

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde

Eugenio Carlos da Rocha

**Inovação curricular no Curso de Odontologia da
Universidade Federal Fluminense:
considerações e contribuições para um
processo em construção**

**Rio de Janeiro
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde

Eugenio Carlos da Rocha

**Inovação curricular no Curso de Odontologia da
Universidade Federal Fluminense:
considerações e contribuições para um
processo em construção**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde.

Orientadora

Profª. Drª. Victoria Maria Brant Ribeiro

Rio de Janeiro

2007

Rocha, Eugenio Carlos da

Inovação curricular no curso de Odontologia da Universidade Federal Fluminense: considerações e contribuições para um processo em construção / Eugenio Carlos da Rocha. – Rio de Janeiro: UFRJ / NUTES, 2007. ix, 104 f. : il. ; 31 cm.

Orientadora: Victoria Maria Brant Ribeiro

Dissertação (mestrado) – UFRJ/NUTES, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, 2007.

Referências bibliográficas: f. 109-112

1. Odontologia. 2. Currículo. 3. Educação em Odontologia - legislação & jurisprudência. 4. Educação em Odontologia - tendências. 5. Universidade Federal Fluminense. 6. Currículo e Ensino -Tese. I. Ribeiro, Victoria Brant. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, NUTES, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde. III Título.

Eugenio Carlos da Rocha

Inovação curricular no Curso de Odontologia da Universidade Federal Fluminense: considerações e contribuições para um processo em construção

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora no Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2007.

Aprovada por:

Presidente, Prof^a. Victoria Maria Brant Ribeiro, Doutora em Educação – UFRJ

Prof^a. Isabel Cristina Matuck, Doutora em Odontologia - UFF

Prof^a. Vera Helena Ferraz de Siqueira, Doutora em Educação – Columbia University

Rio de Janeiro
2007

Dedico esta dissertação a Deus,
que nunca me desamparou, mesmo
sendo eu um fiel inconstante,

aos meus pais que, mesmo não
sendo letrados no rigor da educação formal,
incentivaram-me na jornada
que me trouxe até aqui

e

à minha irmã, Maria Lucia, que sempre foi referência
e incentivo em minha vida e que, certamente,
de onde está, compartilha comigo a alegria desta conquista.

Agradecimentos

À minha família, que apesar dos pequenos conflitos internos, normais em outros núcleos familiares, representa meu aconchego e porto seguro no qual sempre encontro amparo e apoio em qualquer situação de vida.

À minha orientadora, Victoria Brant, pelo carinho, paciência e dedicação não apenas nos momentos de orientação, mas também nos exemplos de vida que, para além das questões específicas de meus estudos neste mestrado, me municiaram de valores que serão referência por toda minha vida.

Aos colegas de turma, pelo apoio e incentivo no compartilhar as experiências de ansiedade ante fracassos e êxitos, assim como pelos poucos mas significativos momentos de lazer e descontração.

À equipe do LCE, técnicos e alunos, pelos vários apoios e incentivos recebidos.

Aos professores Henrique Oliveira e Denize Mandarino, Coordenadores do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal Fluminense, pelo apoio e boa vontade na cessão de informações e documentos que alicerçaram este trabalho.

A educação existe no imaginário das pessoas e na ideologia dos grupos sociais e, ali, sempre se diz para fora, que a sua missão é transformar sujeitos e mundos em alguma coisa melhor, de acordo com as imagens que se tem de uns e outros: “... e deles faremos homens”. Mas, na prática, a mesma educação que ensina pode deseducar, e pode correr o risco de fazer o contrário do que pensa que faz, ou do que inventa que pode fazer: “... eles eram, portanto, totalmente inúteis”.

Carlos Rodrigues Brandão

RESUMO

ROCHA, Eugenio Carlos da. Inovação curricular no Curso de Odontologia da Universidade Federal Fluminense: considerações e contribuições para um processo em construção. Rio de Janeiro, 2007, Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Apresenta-se um estudo conceitual no campo da educação e uma análise do currículo atual da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense. O estudo tem por objetivo contribuir para a discussão da reforma curricular desta Faculdade, abordando os conceitos de reforma, inovação, resistência e adesão por meio de revisão bibliográfica. Analisa as concepções dos estudantes sobre o processo de reforma curricular e as disciplinas que compõem o currículo vigente e que mais se aproximam das Diretrizes Curriculares Nacionais propostas para os cursos de graduação em Odontologia.

Palavras-chave: CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA; FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA; INOVAÇÃO CURRICULAR; EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ABSTRACT

ROCHA, Eugenio Carlos da. Inovação curricular no Curso de Odontologia da Universidade Federal Fluminense: considerações e contribuições para um processo em construção. Rio de Janeiro, 2007, Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

This research presents a conceptual study in the field of education as well as an

