científicos da odontologia, mas trazendo uma abordagem de conteúdo mais próxima

à realidade da saúde bucal do país através de ações pedagógicas mais centradas no aluno e não no arcabouço técnico, classicamente focadas no poder e no sucesso profissional do professor .

As DCN para os cursos de odontologia (BRASIL, 2002a) abordam tais idéias ao destacar que:

A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Mesmo sem explicitar o SUS como sistema de saúde vigente, as DCN apontam para uma mudança na concepção de assistência à saúde bucal, na medida em que abordam a questão da atenção integral e do envolvimento multiprofissional, enfatizando o trabalho em equipe.

Descrevendo os conteúdos a serem transmitidos nos cursos de graduação em odontologia segundo as DCN, Carvalho (2006a) menciona disciplinas de formação básica, profissionalizante e social. O autor (p. 10) alerta que a formação profissionalizante “deverá ser adequada às realidades em que atuará o profissional e com espírito crítico e aberto para eventual absorção de tecnologias, sem ênfase apenas para tecnologias sofisticadas”.

Essa perspectiva exposta por Carvalho (2006a) aponta para a adequação do eixo formador, no qual o conhecimento técnico, classicamente acumulado de forma burocrática, deve compor uma diretriz de ensino/aprendizagem mais crítica, onde o enfoque centrado no aluno ocupa um espaço maior do que o eixo centrado em sua habilidade técnica.

Para Morita e Kriger (2004, p. 18), as DCN:

[...] valorizam além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino. Sem dúvida, isso implica na formação de profissionais capazes de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população.

A opção política e pedagógica de transformar a realidade da educação odontológica em uma educação de saúde bucal que ultrapasse os limites das disciplinas de saúde coletiva das faculdades de odontologia, em uma abordagem de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade voltada à realidade e ao perfil de saúde da sociedade brasileira, requer ações estratégicas de políticas públicas que se constituam em um projeto integrador entre gestores da saúde, controle social e universidade (ARAUJO, 2004).

As DCN refletem o direcionamento do currículo para uma melhor adaptação, por parte das IES, de seus projetos político-pedagógicos com a realidade local, inserindo o serviço como cenário pedagógico e englobando a este o avanço tecnológico e científico adquirido na academia, já que existe maior flexibilidade curricular.

Morita e Kriger (2004) afirmam que

Mais do que a re-orientação de projetos pedagógicos as DCNs apontam para uma nova fase de relação entre o ensino e os serviços de saúde. Entretanto, esta relação é complexa, envolve o ensino, a pesquisa, a prestação de serviços de saúde e dependerá de muitos fatores locais (p. 130).

Faz-se necessário destacar que as DCN retratam a importância de se repensar as competências do cirurgião-dentista formado, bem como o processo político-pedagógico no qual se dá essa formação. Segundo Araujo (2004, p. 203) “o curso de odontologia deve ter um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem”.

Ao analisar as DCN, Narvai (2003, p. 484) aborda a abrangência na dimensão da formação do cirurgião-dentista:

Assim, bem mais do que competência nos domínios de aspectos biológicos envolvidos na prática profissional, deve-se preparar o CD para que desenvolva competência também quanto às dimensões ética e social do

seu trabalho. No plano de proposições tal entendimento não encontra, atualmente, opositores declarados. A imagem-objetivo é boa. Ms muitas vezes, um oceano- para não dizer um planeta inteiro- separa a intenção do gesto, o discurso da prática. As **diretrizes** (grifo do autor) são abrangentes o suficiente para, ao seu abrigo, se desenvolverem experiências educacionais muito distintas orientadas à formação de CD no Brasil. Assim, é necessário, imprescindível mesmo, examinar permanentemente a experiência concreta e os rumos de cada instituição (p. 484).

2.10 O currículo em odontologia: tensões e desafios

A mudança de um paradigma educacional hegemônico calcado no biologicismo tecnicista em direção a um modelo de educação centrado no aluno e nas necessidades de saúde da população requer um cuidado especial, por parte das IES de odontologia, com as questões que dizem respeito às mudanças curriculares.

Esse processo de reformulação curricular, segundo Conrado, Gomes e Robazza (2004, p. 24), “só seria possível se a comunidade universitária da área conseguisse uma formação sólida de consciência crítica e tivesse capacidade de responder às condições de saúde bucal da sociedade”.

Os autores (p. 27) ainda afirmam que:

Muitos dos problemas que dificultam a elaboração de um currículo adequado originam-se no fato de que não conhecemos o tipo de profissional que desejamos formar. É difícil construir um currículo adequado sem que esse objetivo terminal esteja claramente definido (p. 27).

A questão levantada pelos autores sobre a definição clara e objetiva da intenção dos currículos odontológicos é fortalecida pelas questões que Câmara (1988, p. 181) aponta como necessárias para a reflexão sobre a educação odontológica.

Para poder entender el significado de “una mejor educación”, consideramos que el concepto solo hace sentido en un contexto dado, por lo tanto, deben existir respuestas a preguntas tales como: “¿**por qué, para qué, para quién, cómo, cuándo, dónde, e inclusive, con cuánto?** [grifos nossos].

As questões sugeridas por Cámara (1988) tornam-se imperiosas para que as reflexões sobre o currículo e a educação odontológica possam propiciar alterações significativas na concepção política e pedagógica da área.

Ao analisarem a estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil, Paula e Bezerra (2003, p. 10) afirmam que o ensino de odontologia no Brasil “é baseado na aplicação técnica, refletindo a marcante presença da indústria de equipamentos e materiais odontológicos”.

Ao discutirem sua análise sobre o currículo, as autoras confirmam as questões contraditórias que se apresentam nas estruturas curriculares dos cursos de odontologia. Se o discurso corrente é o que contém a intenção de adaptar o conhecimento técnico e profissionalizante às necessidades da população brasileira, este não parece ser incorporado ao currículo, deixando tais conhecimentos às áreas humanísticas, onde a disciplina de saúde coletiva exerce papel preponderante.

Sobre essa questão, as autoras (p. 12) afirmam que,

Na análise da carga horária da área de saúde coletiva e carga horária total, em que não há correlação, fica constatado que a maioria dos cursos ainda não a incorporou em seus currículos de maneira efetiva, o que denota o descaso com o papel e a real importância da saúde pública.

A divisão do currículo em ciências básicas ministradas de início, e em disciplinas profissionalizantes ministradas a seguir - como sugerido no Relatório de Gies (1926) - apresenta-se como um modelo preponderante nos cursos de odontologia. Essa fragmentação de conhecimento, que não promove a integração dos conteúdos, gera uma aplicação prática também fragmentada, reafirmando o conceito biologicista e unicausal da clínica odontológica.

Conforme afirma Lombardo (2000, p. 3),

Em nossos cursos de odontologia, ainda há professores que defendem a idéia de que as disciplinas podem ser desenvolvidas de maneira estanque dentro de um curso, cabendo aos alunos integrar os conhecimentos adquiridos para fazer uso na vida profissional.

Durante o século XX, duas correntes importantes se destacaram entre os movimentos de reformulação curricular dos cursos de odontologia. A primeira, calcada nas considerações elaboradas por Flexner e Gies e conhecida como movimento cientificista, predomina até hoje e tem como objetivo principal embasar os tratamentos segundo critérios científicos estabelecidos, com a grade curricular centrada na aquisição de conhecimentos que permitam tal enfoque. A segunda, conhecida como movimento de “sensibilidade social” - *socially sensitive movement* -, admite englobar os conhecimentos científicos na formação odontológica, mas enfatiza que os profissionais necessitam, também, obter uma formação voltada às complexidades da sociedade e, portanto, o currículo deve conter conhecimentos de caráter humanístico (FORMICOLA, 1991).

A tensão entre essas correntes ainda marca os debates sobre as configurações curriculares em odontologia. Essa tensão é adicionada e fortalecida por outra “disputa”, conforme afirma Bertolami (2001). Para o autor, a qualidade do ensino odontológico vem diminuindo na medida em que o conteúdo e a forma da educação estão em conflito. Como resultados desse conflito têm-se a deficiência no ensino, a insatisfação dos alunos, e talvez a principal dúvida: se as faculdades de odontologia podem continuar como principais responsáveis pela educação odontológica. Outra reflexão elaborada por Bertolami (2001) acerca da tensão entre forma e conteúdo é a percepção de que uma parcela pequena do currículo tem relevância prática.

Bertolami (2001, p. 726) ainda segue afirmando que essa tensão poderia ser

A natural consequence of an inordinate devotion to tradition, causing schools to teach what they want students to learn but not necessarily what

students actually need to know (a problem with content). Correspondingly, unrealistic and unreasonable demands on student's time and talents can lead students to circumvent the system, causing them to learn more about how to go to dental school than about how to practice dentistry- learning, in the process, how to hate the dental educational experience (a problem with form) (p. 726).

E aponta que, para as questões de conteúdo, seria de fundamental importância a discussão acerca do que é a clínica geral em odontologia e do que seria a prática especializada: a graduação se voltaria para a primeira, acarretando uma importante revisão do conteúdo bem como da atividade clínica executada durante a formação.

A questão da forma é debatida por Bertolami (2001), quando aponta o ensino calcado em uma grade rígida de disciplinas, no qual a metodologia é inflexivelmente centrada no conhecimento do professor. E destaca a necessidade de se flexibilizar mais a grade curricular, aumentando os espaços pedagógicos e utilizando estratégias que induzam o aluno à reflexão e não à mecanização do conhecimento adquirido.

Aspectos voltados à integração entre conteúdo e metodologia também aparecem na análise sobre o currículo de odontologia em escolas norte-americanas realizado por Kassebaum et al. (2004). Ao analisar as mudanças ocorridas nas estruturas curriculares, os autores ressaltam que poucas inovações voltadas à interdisciplinaridade ocorreram, além da baixa adesão a inovações metodológicas.

Ao analisarem a distribuição de carga horária por conteúdo, Solomon e Brown (1989) concluíram que as estruturas curriculares básicas pouco mudaram desde as décadas de 1920 e 1930 nos Estados Unidos.

Diretrizes curriculares que se propõem a romper as tensões entre forma e conteúdo com a perspectiva de delinear perfis de profissionais e tornar explícitos os objetivos da educação odontológica são apresentadas de forma crítica por Tedesco

(1995), em um importante estudo sobre a evolução dos currículos odontológicos nos EUA. A autora apresenta, por exemplo, o Relatório Blauch, de 1935, elaborado pela *American Association of Dental Schools* (AADS). Citando esse relatório, a autora aponta como competências dos estudantes:

1. Be competent in the maintenance of oral health and the treatment of oral diseases, disorders, and deficiencies, with understanding and appreciation of the relationships between oral and systemic conditions in health and disease;
2. Cooperate effectively with persons engaged in allied fields of service;
3. Be interested in and desire continuing professional study after graduation;
4. Practice dentistry with due regard for its social, economic, and ethical relationships; and
5. Cooperate effectively in community life (p. 100).

Através do relatório Blauch é possível perceber que, embora a literatura especializada na análise de currículos odontológicos mostre um tímido movimento de mudanças, a preocupação em oficializar intenções e recomendações sobre a educação odontológica existe desde a elaboração do Relatório Gies (1926).

Mas as contradições acerca do conteúdo científico a ser ministrado e a relevância social deste são ainda pouco debatidas pela comunidade acadêmica odontológica. Debatendo as questões curriculares das faculdades de odontologia na África, Likimani (1990, p. 177) enfatiza a necessidade de se utilizarem estudos epidemiológicos para o planejamento de cursos que tenham relevância social e que, efetivamente, possam atender às necessidades de saúde bucal da população.

Questions related to relevance and objectives of a curriculum should come at the planning stages of any training programme; and the right questions should relate to the prevailing disease status, such as what are the most common oral diseases? What is the prevalence of caries and periodontal disease? What are the common causes of tooth loss? What percentage of the population is edentulous at given age ranges? In other words, a few well-planned epidemiological studies would establish the dental disease situation, then we could plan our curricula based on factual data. Needless to say, since disease patterns tend to change over time, there is a need for periodic follow-up evaluations with relevant review of the curricula as needed.

O questionamento de Likimani (1990) aponta para uma outra tensão, que ultrapassa as tensões colocadas nas análises feitas por pesquisadores norte-

americanos entre forma e conteúdo. Essa tensão explicitada pelo autor, que discute se o conteúdo odontológico deve ser sobreposto às necessidades epidemiológicas da população, reforça a afirmação de Cámara (1988, p. 189):

En la mayor parte de las escuelas y facultades de odontología –y seguramente en forma similar a nivel de toda la educación superior- estos cambios han sido fundamentalmente originados por la relación dialéctica entre, por una parte, la economía de las grandes industrias; las necesidades de salud y los hábitos de consumo de los grupos económicamente dominantes; la búsqueda del mantenimiento de beneficios preferenciales para el gremio profesional, con el consecuente monopolio del conocimiento, y en general la cultura dominante; y por otra parte, las necesidades económicas y de salud de toda la sociedad; el derecho universal al conocimiento y a la más justa distribución de la riqueza, y en general las culturas dominadas.

A contradição entre forma e conteúdo é também apontada por Demo (2006), quando aborda a resistência, por parte das universidades, à mudança. Questionar a prática docente é ameaçar a rotina instituída há anos pelo corpo docente, e isso requer processos políticos internos de negociação e avaliação. Nesse sentido, como destacam Haddad et al. (2006a), o sistema indutor de avaliação para estimular tais mudanças é muito importante como balizador do processo, mas talvez não o suficiente, já que o formalismo legal do sistema não interfere necessariamente na prática diária da atividade docente, permeada por questões subjetivas de relações de poder no âmbito interno da instituição.

2.11 Análise prospectiva da educação em saúde

O desafio de transformar processos educativos - inclusive no ensino superior e mais especificamente nas áreas da saúde - que se proponham a romper com o modelo clássico biologicista e que aportem concepções do processo saúde/doença,

integração com o sistema de saúde e aspectos relacionados à dinâmica ensino-aprendizagem, envolve análises situacionais que permitam que os sujeitos envolvidos possam se deparar com uma realidade e daí, frente às perspectivas referenciais, desenvolver projetos estratégicos que disparem os diversos processos institucionais de transformação do ensino e da educação.

Na década de 1980, o Prof. Dr. José Roberto Ferreira apresentou um projeto de análise prospectiva para avaliar instituições de ensino médico, através da Organização Panamericana da Saúde. Esse projeto continha as bases conceituais para essa metodologia de análise que, posteriormente, foi utilizada por diversas instituições de ensino da área de saúde na América Latina (FERREIRA, 1986).

Ferreira (1986, p. 26) argumenta que a análise prospectiva é embasada em um:

[...] parámetro de calidad explicitado en un marco de referencia conceptual que tome en cuenta el contexto socioeconómico y político, la situación de salud, los patrones de ejercicio profesional y la estructura y normas de funcionamiento de los servicios de salud, no solamente en función del estado actual, sino, con un sentido **prospectivo** (grifo do autor).

Essa configuração de referencial prospectivo deve considerar o perfil do profissional em uma conjuntura que leve em consideração alguns fatores simultâneos, que envolvam tanto o contexto da instituição formadora e suas opções ideológicas e curriculares quanto a formação de seus alunos e o contexto ampliado de análise dos múltiplos determinantes da saúde e do sistema de atenção.

Ao analisar o potencial de análise dessa metodologia, Ferreira (1986, p. 30) argumenta que

[...] lo que importa es el análisis de cómo se puede conseguir que un futuro deseable sea posible, lo cual parte de la observación de que, aunque el futuro sea incierto y parcialmente conformado por el pasado, será también producto de lo que se quiere o intenta que sea.

Para Ferreira (1986, p. 31), a imagem-objetivo da instituição de educação médica, nessa metodologia:

[...] no constituye una propuesta apriorística, un perfil idealista, producto de la imaginación de algunos educadores que esperan facultades de avanzada, casi perfectas. Por el contrario, el modelo está totalmente apoyado en la realidad regional y forma parte integrante de la situación socioeconómica y política de su época.

Em sua pesquisa para avaliar a educação médica na América Latina, Ferreira (1986) utilizou quatro eixos norteadores que, segundo ele, permitem estabelecer um perfil da instituição analisada e o grau de variação em que cada uma pode se situar em cada eixo. O autor ainda afirma que, a partir de cada eixo, é possível determinar outros novos eixos, de acordo com a necessidade e a situação prospectiva desejada. Os eixos utilizados pelo autor foram: o contexto da educação com relação à situação epidemiológica, política e social da região da instituição; a estrutura da instituição, que varia conforme o grau de capacitação docente, além da capacidade de oferecer conhecimentos de forma interdisciplinar; a função, que aborda a concepção de ensino de saúde, o grau de inserção e integração com os serviços de saúde locais e a capacidade de utilizar uma pedagogia reflexiva e crítica; a integralidade que analisa o potencial de pesquisa e sua concepção com relação aos propósitos da pesquisa - clínica ou abrangendo um leque maior de disciplinas de forma integrada. Os quatro eixos continham, ao todo, 43 vetores que, segundo o autor, cobriam uma análise dos fatores que influenciam as mudanças no ensino médico.

Ao analisar as tendências de mudanças na formação médica no Brasil através de estudo conduzido em 12 escolas de medicina do país, Lampert (2002) utilizou, além dos eixos sugeridos por Ferreira (1986), outros dois: a capacitação docente, medida pela importância do docente como agente formador, e o mercado

de trabalho e os serviços de saúde, que representam o espaço principal e dinâmico da prática profissional na análise em questão.

A autora (p. 171) afirma que :

Pela forma como esses eixos são observados e/ou percebidos na implementação do programa curricular, pode-se, pela predominância de ações, abalizar tendências do curso de graduação para seguir num rumo mais tradicional hegemônico nos moldes flexnerianos, ou numa direção mais inovadora e mesmo mais avançada a caminho de reformas transformadoras, na construção do paradigma da integralidade.

Ao propor a adoção dessa metodologia para a análise de escolas médicas venezuelanas, Ferrer (1992, p. 88) propõe três funções básicas da análise prospectiva:

- a. Servir de referencia para entrar em contacto con la realidad de nuestra educación médica y diagnosticar su situación de actualidad;
- b. Actuar como mecanismo evaluador que permita juzgar y valorar esa misma realidad, y
- c. Constituirse em medio operacional para producir las orientaciones y los criterios de las acciones correctoras y medidas que compensen los vicios o alteraciones diagnosticadas y superar las necesidades educativas observadas.

Campos et al. (2001, p. 54) propuseram um sistema de incentivos financeiros – mediado pela articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde - para escolas médicas que iniciassem um programa de reformulação curricular e adotassem práticas de ensino, pesquisa e assistência “sintonizadas com o paradigma da integralidade”. Segundo os autores,

O que se busca é a intervenção no processo formativo, para que os programas de graduação possam deslocar o eixo de formação centrada na assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população.

O documento oficial do PROMED (BRASIL, 2002b, p. 5) aponta, como objetivos específicos uma maior aproximação dos conteúdos da graduação dos cursos de medicina através dessa mudança paradigmática. Conforme consta do documento, esses objetivos seriam:

- Estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas”.
- Deslocar o eixo central do ensino médico da idéia exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- Propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.
- Favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação permanente num mundo de constante renovação da ciência.

O estudo prospectivo de Ferreira (1986) e a análise proposta por Campos et al. (2001), que envolvia uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional, identificam três eixos - orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática - de um processo de mudança da instituição de ensino na direção da transformação de seus conceitos paradigmáticos (LAMPERT, 2002).

Para fins classificatórios, foram determinados vetores para cada eixo, com três possibilidades de situações: a primeira representava a mais tradicional e as demais projetavam um cenário de avanço gradual que, como afirmam Campos et al. (2001, p. 55) “nem sempre se darão em suave transição, mas que nesse momento servem para definir tipologias que possam estimular e orientar o processo de transformação desejado”.

Ao descrever a metodologia, baseada nas propostas de Ferreira (1986) já na década de 1980, o documento do PROMED (BRASIL, 2002b) explicita:

Esses eixos sinalizam processos de mudança, de acordo com a tendência que caracteriza a inovação dos processos de educação médica em todo o mundo. Assume-se que uma formatação como essa corre o risco de promover simplificações, mas ao mesmo tempo é necessário que se emule um projeto que dê direcionalidade ao processo de mudança. Cada um destes eixos é decomposto em dois vetores, e em cada um destes vetores se trata de fazer uma tipificação das escolas em três estágios, que partem de uma situação mais tradicional ou conservadora no estágio 1 até alcançar, no estágio 3, a situação objetivo desejada. O processo de transformação curricular, portanto, deverá ser avaliado em função do alcance de cada um destes estágios, em cada eixo proposto.

Embora a metodologia utilizada pelo PROMED tenha tomado como base aquela apresentada por Ferreira (1986), utilizou somente as variáveis do eixo função, que incluíam o conteúdo programático, a articulação com o serviço e a orientação da aprendizagem admitindo-se que, para o objeto em análise, esses eram os parâmetros mais importantes (FERREIRA, 2004, p. 12). Segundo o autor:

O primeiro destes indicadores é medido pela produção de conhecimento (esforço de investigação), orientação da pós-graduação e da educação permanente; o segundo pela diversificação dos cenários de prática e a relação com as necessidades do SUS; e o terceiro pela integração básico-clínica e pela abordagem didático-pedagógica.

A perspectiva de análise prospectiva pode representar, assim, um importante momento de diagnóstico institucional se as discussões em torno desse processo forem encaminhadas sob uma perspectiva político-ideológica do currículo e não permanecerem em um plano de análise burocrática, já que os temas que esses instrumentos podem abordar são de importância crucial para a revisão conceitual da formação do profissional e as necessárias medidas a serem tomadas para efetivar reais reformas curriculares.

2.12 As oficinas da ABENO

Após a aprovação das DCN para os Cursos de Odontologia, a ABENO iniciou um processo de conscientização destas junto às várias faculdades de odontologia do país e, através de parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), organizou oficinas com o objetivo debater e analisar o processo de adaptação dos currículos de odontologia às diretrizes curriculares, identificando as experiências de implantação destas nas IES.

Para Carvalho (2006a, p. 14), o projeto das oficinas da ABENO representa “o maior esforço organizado, até o momento, para estímulo às adequações e inovações de projetos pedagógicos de cursos de graduação de odontologia”.

Segundo o termo de referência das oficinas da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (2005):

Embora aprovadas desde 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais ainda não estão adequadamente compreendidas por grande número de dirigentes, coordenadores, professores e alunos dos cursos de Odontologia do Brasil. Diante disso, sua implantação e utilização vêm sendo retardadas, prejudicando as tentativas de revisão das estruturas curriculares das instituições de ensino e o próprio desenvolvimento dos cursos para a formação de um profissional compatível com a realidade das demandas sociais do país.

As oficinas propõem-se, então, a criar um espaço de estudo, análise e reflexão acerca do momento atual do ensino odontológico, bem como aventar possíveis nós críticos que dificultam a implantação das DCN nos cursos de graduação das diversas IES do país. Essas oficinas contam com a participação de docentes das diversas áreas do ensino odontológico, e de alunos representando o corpo discente.

Segundo o documento de referência para essas oficinas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO, 2005), os objetivos dessa empreitada seriam:

Objetivo geral

Contribuir para as mudanças na educação dos profissionais de Odontologia, propiciando as condições para que sejam mais capacitados a enfrentar os problemas prevalentes de saúde, entendendo a implantação das diretrizes curriculares nacionais como fator primordial para tais mudanças.

Objetivos específicos

- Analisar o conteúdo das diretrizes curriculares para os cursos de odontologia;
- Identificar a experiência de implantação das diretrizes na IES, suas dificuldades, avanços e estratégias adotadas ;
- Sensibilizar e capacitar novos sujeitos para entenderem o seu papel na implantação das diretrizes no curso de Odontologia da IES.
- Contribuir para o aprimoramento da capacidade dos seus participantes em analisar as conjunturas políticas de saúde e de educação, principalmente

dos conteúdos relacionados ao desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde;

- Construir coletivamente um Plano de Ações e Metas que possa ser utilizado pelo Curso para a consolidação do processo de implantação das DCN.

O diagnóstico situacional é realizado através de um instrumento de análise prospectiva aplicado a todos os participantes - docentes e alunos -, e tem como base o referencial de transformação de uma situação atual e do estágio de implantação das DCN nas respectivas instituições (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO, 2005). Esse instrumento serve como referencial de auto-avaliação para que cada participante analise, segundo seus próprios parâmetros, a situação atual de sua IES.

Esse diagnóstico foi realizado na perspectiva de que os processos de mudança ocorram simultaneamente em distintos eixos, baseados na abordagem utilizada para o PROMED, lançado pelo Ministério da Saúde em 2002 (BRASIL, 2002b).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo geral

Analisar a tendência de mudanças na educação odontológica no Brasil em face da necessidade de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em odontologia.

3.2 Objetivos específicos

1. Através do instrumento prospectivo utilizado nas IES de odontologia que realizaram oficinas da ABENO entre 2005 e 2006, realizar análises:
 - ✓ Quantitativa dos resultados;
 - ✓ Qualitativa dos relatórios dos facilitadores das oficinas.
2. Através dos dados obtidos, discutir o processo de implantação das DCN à luz da abordagem crítica da educação.

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos

O projeto desta tese foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, conforme Protocolo 98/06 (ANEXO B).

A utilização das informações – provenientes das Oficinas de Trabalho para Implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia realizadas pela ABENO – foi autorizada por aquela entidade (ANEXO C).

4.2 Análise quantitativa

Entre outubro de 2005 e novembro de 2006, a ABENO realizou 60 oficinas em faculdades de odontologia de todo o país, às quais compareceram cerca de 2200 participantes. Não foi estabelecido número mínimo de participantes, e ficou a cargo de cada IES convocar os docentes de todas as áreas - básicas, humanísticas e clínicas -, bem como alunos e funcionários.

A ABENO foi a responsável pela elaboração das fichas individuais e do delineamento do instrumento de pesquisa utilizado nesta investigação. Esse instrumento consistiu em um perfil radial de avaliação composto por três eixos de

abordagem - **orientação teórica, abordagem pedagógica e cenário de práticas** -, cada um dos quais se decompõe em três vetores (v - ANEXO D), nos quais cada participante assinalou a situação de sua instituição conforme o estágio - que varia entre 1 e 3 -, sendo o primeiro correspondente ao modelo mais tradicional e o terceiro ao mais transformador.

O instrumento foi preenchido numa configuração radial, como se verifica na Figura 4.1 (CAMPOS et al., 2001).

Figura 4.1 – Modelo de preenchimento da configuração radial do instrumento de análise prospectiva

Ao final de cada avaliação, somaram-se os pontos obtidos e avaliou-se o estágio de transformação de cada instituição, de acordo com a Tabela 4.1.

Tabela 4.1 – Estágio e transformação das IES a partir da análise prospectiva (CAMPOS et al., 2001)

Pontuação	Tipologia	% de avanço
0-10	Tradicional	35
11-15	Inovação incipiente	47
16-20	Inovação parcial	64
21-24	Inovação avançada	84
25-27	Transformação	96

Segundo Campos et al. (2001, p.58):

[...] com base na pontuação obtida no sistema de gradação das mudanças, nos nove vetores estabelecidos, é possível agrupar as instituições segundo uma tipologia que procura caracterizar o grau de inovação adotada por cada escola. A porcentagem de pontos obtidos por determinada instituição está referida a um valor máximo de 100%, que corresponde ao grau máximo de aproximação do "estado da arte".

Ao término de cada oficina, os facilitadores elaboraram um relatório com suas impressões e observações, que foi posteriormente enviado à ABENO.

A tabulação da pesquisa foi realizada em programa Excel®, e os dados foram registrados por eixo, vetor e estágio (fichas individuais para cada participante) respectivamente. Com base nesses dados, foram delineados gráficos radiais para a melhor visualização das tendências.

Após a inserção de todos os dados, foi possível a obtenção de resultados para a análise, segundo os seguintes parâmetros:

- Perfil da IES (pública ou privada);
- Perfil do participante na oficina (docente, aluno ou funcionário);
- Perfil da disciplina ministrada (básica, clínica ou humanísticas);
- Perfil por região geográfica do país.

Os dados foram analisados por eixo de orientação do instrumento e por vetor específico.

Para a verificação da tipologia das IES, o grau de transformação foi analisado com base na totalização de pontos apresentada na Tabela 4.1.

4.3 Análise qualitativa

A análise qualitativa documental foi realizada a partir dos relatórios dos facilitadores, enviados após cada oficina à ABENO.

O objetivo fundamental dos relatórios foi sintetizar, segundo o olhar dos facilitadores, as discussões ocorridas em cada evento. Os relatórios eram compostos por quatro partes distintas, a saber:

- Resumo do perfil dos participantes;
- Principais dificuldades apontadas para a implementação das DCN (transcrição agrupada);
- Principais metas estabelecidas pela Instituição para a implementação das DCN;
- Considerações finais dos facilitadores.

A análise qualitativa documental dos relatórios consistiu na leitura transversal destes com o intuito de capturar os discursos dos participantes, classificando-os em categorias ou temas-eixo, respeitando o critério de homogeneidade destas, como sugere Bardin (2004). A análise final concentrou-se na interpretação dos discursos presentes nos relatórios e na devida contraposição destes frente aos resultados obtidos na análise do instrumento quantitativo aplicado nas oficinas.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em gráficos estruturados com base na tabulação dos dados obtidos no instrumento utilizado durante as oficinas da ABENO: assim, e conforme exposto no capítulo 4, apresentam-se inicialmente os resultados da análise quantitativa, e, a seguir, os resultados qualitativos, baseados nos relatórios dos facilitadores dessas oficinas.

5.1 Análise quantitativa

5.1.1 O universo das oficinas

No período de outubro de 2005 a novembro de 2006, a ABENO realizou um total de 60 oficinas, 50 das quais em faculdades de odontologia - 24 faculdades públicas e 26 privadas; 6 oficinas regionais nos seguintes estados: Amazonas, Bahia, Ceará, Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul; e 4 oficinas extraordinárias de capacitação dos facilitadores e de avaliação do processo.

Os dados analisados representam os resultados obtidos nas oficinas realizadas somente em faculdades, com exceção da oficina regional realizada em Manaus (AM), cujos dados refletem as únicas informações sobre as escolas situadas na região norte do país.

Do total de oficinas realizadas em faculdades, os dados analisados contemplam um total de 48 faculdades de odontologia que participaram das oficinas da ABENO - 23 públicas e 25 privadas -, totalizando 1229 participantes. Esse número perfaz 27,27% do total de faculdades de odontologia registradas no Conselho Federal de Odontologia (176 faculdades - BRASIL, 2007a).

O universo de análise é representado pelos participantes das oficinas, já que houve números diferentes destes em cada evento, não constituindo uma amostra estatisticamente delineada e, portanto, não passível de inferências outras senão o projeto da ABENO.

No que diz respeito às regiões do país, tem-se a seguinte distribuição: 5 faculdades da região sul, 15 da região sudeste, 12 da região nordeste, 11 da região norte e 6 da região centro-oeste.

Entre os participantes, foi encontrada a seguinte distribuição: 711 (57,85%) professores, 228 (18,55%) alunos, 14 (1,13%) funcionários e 276 (22,45%) não identificados.

Entre o corpo docente, a distribuição, segundo a vinculação a disciplinas, é a que segue: 79 (11,11%) professores de áreas básicas, 551 (77,49%) da área clínica e 81 (11,39%) da área de humanísticas.

Para facilitar a visualização e a posterior análise, optou-se por gráficos de frequência porcentual.

Os resultados serão apresentados por eixo analisado, com os respectivos vetores.

5.1.2 Eixo 1: orientação teórica

O gráfico 5.1 apresenta os percentuais totais obtidos nos vetores do **EIXO 1- ORIENTAÇÃO TEÓRICA**.

Gráfico 5.1 - Percentual total por vetor do EIXO 1 - ORIENTAÇÃO TEÓRICA. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

A análise por vetor dos três eixos trabalhados durante as oficinas mostra uma tendência ainda conservadora do perfil da educação odontológica, onde alguns conceitos inovadores estão presentes, ainda que de forma tímida, como mostram os resultados obtidos no eixo 1, que trata da orientação teórica do curso.

Essa orientação ainda mantém forte conexão com a perspectiva clínica, porém com pouco enfoque na atenção básica, mesmo na pós-graduação. A baixa frequência do estágio 3 no vetor 1 indica uma produção científica dissociada do SUS, configurando-se como um primeiro indicativo da ausência de integração

escola/serviço, inclusive numa proposta de educação permanente ou mesmo de pós-graduação *stricto-sensu*.

Os Gráficos 5.2 a 5.5 mostram os percentuais do **vetor 1 (PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS)** do Eixo 1 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente, e região do país.

Gráfico 5.2 - Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.3 - Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.4 - Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.5 - Percentual por vetor 1 - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS - do EIXO 1, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Os dados referentes ao vetor 1 mostram predominância do estágio 2 (Escolas que produzem espectro mais amplo de investigação, incluindo, além do anterior, investigações clínico-epidemiológicas baseadas em evidências que possibilitem avaliar criticamente e redirecionar protocolos e intervenções) em todas as variáveis analisadas. Deve ser destacada a diferença de frequência do estágio 3 dos professores de área clínica (4,9%) em relação aos demais professores: áreas básicas (12,7%) e áreas humanísticas (14,8%), o que configura a grande distância entre esses docentes e as pesquisas voltadas à atenção básica e ao SUS.

Os gráficos 5.6 a 5.9 mostram os percentuais do **vetor 2 (DETERMINANTES DE SAÚDE)** do Eixo 1 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente, e região do país.

Gráfico 5.6 - Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.7 - Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.8 - Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por área de ocupação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.9 - Percentual por vetor 2 - DETERMINANTES DE SAÚDE - do EIXO 1, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

A predominância do estágio 2 (Escolas que buscam criar oportunidades de aprendizagem, tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social, seguindo a orientação da prevenção primária, secundária e terciária - paradigma de Leavell e Clark (1976) - em todas as variáveis, sugere que essa categoria ocupa uma posição intermediária entre o modelo biologicista e o modelo mais ampliado do processo saúde/doença, constituindo-se em uma contradição com os resultados do vetor 1, já que não há produção de conhecimento clínico-epidemiológico voltada ao SUS, colidindo inclusive com a abordagem de Leavell e Clark (1976), como citado no estágio 2.

Os gráficos 5.10 a 5.13 mostram os percentuais do **vetor 3 (PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE)** do Eixo 1 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente, e região do país.

Gráfico 5.10 - Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.11 - Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por tipo ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.12 - Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.13 - Percentual por vetor 3 - PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - do EIXO 1, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

A predominância do estágio 1 ("Autonomia" completa na definição da oferta de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização e ausência de oferta de pós-graduação na área da atenção básica e da educação permanente aos profissionais da rede SUS), tanto para os professores de todas as áreas como para os alunos, reforça a dificuldade de integração entre serviço e escola, já que uma das premissas básicas dessa integração é que o órgão formador participe como espaço de educação permanente para os profissionais da rede SUS. A ausência de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na área de atenção básica sugere uma predominância desses cursos nas áreas clínicas, o que confirmaria a noção tecnicista da educação odontológica, inclusive na pós-graduação.

5.1.3 Eixo 2: abordagem pedagógica

O Gráfico 5.2 apresenta os percentuais totais obtidos nos vetores do **EIXO 2 - ABORDAGEM PEDAGÓGICA**.

Gráfico 5.14 - Percentual total por vetor do EIXO 2 - ABORDAGEM PEDAGÓGICA. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Os resultados obtidos para o eixo 2, que trata da abordagem pedagógica, mostram um processo de isolamento disciplinar com uma tendência integradora nos primeiros anos, ainda que mantida a estrutura compartimentalizada de disciplinas: básicas e clínicas.

A centralidade da figura do professor que ministra aulas expositivas para grandes grupos de alunos é uma característica destacada com grande ênfase, o que demonstra que, mesmo que o resultado geral indique um processo de inovação das estratégias de ensino-aprendizagem adotadas pelas IES, este não está presente nos aspectos diretamente relacionados aos métodos pedagógicos utilizados no curso.

Os gráficos 5.15 a 5.18 mostram os percentuais do **vetor 4 (ESTRUTURA CURRICULAR)** do Eixo 2 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente e, por último, por região do país.

Gráfico 5.15 - Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.16 - Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.17 - Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.18 - Percentual por vetor 4 - ESTRUTURA CURRICULAR - do EIXO 2, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Os resultados para o vetor 4 mostram a ausência de integração entre as disciplinas tanto básicas como clínicas, com alguma interação nos primeiros anos dos cursos, nos quais predominam as disciplinas básicas. Esse isolamento das

disciplinas é mais freqüente nas faculdades públicas e na região nordeste do país. Deve ser destacada, também, a baixa freqüência para o estágio 3 desse vetor, confirmando a ausência de uma perspectiva de currículos integrados.

Os gráficos 5.19 a 5.22 mostram os percentuais do **vetor 5 (MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA)** do Eixo 2 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente e região do país.

Gráfico 5.19 - Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.20- Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.21- Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.22 - Percentual por vetor 5 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 2, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

O estágio 1 desse vetor (*Ensino centrado no professor, realizado por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes e com processos de avaliação baseados em testes e provas*) é aquele que maior consenso apresentou na pesquisa, não havendo discrepância em qualquer uma das variáveis analisadas. Essa estratégia de ensino-aprendizagem parece predominar nos cursos de odontologia, enquanto a modalidade do estágio 3 - referente a um ensino mais ativo, que utiliza uma avaliação - obteve um percentual muito baixo, também em todas as variáveis, sugerindo uma reflexão importante a respeito da formação didática do corpo docente de odontologia, bem como de questões ligadas ao poder, que serão discutidas posteriormente.

Os gráficos 5.23 a 5.26 mostram os percentuais do **vetor 6 (ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA)** do Eixo 2 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente e região do país.

Gráfico 5.23 - Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.24 - Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por tipo de ocupação do participante. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.25 - Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.26 - Percentual por vetor 6 - ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA - do EIXO 2, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

A análise desse vetor permite verificar que no estágio 2 (*Embora prevaleça a precedência da teoria sobre a prática, em algumas disciplinas são desenvolvidas*

atividades práticas centradas nas competências laborais, buscando orientar a formulação da teoria), a prática laboratorial é um elemento importante da orientação programática, conectada à abordagem teórica, realizada - em grande parte - através de aulas expositivas. Assim, a perspectiva de adestramento técnico está presente, principalmente na visão de professores de áreas clínicas, e ocorre em todas as regiões do país.

1.4 Eixo 3: cenário de práticas

O gráfico 5.27 apresenta os percentuais totais obtidos nos vetores do EIXO 3 – CENÁRIO DE PRÁTICAS.

Gráfico 5.27 - Percentual total por vetor do EIXO 3 - CENÁRIO DE PRÁTICAS. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Os gráficos 5.28 a 5.31 mostram os percentuais do **vetor 7 (MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA)** do Eixo 3 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente e região do país.

Gráfico 5.28 - Percentual por vetor 7 - MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA - do EIXO 3, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.29 - Percentual por vetor 7 - DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM - do EIXO 3, por tipo de ocupação do participante. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.30 - Percentual por vetor 7 - DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM - do EIXO 3, por área de atividade do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.31 - Percentual por vetor 7 - DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM - do EIXO 3, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

A análise dos cenários de ensino-aprendizagem mostra prevalência significativa do estágio 1 (*As atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica. Ciclo profissionalizante com*

práticas realizadas majoritariamente em clínicas de ensino de especialidades), indicando a ausência de cenários pedagógicos extramuros, incluindo eventuais cenários do SUS. O ensino profissionalizante em clínicas de especialidades nos cursos de graduação demonstra a fragmentação do conhecimento - inclusive clínico -, em oposição ao baixo percentual do estágio 3, que indica atividades extramurais em unidades do SUS. Esse aspecto reforça a idéia do isolamento pedagógico que ocorre nos cursos de graduação em odontologia, dificultando a interação com a realidade de saúde do local.

Os gráficos 5.32 a 5.35 mostram os percentuais do **vetor 8 (SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS)** do Eixo 3 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente e região do país.

Gráfico 5.32 - Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.33 - Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por tipo de ocupação do participante. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.34 - Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.35 - Percentual por vetor 8 - SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS - do EIXO 3, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

A análise sobre serviços universitários abertos ao SUS mostra predomínio do estágio 2 (*Serviços parcialmente abertos ao SUS, mas preservando algum grau de autonomia na definição do perfil de seus pacientes*). Esse estágio, em comparação ao anterior, sugere que as clínicas das faculdades estejam servindo de referência ao SUS, o que caracteriza uma integração escola/SUS unilateral, já que a análise do vetor anterior mostrou que o SUS não é utilizado como cenário pedagógico.

Os gráficos 5.36 a 5.39 mostram os percentuais do **vetor 9 (PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS)** do Eixo 3 por tipo de instituição, tipo de ocupação do participante, área de atuação do docente e região do país.

Gráfico 5.36 - Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.37 - Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por tipo de ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.38 - Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por área de atuação do docente. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.39 - Percentual por vetor 9 - PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS - do EIXO 3, por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

O vetor 9, que trata da participação do aluno nas práticas pedagógicas, reflete o predomínio do estágio 2 (*Participação do estudante em atividades selecionadas - anamnese, exame clínico, procedimentos educativos, procedimentos preventivos, procedimentos curativos etc.*). O alto percentual desse estágio indica

uma atuação prática significativa, mas não configura a participação comunitária por parte do aluno, cuja função básica estaria restrita ao atendimento clínico, em uma abordagem limitada do processo saúde/doença.

O grau de transformação das escolas, a partir do instrumento aplicado, é apresentado nos gráficos 5.40 a 5.44.

Gráfico 5.40 – Porcentagem geral do grau de inovação da Instituição de Ensino Superior. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.41 – Porcentagem do grau de inovação da Instituição de Ensino Superior, por tipo de instituição. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.42 – Porcentagem do grau de inovação da IES por ocupação. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.43 - Porcentagem do grau de inovação da IES, por área de docência. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Gráfico 5.44 - Grau de inovação da IES por região do país. Oficinas da ABENO, Brasil, 2007

Os resultados acima apresentados mostram, de maneira geral, um diagnóstico de **inovação incipiente** como tipologia que caracteriza o grau de inovação de cada faculdade, segundo a visão dos participantes das oficinas. Esse

aspecto é característico das escolas públicas, enquanto que nas escolas particulares a categoria inovação parcial - que sugere um estágio um pouco mais avançado de transformação do ensino - é ligeiramente superior. É importante destacar que esse diagnóstico é apontado tanto por alunos quanto por professores, sugerindo a coincidência de entendimento entre os diversos atores do processo educativo. Além disso, tais resultados abrangem todas as regiões do país, à exceção da região norte.

Assim, o incipiente conceito de inovação citado acima como preponderante nos resultados aponta para um processo lento de mudanças nas IES que oferecem cursos de graduação em odontologia, mas ainda seriamente distante da conceituação ideológica claramente exposta nas DCN que, de forma clara, determina uma aproximação mais eficaz e contundente com o SUS no processo pedagógico de formação.

Destaca-se, ainda, o baixo percentual de escolas categorizadas como “em transformação” (0,4%), bem como daquelas caracterizadas por “inovação avançada” (5,3%), indicando um universo ainda muito baixo de faculdades em processo efetivo de implantação das DCN.

5.2 Análise qualitativa

Foram analisados 41 relatórios dos facilitadores das oficinas, que se constituíram em um *corpus* único para efeito de análise qualitativa.

Para efeito de análise, foram categorizados os itens dos relatórios que diziam respeito às dificuldades apontadas pelos participantes para a implementação

das DCN em suas respectivas instituições, e às principais metas a serem atingidas pela respectiva IES para essa implementação.

Após a leitura transversal desses relatórios, os discursos foram categorizados por temas-eixo. Para facilitar a comparação com os resultados quantitativos, foram mantidos os três eixos principais do instrumento quantitativo, porém acrescidos de um tema-eixo relativo às DCN.

Assim, os temas-eixo utilizados para efeito de análise e seus respectivos discursos capturados foram:

- 1) **Orientação teórica:** os discursos evidenciam as concepções pedagógicas e políticas dos processos de mudanças nas IES, a resistência à mudança, bem como o perfil de profissional formado e sua visão da odontologia. Exemplos de discursos obtidos nesse tema-eixo são: “O temor de setores da universidade de que formar um clínico com competências gerais para atuar no SUS pode empobrecer o processo pedagógico”; “existência de grupos de poder, entendimento de que extramuro é apenas para a saúde coletiva”; “Falta de vivência da prática de cidadania, de visão ampliada de saúde, de politização por parte de docentes e discentes”.
- 2) **Abordagem pedagógica:** esse tema- eixo apresentou discursos que se referem à estrutura pedagógica dos cursos de odontologia, apontando a deficiência na formação dos docentes, a falta de integração entre disciplinas básicas e clínicas e a resistência às mudanças curriculares. Como exemplos dos discursos desse tema-eixo, têm-se: “grande resistência às mudanças por parte dos professores, a despeito destes serem os principais condutores do processo”; “escassa integração disciplinar”; “docente não habilitado para o processo, muito técnico”; ou “descompasso entre a formação docente e o perfil profissional desejado”.
- 3) **Cenários de práticas:** o desconhecimento acerca do SUS por parte de alguns docentes, e a escassa interação que existe entre este e as faculdades – que, caso fosse efetivamente implementada, possibilitaria a ampliação de cenários de prática - surgiram nos discursos dos participantes das oficinas, como exemplificam as considerações: “a relação ensino-serviço é comprometida”;

“dificuldade apresentada por alguns docentes, e mesmo profissionais, de interiorizar o SUS”, ou “pouco diálogo entre a universidade e o setor público”.

- 4) **Conhecimento das DCN por parte dos participantes:** esse tema-eixo, mesmo não constando do instrumento utilizado pela ABENO, foi acrescentado à análise qualitativa pois surgiu de forma acentuada nos relatórios dos facilitadores. Mesmo tendo sido aprovadas há mais de 5 anos, essas diretrizes não são conhecidas por uma parcela da comunidade odontológica. Tal desconhecimento é exemplificado através de discursos como: “as DCN não são do conhecimento da maioria dos professores, e menos ainda dos alunos”; “os docentes têm pouco conhecimento das DCN”; ou “diferentes graus de entendimento sobre o currículo das instituições de ensino superior e o significado das DCN”,

6 DISCUSSÃO

A análise da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em odontologia, objeto de estudo das oficinas realizadas pela ABENO, requer interpretações complexas, que ultrapassam a simples quantificação e tabulação do instrumento nelas utilizado, na medida em que vários planos de abordagem estão contidos nessa elaboração, até porque os processos educativos - e nestes se incluem a especificidade das conjunturas econômica, social e política da sociedade atual e a articulação da educação superior com essa especificidade -, como aqueles voltados à área de saúde e, mais especificamente, à odontologia são permeados por um emaranhado de aspectos contraditórios.

Neste trabalho, tais aspectos serão abordados sob a perspectiva da pedagogia crítica, que pode elucidar algumas “questões misteriosas”, e suscitar novas reflexões para aqueles que se preocupam em responder à contradição básica da educação odontológica brasileira, qual seja: por que as mudanças na formação do cirurgião-dentista não respondem às mínimas necessidades da grande maioria da sociedade brasileira no que diz respeito à saúde bucal?

Quando indagado sobre a formação atual em odontologia, Narvai (2004) foi categórico:

Certamente a formação não está adequada às necessidades da população, se o referencial para essa avaliação for a saúde bucal coletiva. Claro que temos hoje, a meu ver, uma situação melhor do que a que se observava, por exemplo, há 20 ou 30 anos. É inegável que há atualmente uma ênfase maior em aspectos preventivos durante a formação. Isso é muito positivo, mas insuficiente. Em muitos casos, a abordagem preventiva de determinados problemas como a cárie, as doenças periodontais, as oclusopatias e o câncer de boca ainda é restrita à dimensão biológica e clínica da prevenção. E os currículos continuam fragmentados. Esse é, na minha opinião, o problema principal: o funcionamento isolado, em separado, das disciplinas, como se uma não tivesse nada a ver com as outras. Isso

provoca enormes prejuízos à formação, perdendo-se inúmeras oportunidades de ampliar os horizontes e integrar a formação.

Essa afirmação de Narvai (2004) reflete a existência de um setor da educação odontológica que, sob a ótica da conjuntura de necessidades da sociedade brasileira no que diz respeito à saúde bucal, não as adota como um referencial da atual organização e dos processos de mudanças para a formação dos atores responsáveis pela promoção, prevenção, recuperação e manutenção dessa condição em um imenso contingente populacional, tradicionalmente excluído de ações em saúde.

As razões pelas quais essa formação permanece em descompasso com o atual perfil de saúde bucal do brasileiro constituem-se no objeto desta pesquisa.

A universidade brasileira, e mais especificamente a educação superior em saúde, encontram-se em uma encruzilhada. O ideário neoliberal adotado desde a década de 1980 - com significativas reformas na década de 1990 -, que fortaleceu a organização do modo de produção capitalista voltado ao mercado e às relações competitivas, refletiu-se na redução de verbas às universidades públicas brasileiras e no aumento do número de instituições de ensino privadas, pervertendo o conceito da educação, que é um dos direitos do cidadão: transformou-a em serviço, onde a universidade, agora como prestadora, adota a noção de mercadoria a ser vendida ao consumidor e adquire, portanto, expressões como “qualidade universitária”, “avaliação universitária” e “flexibilização da universidade” (CHAUÍ, 2001).

A autora desenvolve a idéia de que a fragmentação da universidade, característica da lógica empresarial capitalista, permeia todos os níveis dessa instituição com um fundo ideológico de “separar para controlar” (CHAUÍ, 2001, p. 56). A fragmentação do ensino e da pesquisa segue a lógica da especialização - buscando competência no mercado de trabalho -, e é estabelecida sob a égide da

autonomia departamental, marcada pelo poder outorgado aos departamentos, que elegem, de forma individualizada, os conteúdos e metodologias a serem aplicados. Essa perspectiva é presente e marcante desde a reforma da educação superior, que remonta à década de 60 do século XX: no regime de autoritarismo militar, e atendendo às indicações de especialistas norte-americanos, tinha o objetivo de moldar essa formação às regras da organização social e econômica do modelo capitalista, reproduzindo-o inclusive nas relações de poder dentro da universidade (GADOTTI, 2006).

A formação superior, de acordo com esse corolário, deve atender às necessidades do mercado de trabalho, criando a perspectiva de que a chamada “extensão universitária” se resume a uma relação formal com a sociedade, às vezes assistencialista e paternalista (COELHO, 1994).

Por outro lado, o processo de redemocratização do país gerou debates que se concentraram nas necessidades de reestruturar a educação brasileira, cujo apogeu foi a aprovação da LDB (BRASIL, 1996), que aboliu os chamados currículos mínimos - conferindo maior autonomia à elaboração da estrutura educacional e dando ênfase à necessidade de ordenar o conceito político-pedagógico das faculdades com base nas diretrizes curriculares.

Ainda que a LDB (BRASIL, 1996) seja um instrumento importante para subsidiar possíveis reformas na educação superior, é importante lembrar que as estruturas de poder interno nas universidades anteriormente mencionadas não foram modificadas, gerando focos de resistência: qualquer decisão, baseada em uma legislação que ponha em cheque esse poder, é tratada como ameaça e, portanto, passível de descaso e desprezo.

Assim, a educação superior na área de saúde deparou-se com uma profunda contradição interna ao iniciar o debate sobre as DCN para os cursos de graduação, que culminou na aprovação de documentos importantes para a revisão e a reforma da estrutura de formação de recursos humanos para o trabalho na sociedade brasileira, cujo principal referencial de atenção em saúde do país - e o maior empregador desses recursos humanos - é o SUS.

Formar profissionais em uma lógica de integralidade - na qual o processo saúde/doença tem uma perspectiva mais ampla do que o referencial biologicista desenvolvido pelas normas flexnerianas de educação na saúde - requer mais do que a oficialização de diretrizes oficiais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Romper com um modelo clássico de formação médica que, apesar das inúmeras tentativas de mudanças, não chegou a se configurar em uma reforma - ou, como afirmam Bloom (1988) e Cuban (1997), ao analisarem a educação médica norte-americana desde as mudanças preconizadas por Flexner em seu relatório, "change without reform".

Bloom (1988) aponta que a estrutura das escolas médicas se sobrepõe à ideologia, causando mudanças curriculares que absorvem o poderio e a parafernália tecnológica, caracterizando o que Cuban (1997) postula como mudanças incrementais, deixando de lado (ou optando por deixar de lado) questionamentos fundamentais - de cunho ideológico - que levariam as IES a reformas fundamentais.

No Brasil, as DCN para cursos da saúde se propõem a indicar novos caminhos para a educação na área. Em uma perspectiva de organização flexível, as DCN mostram-se como ponto de partida para tais reformas, onde a articulação entre saber e fazer requer uma abordagem mais dinâmica do processo saúde/doença, do contexto histórico-social no qual a formação de um profissional da saúde - e não da doença - se insere dentro de perspectivas ideológicas tensas, onde a subjetividade

incorpora interesses corporativos, com diversas concepções do projeto político-pedagógico das instituições formadoras (TIMÓTEO; LIBERALINO, 2003).

As DCN são propostas e indicativos para um modelo político-educacional que pode contribuir para a reforma da educação em saúde no Brasil, a partir de uma construção coletiva de princípios que visem formar um profissional generalista - partindo de uma construção do saber articulado e não fragmentado, no qual “o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação”, citando o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior nº 1300/2001, que trata das DCN para os Cursos de Farmácia e Odontologia (BRASIL, 2001b).

Embora esse parecer trate claramente de questões ligadas ao SUS, é no mínimo questionável o fato de não ter sido especificado quando da aprovação das DCN para os cursos de odontologia, já que nestas, somente o termo “sistema de saúde vigente” aparece, não especificando o SUS - como se houvesse ou pudesse haver um outro sistema de saúde vigente no país - como ocorre, por exemplo, nas DCN para os cursos de farmácia (BRASIL, 2001b), que estabelecem:

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** [grifo nosso].

Em contrapartida, nas DCN para a odontologia, o mesmo item foi assim redigido (BRASIL, 2001b):

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. [grifo nosso].

A aprovação das DCN para os cursos de graduação na saúde pode ter representado um avanço no que diz respeito a reformas substanciais desses cursos, mas o alerta de Cordeiro (2002) é substancial para a real implementação dessas

medidas. O autor considera as diretrizes curriculares não podem se tornar novas “camisas de força” para as instituições formadoras já que, historicamente, os currículos mínimos foram aprovados como “currículos máximos”, reduzindo as mudanças curriculares à agregação de novas disciplinas ou ao acréscimo de carga horária. Ainda segundo o autor, as novas perspectivas requerem uma abordagem interdisciplinar que tenha o aluno como foco central em um espaço pedagógico voltado à autonomia, à busca do conhecimento, à solução de problemas e à continuação dos estudos após a graduação (CORDEIRO, 2002).

Ainda que as DCN possam direcionar uma transformação dos currículos de graduação, esse processo só se consolida na perspectiva de construção coletiva dos mesmos, analisando as reais necessidades de mudanças, o que parece distante em uma realidade neoliberal, que mostra um crescimento desproporcional de faculdades privadas - que, com o objetivo de conquistar mercado, dirigem suas “reformas” curriculares a construções de grades curriculares com cargas horárias mínimas e perspectivas pedagógicas distantes das preconizadas pelas DCN, sob a chancela oficial dos mesmos órgãos oficiais que aprovaram tais diretrizes. Essa realidade posta revela uma contradição, no mínimo surpreendente, mesmo que os discursos oficiais advoguem um sistema de avaliação institucional que inclui a implantação das mesmas diretrizes.

6.1 A educação odontológica e as Diretrizes Curriculares

As análises quantitativas e qualitativas dos resultados obtidos nas oficinas realizadas pela ABENO nos mostram uma conjuntura contraditória com relação à implementação das DCN para os cursos de graduação, bem como, conduz a uma reflexão sobre os aspectos políticos e ideológicos que permeiam a educação odontológica e que se reflete na formação do futuro cirurgião dentista.

Algumas observações a respeito do instrumento quantitativo utilizado nas oficinas devem ser consideradas antes de adentrar ao espaço analítico e interpretativo do mesmo. Ao se tratar de um instrumento individual de avaliação da situação de cada faculdade, torna-se um mecanismo de diagnóstico segundo a visão individual de cada participante, podendo gerar diferentes posições numa mesma instituição o que não ocorre na análise qualitativa dos relatórios dos facilitadores já que estes documentos propuseram-se a retratar as discussões coletivas que ocorreram entre os participantes. A análise aqui considerada propõe-se a interpretar as tendências que surgiram da tabulação do instrumento quantitativo e, juntamente com os discursos dos relatórios, configurar uma espécie de diálogo dialético, tendo como pano de fundo as DCN.

Outra observação importante a respeito da metodologia quantitativa utilizada durante as oficinas da ABENO diz respeito aos estágios dos vetores em cada eixo temático. A categorização de um estágio (nº1) de perfil conservador contrapondo-se a um estágio tido como “transformador” (nº3) e um estágio intermediário (nº2) que, em muitos momentos traduz uma situação absolutamente “cômoda” e, portanto, pode explicar, para alguns vetores, a grande frequência da escolha desta situação

mas que, para efeitos analíticos, têm pouco poder informativo já que transparecem um tom conciliador entre duas tendências. Exemplo disto pode ser visto na caracterização dos estágios nº2 do vetor 1, quando aborda a “produção de conhecimentos para necessidades do SUS”, onde esse estágio trata de pesquisas clínico-epidemiológicas ou o mesmo estágio do vetor 2, que trata de “determinantes da saúde”, onde é possível encontrar a expressão “algum equilíbrio entre o biológico e o social”. Claro que qualquer ação de cunho assistencialista ou preventivista poderia se encaixar nesta categoria, facilmente se caracterizando como “equilíbrio” entre o biológico e social, não informando efetivamente sobre o conteúdo tratado neste vetor que diz respeito , principalmente, à noção de integralidade na educação na saúde.

O primeiro enfoque deste processo contraditório diz respeito ao primeiro tema-eixo para a análise qualitativa dos relatórios dos facilitadores e refere-se à relação dos participantes das oficinas com as DCN ou seja, o conhecimento das mesmas, dificuldades de compreensão e absorção. Como discurso predominante neste tema-eixo foi possível observar uma relação muito tímida com as diretrizes através de frases como “os docentes têm pouco conhecimento das DCN”; “diferentes graus de entendimento sobre o currículo das IES e o significado das DCN”; “as DCN não são do conhecimento da maioria dos professores e menos ainda dos alunos”; “excessiva complexidade das DCN”. Afirmações como estas geram um questionamento sobre a capacidade de um coletivo, composto de docentes que não conhecem as diretrizes, participarem de um processo de re-elaboração de propostas pedagógicas e curriculares que se baseiem nestas mesmas diretrizes.

Esse desconhecimento a respeito das diretrizes curriculares poderia estar envolvido com uma oposição, a priori, a estas mesmas conceituações, já que as

propostas ali contidas se chocam com o pensamento do docente, caracterizando como (pré) conceito?

Esse mesmo raciocínio pode estar presente no fato de que nem sempre as DCN são compartilhadas pelo corpo diretivo com os demais sujeitos do processo pedagógico. Frases como “um pequeno grupo de docentes tem relativo conhecimento das DCN porque o assunto já havia sido discutido anteriormente com a coordenação pedagógica da universidade para a construção do novo currículo, entretanto a maioria desconhecia”. Ora, como se constrói um “currículo novo sendo que a maioria desconhecia as concepções do mesmo? Este processo se confirma através de uma afirmação como “falta de conhecimento sobre a política de educação e de saúde”.

Qual o conceito de educação em saúde que domina um docente que afirma desconhecer a política de educação e saúde?

Kruger, Moysés e Moysés (2005, p. 4) afirmam que

Definindo o perfil do formando e estabelecendo as competências e habilidades necessárias para uma formação adequada do profissional, as DCN significaram um dos avanços esperados para as mudanças necessárias nos cursos de graduação, porque concebem a formação num processo contínuo, autônomo e permanente, com uma sólida básica e uma formação profissional fundamentada na competência teórico-prática, buscando adaptar o perfil do formando as novas e emergentes demandas da profissão, sob o ponto de vista tanto científico como social.

A partir desta afirmação é possível verificar que o desconhecimento do docente acerca das DCN, aprovadas em 2002 (ou seja, passados 5 anos), gera um descompasso num processo de mudanças ao qual se propõe uma instituição formadora.

O desconhecimento que surge através do discurso presente nos relatórios dos facilitadores influencia, de maneira substancial, a prática docente já que o currículo está implicado diretamente com as atividades e com o conteúdo

pedagógico transmitido e de representações e identidades culturais (MEYER; KRUSE, 2003), como surge da afirmação de um relatório que cita, como nó crítico para a implementação das DCN, a “deficiência no estabelecimento de metas e orientações para o trabalho docente no sentido de melhor atender as DCN”.

O não relacionamento direto do corpo docente e do discente com os conceitos descritos em diretrizes curriculares ou seja, democratizando decisões e socializando informações que dizem respeito diretamente à condução dos cursos, mantendo-se algo hermeticamente nas mãos daqueles que têm o poder de escolher as direções dos processos de mudanças (diretorias e coordenações de cursos) pode acarretar num esvaziamento destas diretrizes, dando margem a mudanças que não configurem um novo direcionamento do projeto político-pedagógico.

A análise quantitativa do Eixo 1 (orientação teórica) confirma a idéia de um ensino odontológico centrado no componente clínico com ausência de espaços de educação permanente voltados a profissionais do SUS. O componente ideológico do eixo de formação já pode ser observado através da análise dos discursos quando frases como: “O temor de setores da universidade de que formar um clínico com competências gerais para atuar no SUS pode “empobrecer” o processo pedagógico” ou “atenção à saúde: falta de pensamento coletivo” direcionam para um raciocínio que o SUS seria sinônimo de “empobrecimento” profissional (com todos os significados deste, incluindo o financeiro) enquanto que a prática privada (o individual frente ao coletivo) significaria maior e melhor desempenho ou sucesso como coincide com a afirmação: “formação mais direcionada para atenção individual

do que coletiva”. Estas colocações parecem confirmar o raciocínio de Botazzo⁷ (2007, p. 2) quando afirma que o ensino da odontologia ,

contrapondo-se ideologicamente ao SUS e à Reforma Sanitária, mantém o centramento dentário da formação do dentista, com ênfase no adestramento técnico e no consumo tecnológico, e a um só tempo faz o proselitismo do consultório particular.

Ou ainda, seguindo o mesmo autor quando afirma que “docentes influentes professam abertamente a opinião de que os ”problemas“ do SUS não dizem respeito ao ensino odontológico” (BOTAZZO⁷, 2007, p. 2).

A visão do docente quanto à formação do aluno é retratada nos relatórios quando se observa a afirmação: “postura equivocada do professor em relação ao processo de formação”. A indagação poderia ser se a postura é equivocada ou estaria correta, porém, a serviço de um outro componente ideológico, que reflete a sua própria visão de formação? Estes questionamentos concordam com outras afirmações presentes, que refletem uma resistência a mudanças como: “existência de grupos de poder, entendimento de que extramuros é apenas para a saúde coletiva” ou “expectativa demasiada no que se refere à elitização da odontologia”.

Assim, a análise do eixo 1, tanto na sua abordagem qualitativa como quantitativa, sugere a existência de um arcabouço teórico que parece confirmar o raciocínio de Minayo (2004, p. 252), quando afirma que

na aparente simplicidade de uma manifestação sobre saúde, os sujeitos individuais projetam sua visão da sociedade e da natureza, a historicidade das relações e condições de produção inscritas no seu corpo, seu espaço hodológico, sua temporalidade social, seus infinitos culturais, seus fetiches, seus fantasmas e seus anseios de transcendência.

⁷ Botazzo C. Pensando a integralidade da atenção e a produção do cuidado em saúde bucal: perspectivas teóricas e possibilidades práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade; 2007. [Trabalho enviado para publicação].

Acrescentaríamos a esta afirmação os preconceitos que surgem a partir destas manifestações. Este aspecto será novamente abordado quando da discussão acerca do eixo 3 (cenário de práticas).

A perspectiva de uma educação biologicista, voltada à doença e não à saúde e de cunho predominantemente tecnicista é facilmente destacada a partir dos resultados gerais dos vetores 1 e 2 quando foi possível obter (somando os estágios 1 e 2 de cada vetor) respectivamente 89,5% de frequência de uma educação com produção de conhecimentos e pesquisas de cunho cirúrgico-restaurador ou investigações clínico-epidemiológicas bem como 88,0% de frequência de uma educação que “valoriza, na orientação da formação, exclusiva ou predominantemente, os aspectos biológicos voltados ao diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças bucais prevalentes” ou, “com algum equilíbrio entre o biológico e o social”, conforme a definição dos estágios dos vetores 1 e 2 do instrumento de avaliação utilizado.

A transformação de um modelo de prática pedagógica biologicista, centrado na doença e, no caso da odontologia, centrado principalmente na cárie dental para um modelo mais direcionado aos diversos fatores determinantes da saúde envolve a noção de integralidade na atenção adequando-se aos princípios do SUS, conforme questionam, de maneira adequada, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1405), quando afirmam que:

Se, pelas diretrizes constitucionais, a integralidade deve se portar como eixo norteador da atenção à saúde, por que não, também como eixo da gestão setorial e da formação dos profissionais de saúde, permitindo a transformação do projeto educativo e o surgimento de novas práticas pedagógicas e inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem?

Esse questionamento conduz, também, à análise dos resultados do EIXO 2, que tratou da abordagem pedagógica dos cursos. Duas características primordiais são claramente observadas nos resultados obtidos neste eixo. A primeira diz

respeito à fragmentação das disciplinas, já que se obteve a porcentagem de 90% de respostas que condizem com uma situação de separação entre ciclos básicos e clínicos com, no máximo, alguma integração nos primeiros anos do curso.

A falta de diálogo entre disciplinas básicas e clínicas sugere uma abordagem pedagógica de um currículo tylerista, de cunho técnico, no qual o conhecimento é delimitado e estanque na distribuição de disciplinas e deve ser esgotado em um prazo delimitado, onde o formalismo se destaca como característica, sob a suposição de que o conhecimento teórico (abstrato) adquirido no início do curso será automaticamente aplicado na construção do conhecimento clínico (prático). O currículo com estas características, segundo Davini (2005), fundamenta-se na concepção pedagógica para a qual aprender é memorizar conteúdo ou executar mecanicamente determinados procedimentos.

Para a autora (DAVINI, 2005, p. 283),

É fácil perceber que este tipo de pedagogia produz avanços muito limitados no conhecimento da realidade específica e na elaboração de soluções a elas adaptadas, favorecendo a difusão de conhecimentos processados em outros contextos. Também é fácil perceber que este tipo de currículo produz escasso avanço intelectual nos alunos, formando frequentemente cabeças bem informadas ao invés de pessoas pensantes, criativas e inovadoras.

O tecnicismo presente nos currículos de odontologia está presente desde o início da organização dos cursos. Botazzo (2000, p. 254), ao abordar os discursos de Charles Godon, mentor da Escola Dentária de Paris no início do século XX, mostra claramente a adoção de um modelo técnico na formação do dentista onde a “odontologia não deveria, assim, preocupar-se com a formação enciclopédica do seu profissional”, concentrando seu esforço pedagógico numa formação que, segundo o autor, caracteriza-se como um “curso completo de técnico em prótese dentária” (p. 256).

Os discursos obtidos a partir da análise qualitativa dos relatórios e categorizados no tema-eixo da estrutura pedagógica podem fortalecer a idéia de uma ausência de integração entre disciplinas do ciclo básico e as de cunho clínico. Afirmções como: “dificuldades de integração curricular”, “distanciamento dos docentes em suas área de atuação”, “dificuldade de colocar em prática uma linguagem comum”, indicam um processo de isolamento e compartimentalização do conhecimento, onde o saber técnico é suficiente para o domínio da área , com isso, adquirindo um mecanismo de poder que não permite diálogos com outras áreas e, obviamente, dificulta o mesmo diálogo com outras áreas da saúde como se, numa ilusão míope, a odontologia se bastasse em si mesma. A frase “docente não habilitado para o processo, muito técnico” nos conduz a uma relação histórica essencial para a análise, que corrobora a idéia de que o cirurgião-dentista torna-se bom docente na medida em que tem sucesso técnico no domínio de sua especialidade.

A fragmentação do currículo em disciplinas vai desenhando o esboço do especialista que, se na época de Charles Godon deveria ter o domínio técnico da prótese, a odontologia flexneriana - confirmada por Gies - adota, conforme Mendes (1986), os princípios científicos e traz a abordagem da especialidade como reflexo da fragmentação do processo de produção e do produtor via divisão técnica do trabalho.

Fragmentar o conhecimento e concentrar a formação numa perspectiva tecnicista é sinônimo de poder político dentro da universidade. Como se pode integrar conhecimento em saúde bucal se as disciplinas, configuradas numa posição de poder político e elaboradas a partir da necessidade do “saber” odontológico tido como essencial ameaçariam este poder?

Este questionamento vem acompanhado da posição de Arouca (2003, p. 186) quando afirma, de forma pertinente - que pode ser facilmente transportada à educação odontológica - que

A integração coloca no discurso, no nível das relações entre docentes, um campo estratégico de batalha política, em que as relações sociais são colocadas em suspenso, bem como as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social.

Esse mesmo mecanismo de poder poderia explicar o resultado do vetor 5 que tratou da mudança didático-pedagógica. A ampla maioria dos participantes (66,4 %) das oficinas declarou que a estratégia de ensino/aprendizagem está centrada no professor, realizado por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes e com processos de avaliação baseados em testes e provas. Esta abordagem, tão bem caracterizada por Freire (1987) como educação bancária reforça uma relação de dominação do conhecimento por parte do educador em detrimento a qualquer tipo de conhecimento prévio do educando. O autor afirma (p. 58) que

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão- a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro.

Para o autor, essa modalidade de educação mantém a antinomia educador-educando onde a posição de cada sujeito no processo é bem definida já que o eixo norteador desta relação pode ser “eu sei o que você deve saber e não sabe e está aqui para aprender o que eu penso ser necessário”. A educação odontológica se concentraria, assim, neste modelo não problematizador pois, o importante seria o adestramento técnico que o educador domina e o educando tem que praticar.

Freire (1987, p. 60) aponta que este mecanismo de dominação é a forma de controle do poder para evitar uma reflexão crítica quando afirma que

Não é de estranhar, pois, que nesta visão “bancária” da educação, os homens sejam vistos como seres da adaptação, do ajustamento. Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica com a qual resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos.

As DCN de odontologia justamente indicam a necessidade de se formar um aluno reflexivo, crítico, habilitado para aplicar os conhecimentos adquiridos que contradiz a estratégia utilizada pela maioria dos docentes. Esta contradição se acentua mais quando as propostas indicadas pelas diretrizes curriculares dizem respeito ao relacionamento com o SUS. A análise qualitativa traz importantes discursos com relação a este tema, transparecendo um desconhecimento, por parte dos docentes, das questões relativas ao sistema de saúde vigente no Brasil ou seja, o SUS. Frases como “dificuldade apresentada por alguns docentes, e mesmo profissionais, de interiorizar o SUS” e “capacitação para o SUS”, sugerem um descompasso entre as proposições das diretrizes com o conteúdo abordado nas faculdades.

A opção pela educação bancária parece ser coerente com uma situação histórica da educação odontológica, onde “bons” cirurgiões-dentistas (na alusão ao tecnicismo e ao modelo da odontologia giesiana) conquistaram espaços acadêmicos pois cumpriam os requisitos da proposta vigente, e capacitar esses docentes - do ponto de vista pedagógico - não era necessário para a instrumentalização ideológica que a formação dos cirurgiões-dentistas exige.

Bagnato (1999, p. 14) aponta, de forma clara a perspectiva ideológica deste ensino na área da saúde quando afirma que

Se ainda está presente em nossos cursos de graduação um modelo tradicional de transmissão de conhecimento, fragmentado e compartimentalizado, e muitas vezes absolutizado, com ênfase no racionalismo técnico, centrado na fala do professor, com modelos de ensino e de avaliação que privilegiem a memorização e a reprodução de conhecimentos, com os alunos tendendo a uma atitude passiva de absorção, acríticos, temos colaborado muito mais para uma formação

alienada do que transformadora dos futuros profissionais da saúde que, reproduzindo esta mesma prática, nas ações de saúde, nas relações que estabelecem com os clientes e pacientes, possivelmente, não considera a multidimensionalidade deste processo, o que dificultará uma abordagem holística, abrangente da saúde, do homem e da sociedade.

Um dos relatórios das oficinas aponta que uma das dificuldades apontadas era a “falta de envolvimento dos docentes no processo”. Apesar do discurso não especificar o processo no qual os docentes não se envolvem, é passível de reflexão se o não envolvimento não estaria a serviço da situação exposta acima pela autora.

Refletir sobre conceitos de como “aprender a aprender”, “aprender a ser” e utilizar recursos pedagógicos mais problematizadores e menos absolutistas pode transparecer ameaçador para este poder citado anteriormente principalmente quando a mudança requer adquirir novos conteúdos como os pertinentes ao SUS, assumidamente ignorados pelos docentes. Esta reflexão talvez explique a frase “grande resistência às mudanças por parte dos professores, a despeito destes serem os principais condutores do processo” ou “inadequada formação dos professores”, apontadas como dificuldades para a implantação das DCN. Mas numa perspectiva de contradição dos discursos, alguns relatórios apontam a capacitação docente como ações a serem feitas, incluindo questões ligadas ao SUS. A partir desta perspectiva contraditória, alguns questionamentos surgem: qual o verdadeiro sentido de capacitar docentes que optam por uma pedagogia bancária se estes apresentam uma resistência às mudanças e sequer conhecem conteúdos apontados como essenciais num eventual processo de mudança? Será este um processo indicativo que a mudança não é necessária ou recomendada pois, pode desestruturar uma estrutura política e ideológica há muitos anos delineada e que “vem dando certo”?

A questão de capacitação docente na área de pedagogia surgiu como um discurso quase que unânime nos relatórios dos facilitadores das oficinas mas, é

importante salientar que, mais do que mero discurso superficial, este deve ser encarado visando enfrentar e refletir acerca da verdadeira opção formadora da instituição que, conforme aponta Bagnato (1999, p.13) pode ter diferentes caminhos, quando afirma que

O processo educativo pode ser utilizado como um espaço prescritivo, de dominação ou de libertação, emancipação dos indivíduos. No espaço de dominação interessa formar sujeitos dependentes, alienados, acomodados às informações recebidas, sem criatividade e capacidade de refletirem sobre a realidade em que vivem ou irão atuar, o que é bastante interessante para os grupos que detêm o poder, pois estes não terão dificuldades de governar e manipular uma população passiva, não questionadora. Ficando assim sujeita às estruturas injustas. No espaço que denominamos de libertador, entendemos a formação de cidadãos. Profissionais críticos, independentes, questionadores, capazes de refletirem e intervirem sobre suas realidades educacional, social, política, econômica, cultural e profissional.

Assim, discutir a prática pedagógica envolve um instrumento de auto-análise sobre as opções às quais os docentes se direcionam e que, de forma automática, podem fazer emergir conflitos e resistências, fraquezas e deficiências que, ou confirmam o pressuposto ideológico da instituição, ou são encaradas de forma construtiva quando envolvidas num processo amplo de reformas. Mudar a técnica de ministrar uma aula para que esta deixe de ser expositiva é um dos requisitos para a ruptura de um modelo bancário para outro emancipador mas, não o suficiente; já que efetivas mudanças nas estratégias de ensino/aprendizagem vão refletir diretamente na postura ideológica não só do docente, mas de toda a instituição.

A análise dos resultados obtidos para o Eixo 3, que trata dos cenários de práticas, corrobora com as reflexões já elaboradas acima sobre a pouca influência da realidade do SUS ou seja, o sistema de saúde vigente no país, conforme indica de forma tênue as DCN para os cursos de odontologia.

A maior parte dos participantes das oficinas (56,9%) aponta que as atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica e o ciclo profissionalizante tem sua prática realizada

majoritariamente em clínicas de ensino de especialidades. Este resultado confirma a idéia de uma especialização precoce do ensino e realizada intramuro, não havendo um processo de reflexão crítica e problematizadora a partir de cenários da prática em serviços.

Esta abordagem coincide com os discursos obtidos na análise qualitativa cujo eixo-tema foram os cenários de prática. Como dificuldades para a mudança de cenários pedagógicos encontram-se afirmações como: “entre os principais entraves, está a relação com o SUS, uma vez que o curso ainda não estabeleceu convênio com a Secretaria Municipal de Saúde...”, “pouco diálogo entre a universidade e o setor público” ou “a integração com os serviços pouco valorizada” ou ainda “a relação ensino-serviço é comprometida”.

Estas afirmações refletem uma histórica dificuldade na integração escola/serviço que, mesmo não sendo objeto deste trabalho, sua inserção nesta análise faz-se necessária, na medida em que esboça um cenário pedagógico restrito ao locus de produção do conhecimento que condiz com as opções ideológicas das instituições. A mudança e a diversificação dos cenários pedagógicos envolvem ações intersetoriais que, conforme Marins (2004, p. 100), “permitem espaços de compartilhamento de saberes, de práticas e de poder; de construção de novas linguagens, de novos conceitos”. Para o autor, a integração escola/serviço oferece a possibilidade de formar profissionais da saúde com uma visão ampliada da realidade social, dos problemas e também dos indivíduos sociais, o que potencialmente contribui para evitar o enfoque da busca da especialização precoce além de propiciar oportunidades para conhecer as relações de poder, seu dinamismo, desenvolvendo uma visão crítica do sistema de saúde.

Esta resistência de integração presente na odontologia e reafirmada nos discursos apontados aqui (já que ela é pouco valorizada) pode estar envolta pela resistência de integração da própria corporação com outros setores da saúde, onde o diálogo levaria a elaborações e conceitos outros que não da técnica ou do mundo estomatológico, pois, conforme aponta Feuerwerker (2004, p. 34), “é no espaço de prática que se estabelecem os encontros coletivos para a construção conjunta de sentidos, essencial à constituição dos sujeitos sociais”.

Assim, não seria de se estranhar que esta integração seja comprometida, como apontado na análise dos discursos, já que mais uma vez ela confrontaria concepções contraditórias da própria prática odontológica e sua pretensa auto-suficiência em resolver os problemas de saúde (ou melhor, de doença) bucal da sociedade.

A estrutura curricular que reforça a necessidade de integrar os conhecimentos de ciências básicas com as disciplinas clínicas e criar, a partir desta integração, um novo conhecimento que, ao ser integrado ao estudo da realidade in-loco permitiria um espaço de aprendizagem direcionado à provisão de uma compreensão crítica de como esta realidade social funciona e como certas dimensões desta funcionam, coincidindo com as idéias de Giroux (1997, p. 220) quando afirma que esta dinâmica funcionaria “baseada numa noção dialética do que conta como conhecimento e práticas escolares realmente úteis para a construção de um currículo emancipador”.

A literatura que aborda experiências de integração escola/serviço na odontologia mostra inúmeras experiências de reformas curriculares que englobaram estes conceitos sem, contudo, configurar-se em mudanças efetivas da concepção

formadora do curso restringindo as mesmas a grupos de docentes ou à disciplina de saúde coletiva.

A perspectiva de integração escola/serviço engloba movimentos distintos de ambos os lados ou seja, do mundo da educação e do mundo do trabalho para que se configure numa cooperação efetiva e que possa ter impacto na experiência pedagógica do aluno. Trata-se, conforme aponta Feuerwerker (2004, p. 33), de uma “articulação entre atores institucionais muito diferentes entre si; atores que operam de acordo com lógicas distintas, em tempos diferentes, com diferentes graus de acumulação de poder”.

Nesse sentido, coexistem a necessidade de capacitar o docente de odontologia nas questões que dizem respeito ao SUS e o afloramento de pré-conceitos - fruto do desconhecimento, como apontado nos relatórios das oficinas. Portanto, faz-se necessária, nessa abordagem de diálogo entre dois mundos, a efetiva aproximação entre o sistema de saúde e o mundo formador, e a identificação das necessidades deste último quando o anterior assume o papel de cenário pedagógico sem, contudo, reformar a prática dos serviços em benefício da educação. O que se preconiza é a aproximação da realidade como elemento pedagógico, e não que esta se modifique para que sirva como elemento educativo.

Esse mútuo diálogo é abordado por Ceccim e Capozzolo (2004, p. 384), quando afirmam que

Entendemos que uma política de formação e de mudança na graduação das profissões de saúde passa pelo estabelecimento de compromissos da gestão do sistema de saúde com as instituições de ensino, e compromissos destas com o sistema de saúde; pela garantia de protagonismo aos estudantes; pela forte interação com o conjunto da rede de serviços; pela participação dos usuários com direitos de controle social; e pelo ensino e trabalho em saúde centrados no usuário (acolhimento, responsabilidade pela cura, afirmação dos usuários).

Aproximar os estudantes dos usuários do serviço (e no serviço) é expor, pedagogicamente, os primeiros a uma realidade diferente daquela apontada pelos vetores 8 e 9, cujos resultados mostram, respectivamente, que a maioria dos participantes (51,4%) aponta para uma abertura dos serviços das faculdades ao SUS, porém preservando algum grau de autonomia na definição do perfil de seus pacientes (perfil este determinado pela doença e pela conveniência didática desta), limitando a participação do estudante nas práticas aos procedimentos clínicos. Esse adestramento condicionador - puramente técnico - da participação do aluno nas práticas, mostrado no vetor 9, coincide com o que Freire (2004, p. 33) expõe, quando afirma que “transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador”.

Essa aproximação, se bem planejada e articulada com o serviço, poderia permitir uma prática de “aprender a aprender e ser” numa perspectiva de diálogo com uma dada realidade, possibilitando ao aluno integrar, de forma construtiva, seus conhecimentos a um raciocínio crítico e integrado, no qual o embasamento clínico se integra ao conhecimento ampliado do processo saúde/doença e permite a resolução de problemas no contexto destes, e não em situações criadas artificialmente, como se dá em muitas experiências, nas quais a técnica baseada em problemas é aplicada.

Assim, a análise do grau de inovação das instituições de educação odontológica observado através dos resultados do instrumento utilizado durante as oficinas realizadas pela ABENO permite a visualização de um processo de implantação das diretrizes curriculares que se encontra em um patamar de “inovação incipiente” (52,9 %) ou “inovação parcial” (40,2%).

Assim, a próxima etapa do presente trabalho propõe-se a buscar, a partir de um referencial da teoria crítica do currículo - e em face do perfil da educação odontológica obtido e analisado anteriormente -, algumas contribuições para a reflexão do significado desses patamares, nos quais uma incipiente mudança no cenário da formação de cirurgiões-dentistas parece existir (ou não?).

6.2 A educação odontológica: Transformar? Para quê? Para quem?

Para analisar o significado político-ideológico de um processo de mudanças (ou reformas?) curriculares que se encontram num estágio de “inovação incipiente” ou “parcial” como é o caso da educação odontológica aqui analisado, é necessário elaborar , como pano de fundo, as seguintes questões:

- ⇒ A quem interessa a mudança?
- ⇒ O que há por trás da resistência à mudança?
- ⇒ É possível mudar sem mudar?

As teorias críticas do currículo mostram que existe uma forte relação entre sociedade, cultura, prática e currículo, onde este sofre inúmeras pressões, tanto no meio interno como do meio externo e as mudanças que ocorrem, de forma dinâmica e numa perspectiva dialética, num diálogo entre contradições e resistências, não pode excluir as condições do meio de produção no qual o sistema formador está envolvido (SACRISTÁN, 2000; SEVERINO, 1986; SILVA, 2005).

Dois elementos iniciais para a análise dizem respeito à teoria althusseriana, onde a escola atua como um aparelho ideológico do Estado pertencendo à

sociedade civil e funciona como um instrumento de preservação da hegemonia burguesa, o segundo elemento de análise, desenvolvido por Gramsci.

Freitag (1986) aborda a relação entre ideologia e educação de forma clara quando afirma que a escola, como o principal aparelho ideológico das sociedades capitalistas, prepara a força de trabalho garantindo assim o mecanismo de reprodução da ideologia nas relações materiais e sociais de produção.

A autora (FREITAG, 1986, p. 41) também esclarece bem a questão da hegemonia gramsciana e a ação do Estado numa sociedade capitalista quando afirma que

Sob uma aparência de defender uma concepção de mundo universal, justa e neutra em relação a todos os membros da sociedade, o Estado capitalista introduz ao nível da sociedade política e civil a concepção do mundo da classe hegemônica, da burguesia, usando a escola como um dos elementos de sua divulgação, inculcação e penetração.

A análise da literatura que trata da educação odontológica, inserida no modelo formador dos profissionais da área da saúde mostram a construção de uma ideologia baseada nos conceitos tecnicistas de Charles Godon e aperfeiçoada por Flexner e Gies, no início do século XX. Esta perspectiva ideológica construiu, no decorrer da história, o “modelo ideal” de profissional que constitui o pensamento hegemônico da corporação odontológica ou seja, mercantilista, elitista, odontocêntrica, autônoma, criando nas sociedades capitalistas uma “couraça”, muito difícil de romper, conforme aponta Botazzo (2000).

Narvai (1994) confirma a existência de um modelo de prática hegemônico quando afirma que mesmo programas de saúde bucal que se dirigem a grupos populacionais limitam-se a reproduzir de forma acrítica o modelo utilizado no setor privado. Acerca deste modelo hegemônico, o autor (p. 81) afirma que:

Pode-se dizer que este modelo, hegemônico, decorre de uma concepção de prática centrada na *assistência odontológica* ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um *sujeito individual*- o cirurgião-dentista- no restrito

ambiente clínico-cirúrgico. É a concepção de prática da odontologia de mercado. (grifo do autor).

A hegemonia odontológica criada, assim, representa o que Gramsci diria como o poder de orientação e de direção que um grupo social dominante exerce, com base no consenso, sobre toda a sociedade (SEVERINO, 1986).

Esta imagem ideológica se estruturou de forma tão hegemônica na sociedade capitalista que é comum alunos de odontologia perguntarem aos seus professores que trabalham como cirurgiões-dentistas na rede SUS "muito bom professor, o senhor trabalha no SUS e dá aula...e quando o senhor é dentista?". Ou seja, quando o cirurgião-dentista do SUS exerce a verdadeira função de ser cirurgião-dentista, em seu consultório, atendendo clientes e exercendo o modelo privatista do imaginário capitalista?

O pensamento odontológico hegemônico estaria, assim, confirmando os enunciados do que Botazzo⁸ (2006) chamou de legalidade dentária na perspectiva das imagens que a relação da odontologia com a sociedade reflete e determina a prática profissional. O imaginário que cria a identidade odontológica apresenta um conjunto de símbolos que poderiam ser resumidos, conforme o autor (BOTAZZO⁸, 2006) descreve, de forma elucidativa:

1. o destino dos dentes dos homens não é de interesse da sociedade (daí que a relação entre um dentista e seu paciente é assunto privado);
2. problemas dentários ocorrem porque os sujeitos fazem mau uso dos seus dentes, cuidam pouco deles e de modo incorreto, consomem excessivamente carboidratos ou produtos e alimentos doces, e não visitam os dentistas com regularidade;
3. a resolução de tais problemas exigem técnica, destreza e habilidade manuais; um dentista sem habilidade manual não é um dentista, decorrentemente a formação do aluno deverá centrar-se, pedagogicamente, no adestramento da mão;

⁸ Botazzo C. Subjetividade e prática odontológica: notas teórico-políticas. Termo de referência da oficina "Subjetividade e Prática Odontológica" realizado dia 21 de agosto de 2006 no período pré-congresso do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2006. [Material pessoal cedido pelo autor].

4. os procedimentos, as técnicas, os materiais e a abrangência do trabalho odontológico são dispostos socialmente segundo a capacidade de compra do cliente;
5. tal capacidade de compra está diretamente relacionada com o valor que o cliente atribui aos próprios dentes, sendo que os mais abastados, por consumirem mais serviços odontológicos, são os que mais valorizam a profissão;
6. abstratamente, a saúde começa pelos dentes, de modo que as crianças devem desde cedo aprender como ter saúde dentária, e as gestantes devem ser objeto de cuidados especiais: dentistas são alocados em escolas e mulheres pobres atendidas em dispensários;
7. nisto se limita o esforço público da nova profissão: por meio da difusão das profilaxias dentárias contribui-se com o processo geral de disciplinamento e controle da sociedade.

A análise qualitativa dos discursos contidos nos relatórios das oficinas da ABENO apresenta um perfil de educação e nós críticos muito condizentes com este pensamento hegemônico, onde o poder técnico, absoluto e autoritário do professor está a serviço da manutenção da ideologia buco-centrada (e por que não dizer dentário-centrada) criada e concebida para exercer seu papel numa sociedade de dominação que permanentemente confirma, na sua prática, os enunciados acima expostos.

Esse processo de inculcação do pensamento hegemônico odontológico é acompanhado - e não poderia deixar de estar - pelas teorias reproducionistas de Bourdieu e Passeron, onde a educação é concebida como instrumento de reprodução das relações de força e poder vigentes na sociedade, no caso a capitalista. Este ideário da educação odontológica, enquanto sistema relativamente autônomo não estaria reproduzindo a cultura dominante criada desde os tempos de Godon e Gies?

Uma abordagem crítica de estruturas curriculares deve envolver uma análise das forças externas que influenciam o mesmo e quais as opções culturais que a instituição adota para realizar seus objetivos pedagógicos. Isto fica claro a partir da análise de Sacristán e Gómez (1998, p. 129) quando afirmam que

O contexto social, econômico, político e cultural em o currículo representa, ou deixa de fazê-lo, deve ser o primeiro referencial em relação a como analisar e avaliar um currículo. Esse é o primeiro contexto prático, externo, para entender a realidade curricular: o exercício de práticas políticas, econômicas e sociais que determinam as decisões curriculares, não podendo se esquecer que o currículo proposto para o ensino é o fruto das opções tomadas dentro dessa prática.

A análise crítica da educação, na perspectiva de autores como Giroux e McLaren, aborda o que ocorre nas salas de aula, momento máximo de poder do docente, segundo duas perspectivas: uma com macro-objetivos e outra com micro-objetivos (GIROUX, 2001; MCLAREN, 1998). Os macro-objetivos são configurados para que os estudantes possam elaborar conexões entre conteúdos, adquirindo um marco de referência amplo, adquirindo uma perspectiva política crítica. Os micro-objetivos são representados pelos conteúdos disciplinares, com sua limitação de questionamento e seu poder impositivo de transmissão de informação e conhecimento.

Esta mesma dualidade se aproxima das considerações a respeito da teoria dualista da escola, elaborada por Baudelot e Establet e descrita por Saviani (2007). Recuperando o raciocínio de Althusser (1985), estes autores franceses definem a escola como uma unidade contraditória de duas redes de escolarização. Para eles, o aspecto ideológico da escola é dominante e comanda o funcionamento do aparelho escolar. Isto se dá através da inculcação da ideologia burguesa e, concomitantemente, através do recalcamento da ideologia proletária (SAVIANI, 2007).

Para a odontologia e utilizando aqui como um exemplo, os macro-objetivos de um módulo que aborda a cárie dental poderiam utilizar a concepção biologicista da prática odontológica ou ampliar a visão utilizando os conceitos da multifatorialidade do processo saúde/doença e o conceito de integralidade na análise da doença. Claro está que vários fatores influenciam nesta escolha, como o

conhecimento do docente sobre estas questões, suas opções ideológicas como docente de odontologia e o principal deles, tão analisado na teoria crítica da educação, o currículo oculto da instituição.

Os micro-objetivos acompanham a opção anterior refletindo na didática e nos conteúdos programáticos do docente o caminho ideológico escolhido ou seja, somente e exclusivamente um adestramento técnico para recuperar a cárie dental através de uma didática expositiva ou uma construção de conteúdos e questionamentos advindos de experiências dos estudantes, onde estes seriam o foco do processo e não a doença em si.

A reforma sanitária brasileira e a implantação do SUS como sistema de saúde brasileiro quando noções como integralidade da atenção, relacionamento com uma realidade diferente do pensamento hegemônico estabelecido nas instituições de ensino de saúde colocam um importante desafio para os cursos de graduação que se refletem nas mudanças destes macro e micro objetivos abordados pela teoria crítica da educação. O grande problema estabelecido seria como romper a perspectiva ideológica e hegemônica desta educação, estabelecida há mais de um século e tão “bem” incorporada e que reproduz de forma “tão eficiente” as relações sociais e de poder da sociedade capitalista?

São criados , assim, dois universos curriculares na saúde e obviamente na odontologia. Um universo seria representado pelo currículo que reflete o pensamento hegemônico e reproducionista do ideário da odontologia que aqui denominaremos godon-giesiana, complementando a posição de Cordón (2000) com uma abordagem educacional positivista, voltada à doença e à prática privada, sempre respeitando os princípios flexnerianos de fragmentação do conhecimento científico, inclusive como instrumento de poder. Este universo curricular é aplicado

segundo os macro e micro objetivos de uma educação positivista, onde os conteúdos são determinados visando o conceito imposto pela ideologia dominante.

O segundo universo curricular estaria representado por um currículo integrador, onde os conceitos de saúde e de doença são elaborados a partir de uma análise do contexto de realidade mais amplo e onde os conflitos e contradições da sociedade são expostos na construção do conhecimento, mesmo que este seja de cunho técnico. A aplicação deste currículo, na perspectiva brasileira atual, presume uma integração eficiente com o SUS, onde as realidades epidemiológicas, sociais e culturais fazem parte do processo pedagógico, incluindo os momentos de adestramento técnico e clínico, fundamental para o exercício da odontologia, onde os macro e micro objetivos citados acima permitem a formação de um profissional crítico e reflexivo. Talvez, e numa aproximação da teoria crítica da educação, seja este o direcionamento proposto pelas diretrizes curriculares para a graduação em odontologia.

Através destas reflexões já nos seria possível responder à primeira indagação acima citada. As mudanças de um universo curricular a outro somente interessam aqueles que, comprometidos com uma educação problematizadora e conscientes do poder que a ideologia e o pensamento hegemônico odontológico exercem sobre suas atividades de docente e que acreditam que esta transformação não compromete a real essência da prática odontológica.

Estes dois universos curriculares, no caso da odontologia, refletem bem as correntes doutrinárias às quais Córdón (1996) se refere quando aponta para uma corrente flexneriana acomodada aos interesses neoliberais e outra, contrária à primeira, com uma perspectiva voltada para um modelo de prática coletiva e desmonopolizadora.

Os resultados, tanto das análises quantitativas como qualitativas, das oficinas da ABENO mostram claramente que ainda há um predomínio do primeiro universo curricular a serviço da reprodução do modo de produção capitalista com uma dominação do pensamento positivista, amplamente criticado pela teoria crítica.

A observação de De Sordi (1999) a respeito destes processos é fundamental para podermos observar o que há por trás das resistências às mudanças. A autora afirma que

A inovação curricular exige uma releitura de toda a organização pedagógica que rege o processo de ensino para devolver aos envolvidos a titularidade para proceder as mudanças necessárias tanto na seleção dos conteúdos como na forma de comunicá-los. Uma mudança que se pretenda inovadora exige liberdade e autonomia para criar e recriar objetivos, definir acerca do uso dos tempos pedagógicos e flexibilizar as práticas avaliativas, ensaiar práticas interdisciplinares que precisam ser favorecidas pela destruição, ainda que simbólica, das trincheiras departamentais.

A segunda indagação retrata o cenário de interesses que constroem as resistências às mudanças. Estas são geradas neste processo de mudança e caracterizam-se pela dificuldade dos atores do processo ou seja, docentes, coordenadores e alunos de reconhecer as relações contraditórias entre uma realidade social e a proposta pedagógica criada num ambiente acadêmico quase que hermético, construído por um currículo que visa manter, antes de qualquer tipo de reflexão crítica, a situação vigente ou o “*status-quo*” que a cultura odontológica dominante impõe. O desconhecimento de docentes acerca das DCN e das questões do SUS, retratados na análise dos relatórios dos facilitadores das oficinas é um reflexo deste providencial hermetismo criado pelo universo educacional odontológico que tem como compromisso essencial a preservação do pensamento ideológico dominante (novamente a abordagem de Althusser) onde as perspectivas sociais circundantes são ameaçadoras para este domínio.

A perspectiva subjetiva das opções ideológicas na formação profissional está diretamente relacionada com uma análise do que a teoria crítica da educação denominou de currículo oculto. Sacristán (1998) alerta que a diferenciação entre o explícito ou oficial e o oculto do currículo real serve para entender muitas incongruências nas práticas escolares. Esta incongruência, segundo o autor, se reflete nos inúmeros discursos e objetivos oficiais da instituição ou dos docentes, que “depois se mostram contraditórios com o que realmente se faz para consegui-los” (p. 133). O autor também aborda a questão oculta da prática na análise das mudanças curriculares ou do imobilismo das instituições e práticas.

Para McLaren (1998), o currículo oculto é parte da pressão burocrática e administrativa da escola, as forças combinadas pelas quais os estudantes são induzidos a cumprir com as ideologias dominantes e as práticas sociais referentes à autoridade, a conduta e à moralidade.

Sem se aprofundar na análise do currículo oculto da educação odontológica brasileira, que se constitui numa metodologia de estudo diferente do que aqui foi tratado, é possível supor que uma razão importante para um incipiente processo de implantação das DCN seja a presença e influência fortes de um currículo oculto odontológico de cunho ideológico hegemônico que norteia as relações e as práticas pedagógicas no ambiente interno da instituição.

Este currículo oculto odontológico atua de várias maneiras e influencia a imagem criada pelo estudante da profissão conforme os interesses de quem o aciona, mesmo que de forma não explicitada.

Um exemplo deste mecanismo pode ser evidenciado através de discursos a respeito das ações coletivas de saúde bucal que as disciplinas voltadas à saúde coletiva desenvolvem e que são minimizadas como práticas de saúde por docentes

de áreas clínicas, mesmo que a fala oficial preconize a prevenção, dificultando a integração de disciplinas, tão fortemente abordado nos relatórios das oficinas (“dificuldades de integração curricular, ”reduzido foco na promoção da saúde”) . Um outro exemplo de contradição entre discurso e prática surge quando a “proposta oficial” prega um maior relacionamento com o SUS, dando importância às questões da saúde coletiva que defende ações em saúde bucal em equipe e não centrada na figura do cirurgião dentista enquanto que inúmeras clínicas de faculdades do país são configuradas espacialmente para uma prática absolutamente individual, centrada no profissional e no paciente.

O que haveria por trás deste processo oculto na educação odontológica?

A necessidade de se impor uma visão profissional dominante que, centrada principalmente na doença (na cárie dental, mais especificamente), volta-se ao mercado e ao privatismo da prática como a solução ideal dos problemas bucais da sociedade. Mas, como afirma Giroux (1997) e seguindo a abordagem da pedagogia crítica, redefinir a noção de poder e cultura dentro da instituição não se trata de simplesmente rejeitar as ideologias dominantes mas se apropriar delas de forma crítica e permitir a identificação e modificação das estruturas que compõem o currículo oculto, tornando-o evidente para que, ao reconhecer este mecanismo oculto da estrutura curricular, seja possível minimizar ou alterar seus piores efeitos.

Esse mecanismo de “desocultar” o currículo oculto tem eficácia na medida em que os sujeitos que o compõem, sejam alunos, professores ou coordenadores e, no caso brasileiro da educação em saúde, façam parte dos mecanismos de participação da sociedade previstos no SUS, como é o caso dos conselhos de saúde e das conferências de saúde incluindo a de saúde bucal. A participação ampla da sociedade e esta dialogando com o órgão acadêmico formador de recursos

humanos que atuarão na saúde pode ser um importante mecanismo de estruturação curricular que tenha como eixo norteador as necessidades da população.

Nessa perspectiva, torna-se mais fácil compreender o significado do resultado do grau de transformação obtido como “incipiente” e/ou parcial. O lema seria “mudar para não mudar”, como formulado na terceira pergunta. Mudar não significa transformar pois, isto já acarretaria uma perda de poder do pensamento hegemônico da classe dominante e para que isto ocorresse, seriam inúmeras as estruturas pedagógicas e políticas, estruturadas internamente na instituição e numa coesão forte que teriam que ser reformuladas que impossibilitam esta verdadeira transformação pois ameaçam a “viga mestra” do poder ideológico dominante.

As várias experiências de mudanças curriculares que a literatura relata, na odontologia brasileira, mostram tentativas importantes de romper com o pensamento ideológico hegemônico seja a partir das disciplinas de odontologia social e preventiva ou mesmo numa perspectiva integradora mas que, ao mesmo tempo, mostram uma insuficiente influência sobre a cultura pedagógica das instituições.

Isto não quer dizer que o processo de transformação curricular seja inviável quando se trata dos cursos de graduação de odontologia porém, este processo somente se configurará em efetiva transformação quando , a despeito de poderes políticos internos da academia, houver diálogo construtivo entre duas correntes de pensamento curricular ou seja, aquela que representa um pensamento hegemônico centrado na doença e na técnica e outra que engloba uma perspectiva voltada à integralidade do processo saúde/doença e, ao desvendarem-se as estruturas ocultas de um poder hegemônico, constatar-se que dois mundos estão em desencontro na odontologia brasileira: o mundo formador que adquiriu concepções próprias e acumulou contradições internas em oposição ou distanciamento de uma realidade

de saúde bucal de todo o povo brasileiro, que exige um novo compromisso daqueles que ainda serão os responsáveis , de fato e como direito legítimo da sociedade, pela promoção e atenção de sua saúde bucal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação odontológica brasileira enfrenta importantes desafios neste início de século. O primeiro destes diz respeito à superação de uma contradição histórica que marca a formação odontológica no país pois mesmo com um número crescente de cursos distribuídos no país e profissionais formados por estes, a prática hegemônica que é ensinada nestes espaços de educação superior não deu respostas às necessidades de saúde bucal da grande maioria da sociedade brasileira. Adaptar a educação odontológica à realidade brasileira de forma universalizada requer reformas substanciais nos projetos pedagógicos das Instituições de Educação Superior que ultrapassem os clássicos exercícios de alterações de grades curriculares e mesmo mudanças de créditos e/ou cargas horárias que, mesmo que sejam importantes em determinadas circunstâncias para estas instituições, não transformam a concepção pedagógica do curso de graduação de odontologia.

O modelo político ideológico hegemônico da educação odontológica que separa a prática do cirurgião-dentista, vinculando a esfera privada desta ao sucesso profissional e portanto , ao sucesso do processo educacional e transformando a prática da saúde bucal no SUS como um elemento residual e de sucesso questionável pode, por um lado, atender às exigências das leituras neoliberais vigentes mas, por outro lado, reafirmam a contradição acima exposta. Esse mecanismo, de natureza político-ideológica e, analisado neste trabalho sob a perspectiva da teoria crítica da educação, acarreta um distanciamento da prática

odontológica de parcelas importantes da sociedade brasileira, limitando-a a uma minoria que tem garantido seu acesso às clínicas privadas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia configuram-se como um importante referencial político para o processo de superação dessa contradição já que, partindo do pressuposto de que estas foram aprovadas pelos órgãos estatais responsáveis pelo delineamento da educação superior no país, representam o direcionamento das reformas necessárias a serem implementadas por todas as instituições de educação odontológica do território nacional, sejam elas públicas ou privadas, e deve incluir um sistema de permanente avaliação por parte dos mesmos órgãos, com efetivas ações caso não ocorram as devidas transformações.

As DCN direcionam para uma significativa reforma da concepção político-ideológica do exercício da odontologia e como deve se dar a formação do profissional que exercerá a profissão no futuro e isto deve ser refletido nos projetos político-pedagógicos das instituições. Neste sentido, faz-se necessária a ampliação de debates democráticos acerca destas diretrizes por todos os sujeitos envolvidos no processo formador ou seja, alunos, professores, diretores e funcionários pois não se pode imaginar uma reforma de projetos político-pedagógicos de instituições educativas sem que os atores envolvidos tenham participado e, obviamente, conhecido e debatido as diretrizes deste processo transformador.

As oficinas promovidas pela ABENO durante os anos de 2005 e 2006 e aqui discutidas tiveram importância política no sentido de disparar este processo de democratização das DCN junto à comunidade acadêmica odontológica nacional bem como de conscientizar a comunidade acadêmica da necessidade de, ao menos, refletir acerca das mudanças desenhadas pelas DCN bem como das necessidades

efetivas destas mudanças se traduzirem em ações concretas por parte das instituições formadoras de cirurgiões dentistas.

Disparado esse processo pela ABENO, cabe a cada instituição dar continuidade ao mesmo com o intuito de adaptar, de forma efetiva, seus projetos pedagógicos às diretrizes aprovadas nas DCN.

É importante frisar que este processo de adaptação às DCN nas instituições acadêmicas não dispõe de receitas pré-concebidas(e nem poderia dispor) e deve ser construído de forma transparente e democrática, respeitando as circunstâncias locais de cada instituição bem como deve contar com a participação política dos órgãos estatais ligados à educação superior e à saúde no sentido de estimular reformas nos cursos de graduação da saúde, fazendo com que estes direcionem seus esforços educativos para uma formação que propicie ao aluno um contato maior e mais efetivo com a realidade do processo saúde/doença brasileiro.

No que diz respeito aos órgãos estatais, iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) que financia mudanças curriculares nos cursos de medicina, odontologia e enfermagem bem como o recém lançado Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) que estimula a integração ensino-serviço parecem caminhar nesta direção desde que, após suas respectivas implantações, sejam avaliados os seus impactos na formação e eventualmente estendidos a escolas não contempladas nas primeiras seleções realizadas.

A criação de comissões internas nas faculdades que se responsabilizem pelas reformas do respectivo projeto político-pedagógico, acompanhando as mudanças curriculares necessárias e que garantam um mecanismo de escuta permanente de todos os atores do processo envolvidos e debatendo todas as

perspectivas de prática odontológica deve ser um importante mecanismo desde que trabalhe de forma contínua e disponha de autonomia para propor mudanças ao coletivo, mesmo que estas requeiram negociações inter-departamentais de cunho político e/ou pedagógico.

Este processo de reformas dos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em odontologia deve contemplar três eixos fundamentais para que ocorram as transformações necessárias.

O primeiro diz respeito à criação de espaços de reflexão acerca da prática docente em odontologia para superar a idéia de que bons dentistas clínicos podem se transformar automaticamente em bons professores. Estes espaços devem incluir capacitações sobre educação superior, estratégias alternativas de ensino/aprendizagem bem como uma formação acerca das políticas públicas do país em especial o Sistema Único de Saúde e as possíveis práticas de saúde bucal neste.

O segundo eixo refere-se à ampliação dos cenários desta prática, permitindo ao aluno conhecer, construir o conhecimento, refletir e aplicar estes conteúdos num espectro amplo da realidade local e não restringindo a sua formação ao modelo odontológico hegemônico aplicado nas clínicas das faculdades. A integração escola-serviço deve nortear a formação em saúde bucal desde o início da mesma, incluindo a criação de disciplinas que integrem conhecimentos das disciplinas básicas com uma aplicação prática numa perspectiva de integralidade das ações e que permitam o aluno compreender a amplitude das ações da saúde e não direcionar o exercício profissional somente às ações curativas e técnicas. A integralidade como eixo orientador da prática educacional numa ampliação dos cenários pedagógicos reafirma o poder transformador da prática, desde que as estratégias de ensino

reforcem a necessidade do aluno refletir, propor e aplicar conceitos novos e não simplesmente aplicar, nestes cenários, os conceitos advindos de seu adestramento técnico.

O terceiro eixo corresponde às reformas curriculares necessárias para a superação do modelo hegemônico clássico da formação odontológica. Estas reformas, coincidindo com o projeto político pedagógico, devem propor uma formação universal e não mais direcionada a um único modelo de prática profissional, que reflete e reproduz os anseios de uma minoria da sociedade brasileira. O processo saúde/doença e as necessidades de saúde bucal de todos os brasileiros devem ser o eixo central de todo o currículo odontológico, aí se incluindo as ações de promoção da saúde bucal, de prevenção e de reabilitação, o que implica a interação dos conteúdos – e não a compartimentalização, que incentiva especializações precoces, voltadas à doença – e não à saúde - bucal.

A história da educação odontológica brasileira é construída por toda a sociedade, e não somente pela corporação odontológica. Os compromissos políticos e éticos de todos os que estão envolvidos em formar profissionais da saúde bucal devem estar vinculados a essa sociedade, e não aos anseios e crenças ideológicas daqueles que, de forma oculta, implantam preconceitos, mutilam processos de ensino e semeiam a miopia educacional odontológica.

REFERÊNCIAS¹

Adorno TW. Educação e emancipação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

Aguiar AC. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? Interface-Comunic Saúde Educ 2001;5(8):161-6.

Alma-Ata. Documento final da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata (URSS), 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. [2006 jan. 15].

Althusser L. Aparelhos ideológicos de Estado: notas sobre os aparelhos ideológicos do estado. 2ª ed. São Paulo: Graal; 1985.

Alvarez TB. La nueva formación odontológica y el compromiso social con las comunidades. Rev Bras de Odontol em Saúde Col 2000;(n.esp.):83-90.

Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface-Comunic Saúde Educ 2004;8(15):375-80.

Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Méd 2005;20(2):136-46.

Apple MW. Ideologia e currículo. Porto: Porto Editora; 1999.

Apple MW. Repensando ideologia e currículo. In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005. p.39-57.

Araujo ME. Educação superior em odontologia na perspectiva das políticas públicas de saúde [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

Arendt H. A crise na educação. In: Arendt H. Entre o passado e o futuro. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2007. p. 221-47.

¹ De acordo com estilo Vancouver. Abreviaturas de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; 2003.

Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Oficina de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia [diapositivos]. Brasília; 2005. 18 diapositivos, col.

Bagnato MHS. Fazendo uma travessia: em pauta a formação dos profissionais da área da saúde. In: Bagnato MHS, Cocco MIM, De Sordi MRL. Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea; 1999. p. 9-24.

Banco Mundial. La enseñanza superior: las lecciones derivadas de la experiencia (el desarrollo em la practica). Washington: BIRD/Banco Mundial; 1994. Disponível em: <http://wbIn0018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/837011115d1c3395852569680065d3cd?OpenDocument>. [10 jan 2007].

Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

Bertolami C. Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence and patient demand for treatment: form vs. content. J Dent Educ 2001;65(8):725-41.

Bloom SW. Medical education in transition: paradigm change and organizational status. In: Marston RD, Jones ED, organizers. Medical education in transition. Princeton: Robert-Wood Johnson Foundation; 1992. p.15-25.

Bloom SW. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. J Health Soc Behavi 1988;29:294-306.

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2000.

Botazzo C, Tomita NE. Contribuição para a constituição de um núcleo de estudos e pesquisas em saúde bucal coletiva em Bauru, SP. Odontol Capixaba 1990;18(19):22-4.

Bourdieu C, Passeron JC. La reproduction: elements pour une théorie du système d'enseignement. Paris: Editions de Minuit; 1970.

Bowles S, Gintis H. Schooling in capitalist America: educational reform and the contradictions of economic life. Londres: Routledge & Kegan Paul; 1979.

Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Base de dados eletrônica. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/quadro_estatistico_faculdades.pdf [2007a maio 28].

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set 1990.

Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em URL: www.mec.gov.br/legis/pdf/lei9394.pdf [2005 mar.07].

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 776/97. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. 1997a. Aprovado em 03/12/1997. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf> [2005 mar. 07].

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 583/01. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Aprovado em 04/04/2001a. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf> [2005 mar.07].

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 67/2003. Aprovado em 11/03/2003. Disponível em URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf> [2005 mar. 07]

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Edital nº 4/97. 1997b. Convoca Instituições de Ensino Superior a apresentarem propostas para as Diretrizes Curriculares dos cursos superiores. Disponível em URL: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf> [2007 jan. 17].

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Documento eletrônico disponível em URL: <http://portal.mec.gov.br/sesu/index2.php?option=content&task=view&id=430&pop=1&page=0&banco=> [2007b jan.17].

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília 07 dez. 2001c. Seção 1, p.25.

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília 3 out. 2001b. Seção 1E, p.131.

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília 04 mar. 2002a. Seção 1, p.10.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da XIIª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da VIIª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1980.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Rev Adm Munic 1986b;33(181):60-73.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Promed - Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Brasília; 2002b. Documento eletrônico disponível em URL: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma08.pdf [2005 fev. 24].

Brasil. Ministério da Saúde. Mudanças na graduação das profissões de saúde. Documento eletrônico disponível em URL: <http://www.saude.gov.br> [2005b fev. 24].

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. PRÓ-SAÚDE. Série C- Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudança na Graduação em Saúde: *AprenderSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Documento eletrônico disponível em: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/AprenderSUS-Lappis.pdf> [2006 nov. 14].

Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud* 1994;28(1):53-93.

Cámara VL. Contexto de la educación odontológica. *Educ Med Salud* 1988;22(2):180-90.

Cámara VL, Flores NL. Paradigmas en la práctica y formación odontológica en México. *Rev Ateneo Argent Odontol* 2001;40(1):34-9.

Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev Bras Educ Méd* 2001;25(2):53-9.

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Carta de Ottawa. Documento final da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa (CA), novembro de 1986. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

Carvalho ACP. Ensino de odontologia no Brasil. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006a.

Carvalho CHA. Política para o ensino superior no Brasil (1995-2006). Ruptura e continuidade nas relações entre público e privado. In: Reis Silva Jr J, Oliveira JF, Mancebo D, organizadores. Reforma universitária: dimensões e perspectivas. Campinas: Alínea; 2006b.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

Catani AM, Oliveira JF, Dourado LF. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. *Educ & Soc* 2001;75:67-83.

Ceccim RB, Capozzolo AA. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida; a prática clínica como resistência e criação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2004. p. 346-90.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Públ* 2004;20(5):1400-10.

Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc Saúde Col* 2002;7(2):373-83.

Chambers DW. Introduction: gies report redux. *J Amer Coll Dent* 2002;69(2):4-5.

Chauí M. *Escritos sobre a universidade*. São Paulo: UNESP; 2001.

Chaves M, Kisil M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: Almeida M, Feuerwerker L, Lhanos M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; 1999.

Chianca T, Narvai PC. Documento final do Seminário Uni-Odontologia Rionegro, Colômbia, 29 de junho a 03 de julho de 1998. *Rev Bras Odontol Saúde Col* 2000;(n. esp.):91-5.

Coelho IM. Ensino de graduação: a lógica de organização do currículo. *Educ Bras* 1994;16(33):43-75.

Conrado CA, Gomes GS, Robazza CRC. O projeto pedagógico: estruturação e desenvolvimento curriculares- o currículo multidisciplinar integrado. In: Terada RSS, Nakama L. *A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá*. São Paulo: Hucitec; 2004.

Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner Report. *N Engl J Med* 2006;355(13):1339-44.

Cordeiro H. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: a sustentabilidade das mudanças curriculares. *Olho Mágico* 2002;9(1):13-5.

Cordón JA. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. *Divulg Saúde Debate* 1996;(13):36-53.

Cordón JA. Prouni Brasília: a construção da integralidade. *Rev Bras Odontol Saúde Col* 2000;(n.esp.):37- 45.

Cuban L. Change without reform: the case of the Stanford University School of Medicine, 1908-1990. *Am Educ Res J* 1997;34(1):83-122.

Cury CRJ. Lei de Diretrizes e Bases e perspectivas da educação nacional. *Rev Bras Educ* 1998;8:72-85.

Davini MC. Currículo integrado. Texto de apoio para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala). Disponível em URL: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T8.pdf. Acesso em: 07 dez. 2005.

De Sordi MRL. O compromisso ético-político do educador na mediação do projeto pedagógico. In: Bagnato MHS, Cocco MIM, De Sordi MRL. Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea; 1999. p. 25-40.

Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI. São Paulo: Cortez; 2006.

Demo P. A educação do futuro e o futuro da educação. Campinas: Autores Associados; 2006.

DeSchepper EJ. The hidden curriculum in dental education. *J Dent Educ* 1987;51(10):575-82.

Dourado LF. Reforma do Estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90. *Educ Soc* 2002;23(80):234-52.

Dourado LF, Catani AM, Oliveira JF, organizadores. Políticas e gestão da educação superior-transformações recentes e debates atuais. São Paulo: Xamã, Goiânia: Alternativa; 2003.

Fernandes MIA. Abandono das instituições: construção de políticas públicas e Universidade. *Psicol USP* 2001;12(2):11-27.

Fernandes JD, Xavier IM, Ceribelli MIPF, Bianco MHC, Maeda DR, Michele VC. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. Rev Esc Enferm USP 2005;39(4):443-9.

Ferreira JR. Analisis prospectivo de la educacion medica. Educac Méd Salud 1986;20(1):26-42.

Ferreira JR. PROMED: da utopia à realidade. Coletânea de artigos e entrevistas publicados nos boletins informativos da ABEM 2002/2004. ABEM 2004;1:12-14. Disponível em URL: http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/art_jose_roberto_completo.pdf [2006 jan. 19].

Ferrer JAP. Evaluación prospectiva nacional de la educación médica de pré-grado. Rev Fac Méd 1992;15(2):87-108.

Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002a.

Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. Rev Bras Enf 2003;56(4):351-2.

Feuerwerker LCM. Estratégias de mudança da formação dos profissionais de saúde. Olho Mágico 2002b;9(1):16-8.

Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2004.

Formicola AJ. The dental curriculum: the interplay of pragmatic necessities, national needs, and educational philosophies in shaping its future. J Dent Educ 1991;55(6):358-64.

FORGRAD - Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras. Plano Nacional de Graduação; 1999. Disponível em: http://www.pp.ufu.br/Plan_Grad.htm [2006 nov. 02].

Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

Freire P. Pedagogia da autonomia. 29ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1987.

Freitag B. Escola, estado & sociedade. 6ª ed. São Paulo: Moraes; 1986.

Gadotti M. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 15ª ed. São Paulo: Cortez; 2006.

Gadotti M. História das idéias pedagógicas. 8ª ed. São Paulo: Ática; 2004a.

Gadotti M. Pedagogia da práxis. 4ª ed. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire; 2004b.

Garcia AE. Los caminos de la Universidad em um contexto de cambio social. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2003;7(13):9-26.

Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. Saúde em Debate 1993;(41):50-7.

Germano JW. Mercado, universidade, instrumentalidade. In: Paulo Freire y la agenda de la educación latinoamericana en el siglo XXI. Buenos Aires: CLACSO; 2001. Disponível em : <http://168.96.200.17/ar/libros/torres/germano.pdf> [23 out 2006].

Gies WJ. Dental education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Education; 1926.

Giroux H. Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Giroux H. Theory and resistance in education: towards a pedagogy for the opposition. Westport: Bergin & Garvey; 2001.

Gramsci A. Antología. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2004.

Gramsci A. Los intelectuales y la organización de la cultura. Buenos Aires: Nueva Visión; 2006.

Haddad AE, Laganá DC, Assis EQ, Morita MC, Toledo OA, Rode SM, et al. A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2006a.

Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-1994. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006b.

Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med 1998;73(4):403-7.

Hafferty FW. Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues. In: Bird CE, Conrad P, Freemont AM, organizers. Handbook of medical sociology. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 2000.

Hill D. O neoliberalismo global, a resistência e a deformação da educação. Currículo sem Fronteiras 2003;3(2):24-59. Disponível em [http:// www.curriculosemfronteira.org](http://www.curriculosemfronteira.org) [13 jan 2007].

Kassebaum DK, Hendricson W, Taft T, Haden K. The dental curriculum at North American dental institutions in 2002-03: a survey of current structure, recent innovations, and planned changes. J Dental Educ 2004;68(9):914-31.

Kemmis S. El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción. 3ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 1998.

Kruger L, Moysés SJ, Moysés ST. Humanismo e formação profissional. Rio de Janeiro: ABOPREV; 2005.

Lampert JB. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. Rev Bras Educ Méd 2001;25(1):7-19.

Lampert. JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec ABEM; 2002.

Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: MacGraw Hill; 1976.

Leher R. Expansão privada do ensino superior e heteronomia cultural: um difícil início de século. In: Dourado LF, Catani AM, Oliveira JF, organizadores. Políticas e gestão da educação superior: transformações recentes e debates atuais. São Paulo: Xamã, Goiânia: Alternativa; 2003.

Lemos CLS. Explicitando o currículo oculto da clínica integrada. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2004;4(2):105-12.

Libâneo JC. Pedagogia e pedagogos, para quê? 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Likimani S. Politics, education and curriculum. Int Dent J 1990;40(3):176-8.

Lombardo I. Reflexões sobre o planejamento do ensino de odontologia. In: 35ª Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico; Campos do Jordão; 2000.

Marins JJN. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2004. p. 97-108.

Marsiglia RMG. Instituições de ensino e o programa saúde da família: o que mudou? Rev Bras Saúde Família 2004;(ed.esp):30-41.

Marsiglia RMG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995.

Martins CB. O ensino superior brasileiro nos anos 90. São Paulo Perspec 2000;14(1):41-60.

Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no programa saúde da família: da universidade aos pólos de capacitação. Cad Saúde Públ 2004;20(6):1538-44.

McLaren P. La vida en las escuelas: una introducción a la pedagogia crítica en los fundamentos de la educación. 2ª ed. Mexico DF: Siglo Veintiuno; 1998.

McLaren P. Pedagogía crítica y cultura depredadora: políticas de oposición en la era posmoderna. Barcelona: Paidós; 1997.

Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. Cad Saúde Públ 1986;2(4):533-52.

Meyer DE, Kruse MH. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. *Rev Bras Enf* 2003;56(4):335-9.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Moreira AFB, Silva TT. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. *Currículo, cultura e sociedade*. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2005. p. 7-37.

Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Rev ABENO* 2004;4(1):17-21.

Motta JIJ, Buss P, Nunes TCM. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico* 2001;8(3). Disponível em URL: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf [23 fev. 2006].

Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Rev ABENO* 2004;4(1):30-7.

Narvai PC. A formação em odontologia, no Brasil, não está adequada às necessidades da população. Entrevista para o jornal da Federação Intestadual de Odontologia. Brasília; 2004.

Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC. Recursos humanos para a promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger L, coordenador. *Promoção de saúde bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

Oliveira GS, Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec ABEM; 2004.

Paula LM, Bezerra ACB. A estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil. *Rev ABENO* 2003;3(1):7-14.

Rede Unida. Contribuição da Rede Unida para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde; 2002. Disponível em URL: www.redeunida.org.br/diretrizes/diretrizrede.asp [16 out. 2006].

Sacristán JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2000.

Sacristán JG. Reformas educacionais: utopia, retórica e prática. In: Sila TT, Gentili P, organizadores. Escola S.A.: quem ganha e quem perde no mercado educacional do neoliberalismo. Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE); 1996.

Sacristán JG, Gómez AIP. Compreender e transformar o ensino. Porto Alegre: ArtMed; 1998.

Sanchotene MU, Molina Neto V. *Habitus* profissional, currículo oculto e cultura docente: perspectivas para a análise da prática pedagógica dos professores de educação física. Pensar a Prática 2006;9(2):267-80.

Santana JP, Almeida MJ. Educação médica: contribuições sobre a gestão da qualidade. Brasília: OPAS; 1994. p. 17-32.

Santomé JT. O curriculum oculto. 3ª ed. Porto: Porto Editora; 1995.

Saviani D. Escola e democracia: polêmicas do nosso tempo. 39ª ed. Campinas: Autores Associados; 2007.

Severino AJ. Educação, ideologia e contra-ideologia. São Paulo: EPU; 1986.

Sguissardi V. O banco mundial e a educação superior: revisando teses e posições? In: Anais da 23ª Reunião Anual da Anped; Caxambu, 2000. Disponível em URL: www.anped.org.br/reunioes/23/textos/1111t.PDF [10 jan. 2007].

Silva TT. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2005.

Solomon ES, Brown WE. Dental schools curriculum: a 40 year update. J Dent Educ 1989;53(2):149-51.

Souza PNP. LDB e educação superior: estrutura e funcionamento. 2ª ed. São Paulo: Pioneira; 2001.

Souza Santos B. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Tedesco L. Issues in dental curriculum development and change. J Dent Educ 1995;59(1):97-147.

Timóteo RPS, Liberalino FN. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir das referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. Rev Bras Enf 2003;56(4):358-60.

Torres CA. Teoria crítica e sociologia política da educação. In: Torres CA, organizador. Teoria crítica e sociologia política da educação. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire; 2003. p.104-44.

ANEXO A – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR****RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.⁽¹⁾**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do
Curso de Graduação em Odontologia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

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

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

- I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

⁽¹⁾ CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União. Brasília. 4 de março de 2002. Seção 1. p. 10.

- 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;
- XIII - analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- XIV - organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XV - aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- XVI - 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;
- XVII - participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XVIII - buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- XIX - manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- XX - estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- XXI - reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;

- XXII - colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- XXIII - identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- XXIV - propor e executar planos de tratamento adequados;
- XXV - realizar a preservação da saúde bucal;
- XXVI - comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- XXVII - trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- XXVIII - planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
- XXIX - 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 B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIAPARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 98/06

O Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, APROVOU o protocolo de pesquisa "O processo de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia: uma análise prospectiva", de responsabilidade do Pesquisador Celso Zilbovicius, sob orientação da Professora Doutora Maria Ercília de Araujo.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 07 de julho de 2006

Prof. Dr. Rogério Nogueira de Oliveira
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO C – Autorização para utilização das informações obtidas nas Oficinas da ABENO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICOwww.abeno.org.br - abeno@abeno.org.br

Fone: (061) 3356 9611

CAMPUS DA UCB – QS 07 – Lote 01 – EPCT – Prédio Ciências da Saúde – Sala S 213
Águas Claras - TAGUATINGA – Distrito Federal – CEP 71966-700

Brasília, 27 de janeiro de 2006.

Ilmo Sr.

Prof. Celso Zilbovicius

Faculdade de Odontologia da USP

São Paulo

Prezado Senhor,

Com o presente informamos que a Diretoria da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), autorizou V.Sa. a utilizar as informações dos materiais gerados durante as Oficinas de Trabalho para Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia (instrumento de diagnóstico e relatórios dos facilitadores), para utilização em seu trabalho de doutorado.

Salientamos que as despesas de cópias do referido material e de envio por correio serão de responsabilidade de V.Sa.

Atenciosamente,

Antonio Cesar Perri de Carvalho
Presidente da ABENO

ANEXO D - Gabarito do instrumento de análise prospectiva utilizado pela ABENO para as oficinas

Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO
Cooperação Técnica OPAS/MS-SGTES/ABENO

Implantação das DCN Odontologia diagnóstico

- EIXO 1: ORIENTAÇÃO TEÓRICA
- EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA
- EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS

EIXO 1: ORIENTAÇÃO TEÓRICA

- *VETOR 1: "PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS"*
- *VETOR 2: "DETERMINANTES DE SAÚDE"*
- *VETOR 3: PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE*

EIXO 1: ORIENTAÇÃO TEÓRICA

VETOR 1: "PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA NECESSIDADES DO SUS"

- **Estágio 1:** Escolas com limitada produção sistemática de investigação, predominando as pesquisas na área cirúrgico-restauradora e de alta tecnologia, com ênfase nas ações curativas.
- **Estágio 2:** Escolas que produzem espectro mais amplo de investigação, incluindo, além do anterior, as investigações clínico-epidemiológicas e baseadas em evidências que possibilitem avaliar criticamente e redirecionar protocolos e intervenções.
- **Estágio 3:** Escolas que, além das investigações no terreno biológico, na área clínico-ambulatorial e de desenvolvimento de tecnologia complexa, desenvolvem pesquisas no campo da atenção básica e da gestão do SUS, contribuindo para que seja possível a tomada de decisões com base em informação relevante e o estabelecimento de melhores práticas.

EIXO 1: ORIENTAÇÃO TEÓRICA

VETOR 2: "DETERMINANTES DE SAÚDE"

- **Estágio 1:** Escolas que valorizam, na orientação da formação, exclusiva ou predominantemente, os aspectos biológicos, voltados ao diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças bucais prevalentes.
- **Estágio 2:** Escolas que buscam criar oportunidades de aprendizagem, tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social, seguindo a orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavell e Clark).
- **Estágio 3:** Escolas que definem as oportunidades de aprendizagem de acordo com a importância dos fatores determinantes da saúde, incluindo as necessidades da atenção básica. Para tanto, desenvolvem uma forte interação com os serviços de saúde, enfocando articuladamente aspectos relativos à promoção, prevenção e cura.

EIXO 1: ORIENTAÇÃO TEÓRICA

VETOR 3: PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

- **Estágio 1:** "Autonomia" completa na definição da oferta de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização e ausência de oferta de pós-graduação na área da atenção básica e da educação permanente aos profissionais da rede SUS.
- **Estágio 2:** Conformação intermediária, em que haja esforços para a oferta de educação permanente relacionada a nosologia prevalente, porém sem que isso interfira no perfil de oferta de mestrados e doutorados, que seguem a lógica dominante.
- **Estágio 3:** A lógica da oferta de oportunidades educacionais de pós-graduação é definida em estreita articulação com os gestores do SUS, havendo revisão dos quantitativos e da qualidade da formação de acordo com as necessidades assistenciais.

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

- ***VETOR 4: ESTRUTURA CURRICULAR***
- ***VETOR 5: MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA***
- ***VETOR 6: ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA***

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

VETOR 4: ESTRUTURA CURRICULAR

- *Estágio 1: Ciclos clínico e básico completamente separados e organizados em disciplinas fragmentadas.*
- *Estágio 2: Existência de disciplinas-atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas mantida a organização por disciplinas e a separação entre conteúdos básicos e clínicos*
- *Estágio 3: Currículo majoritariamente integrado, com os conteúdos organizados em módulos. Os temas são abordados de modo que as áreas básicas funcionem como efetiva base e referência para a busca dos conhecimentos para a solução de problemas.*

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

VETOR 5: MUDANÇA DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

- *Estágio 1: Ensino centrado no professor, realizado por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes e com processos de avaliação baseados em testes e provas.*
- *Estágio 2: Ensino realizado em pequenos grupos de no máximo 15 estudantes, adotando outras estratégias de ensino e processos de avaliação interativos, mas ainda restritos a menos de 20% da carga horária.*
- *Estágio 3: Aprendizagem ativa com orientação tutorial permanente, desenvolvendo-se em múltiplos cenários e utilizando múltiplas fontes de conhecimento, como as bibliotecas, a comunidade, os órgãos de processamento de informações de saúde, etc. Avaliação formativa e somativa de todos os aspectos da formação do estudante: conhecimentos, atitudes e habilidades.*

EIXO 2: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

VETOR 6: ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA

- *Estágio 1: A teoria precede a prática, havendo grande ênfase nas aulas expositivas e alguma prática tanto em laboratórios básicos como em clínicas de ensino. Incipiente definição de necessidades de aprendizagem.*
- *Estágio 2: Embora prevaleça a precedência da teoria sobre a prática, em algumas disciplinas são desenvolvidas atividades práticas centradas nas competências laborais, buscando orientar a formulação da teoria.*
- *Estágio 3: Ensino baseado majoritariamente na resolução de problemas, em grupos pequenos, com ênfase na realidade de saúde, abordada nos serviços e nos espaços comunitários.*

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS

- *VETOR 7: "DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM"*
- *VETOR 8: SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS*
- *VETOR 9: PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS*

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS

VETOR 7: "DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM"

- *Estágio 1: As atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica. Ciclo profissionalizante com práticas realizadas majoritariamente em clínicas de ensino de especialidades*
- *Estágio 2: Atividades extramurais uniprofissionais em unidades do SUS durante os primeiros anos do curso, com a participação de professores da área de saúde coletiva correspondendo a menos de 10% da carga horária. Ciclo profissionalizante majoritariamente baseado em serviço pertencente à instituição de ensino, ou em serviços conveniados cuja administração seja apartada da gestão da rede do SUS.*

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS

VETOR 7: "DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM"

- *Estágio 3: Atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os primeiros anos de graduação, combinam-se as atividades extramurais multiprofissionais com experiências de integração em laboratórios de problematização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em pelo menos 20% da carga horária.*

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS**VETOR 8: SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS ABERTOS AO SUS**

- *Estágio 1: Serviços próprios isolados da rede SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa e redundante.*
- *Estágio 2: Serviços parcialmente abertos ao SUS, mas preservando algum grau de autonomia na definição do perfil de seus pacientes.*
- *Estágio 3: Serviços próprios completamente integrados ao SUS, com desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e de contra-referência com a rede SUS.*

EIXO 3: CENÁRIO DE PRÁTICAS**VETOR 9: PARTICIPAÇÃO DO ESTUDANTE NAS PRÁTICAS**

- *Estágio 1: Predomina a observação de práticas de caráter demonstrativo.*
- *Estágio 2: Participação do estudante em atividades selecionadas (anamnese, exame clínico, procedimentos educativos, procedimentos preventivos, procedimentos curativos, etc.).*
- *Estágio 3: Ampla participação clínica e comunitária do estudante, supervisionada pelos professores de todas as áreas.*

Pontuação	Tipologia	% de avanço
0-10	Tradicional	35
11-15	Inovação incipiente	47
16-20	Inovação parcial	64
21-24	Inovação avançada	84
25-27	Transformação	96