1 A Odontologia no Brasil - atuação e formação profissional	15
1.1. Atuação profissional em Odontologia no Brasil: identificando mudanças	18
1.2. Crise na Odontologia de natureza liberal	23
1.3. Formação profissional em Odontologia – uma questão de saúde	26
1.4. Mudando a Concepção no Ensino em Odontologia	33
1.5. Uma experiência de implantação das DCN em curso de Graduação em Odontologia	39
2 Reforma/Inovação/resistência/adesão - conceitos de mudança	42
2.1. Reforma e inovação – os controversos conceitos no campo da educação em saúde	42
2.2. Resistência - vencendo a hegemonia paradigmática	52
2.3. Adesão – superando desafios	57
3 Análise dos currículos da FOUFF: o vigente e o futuro	59
3.1. O currículo vigente	64
3.1.1. O estágio supervisionado	65
▪ Com a palavra, os estudantes	66
3.1.2. Disciplina Odontologia Social e Preventiva VI	70
▪ Com a palavra, os estudantes	70
3.1.3. Disciplina Clínica Integrada	73
▪ Com a palavra, os estudantes	75
3.2. O novo currículo da FOUFF	78
3.2.1. Histórico da reforma curricular da FOUFF	78
3.2.2. Novas disciplinas em um novo currículo	85
4 Contribuições para o processo de inovação curricular na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – FOUFF	90
4.1. Teorias do currículo: panorama das inovações	98
4.2. Introdução de conteúdos sociológicos. Valorização de aspectos humanizadores	101
4.3. Uma nova escola em um mundo globalizado: introdução crítica de novas tecnologias da informação e comunicação	
Considerações finais	106
Referências	109

Introdução

“O plano do trabalho”

Em um panorama geral de reformas no sistema educacional brasileiro, incluíram-se importantes iniciativas para formar profissionais da área da saúde com perfil voltado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, em 2002 foram homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Odontologia (BRASIL, 2002).

Os eventos científicos mais próximos do campo da educação em saúde, tais como os de saúde coletiva, de ciências sociais e saúde, de associações de ensino na área da saúde, vêm progressivamente abrindo espaço para a discussão de intenções e experiências de mudança dos currículos. Se analisados os Anais destes eventos, pode-se comprovar a grande quantidade de escolas que iniciaram suas reformas, com base nas DCN. Se elencadas as políticas públicas que propõem alavancar a formação ajustada às necessidades de saúde da população, verifica-se um conjunto de medidas com pretensões de impulsionar as mudanças curriculares.

No entanto, corre em paralelo uma intensa resistência a essas mudanças propostas pelas DCN por diferentes razões, as quais são tratadas neste trabalho e aqui vão sumarizadas.

Desde a Reforma Sanitária, consolidada em 1990 por meio da Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), diversos grupos vêm se mobilizando para alterar conteúdos e métodos dos cursos da área da saúde, em virtude da sua obsolescência e da inadequada abordagem que, historicamente, esses cursos vêm adotando. O predomínio da ênfase

nos níveis de atenção secundária e terciária, o modelo centrado no hospital, a célebre separação entre ciclos básico e clínico, entre outras, são, sem dúvida, uma espécie de contramão na estrada das necessidades da maior parte da população brasileira, no que diz respeito ao atendimento à saúde.

Paralelamente, o acelerado desenvolvimento científico-tecnológico vem sinalizando a defasagem do modelo escolar centrado na transmissão de um conhecimento cada vez mais renovável, especializado, crescente e apontando a urgência de inovações, o que levou, em 1996, à promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional - Lei nº 9394/96 – (BRASIL, 1996) que, por sua vez, desencadeou o movimento das DCN.

Esse é o cenário no qual concebe-se este trabalho: de um lado, nova orientação do sistema educacional como um todo; de outro, nova orientação para formar profissionais da saúde, decorrente do vácuo entre necessidades do sistema de saúde e o modelo quase centenário de conformação dos currículos na área da saúde, como concebido a partir do Relatório Flexner, em 1910 (WHO, 2002).

Aliando esse cenário à minha prática em atividades odontológicas na Universidade Federal Fluminense escolhi analisar o movimento de reforma curricular do curso de graduação em Odontologia desta universidade, escolha esta justificada pelo fato de que se trata de universidade pública, com história de vanguarda na implantação de reformas curriculares nas profissões da saúde e localização em Unidade da Federação também vanguardista na criação de equipes de saúde da família e comunidade. Cabe ressaltar

que este último fato foi determinante da escolha, na medida em que, por suposto, a reforma pretendida deveria ter adesão incontínente, dado o cenário favorável e próximo às principais orientações das DCN: ênfase na atenção primária à saúde e diversificação dos espaços de prática.

Nesse sentido, e entre os pólos “adesão” e “resistência”, algumas questões preliminares surgiram para orientar o estudo, entre as quais destacam-se: a idéia de que no meio acadêmico, a Odontologia apresente-se como uma ciência predominantemente técnica, dissociada de seu papel social como ciência da saúde; a conseqüente formação de egressos que valorizam uma atuação curativa, centrada na doença, em detrimento de ações de prevenção e promoção da saúde; a suspeita sobre o desconhecimento e/ou pouca adesão, por parte do corpo docente, aos processos de reforma/ inovação curricular que vêm ocorrendo no cenário das ciências da saúde no Brasil; a crença na contribuição para o processo de mudança curricular que os sujeitos envolvidos podem apresentar.

Entre as questões de estudo e a realização do trabalho, alguns obstáculos surgiram, sendo o mais decisivo para alterar o rumo da dissertação o fato da não implantação do novo currículo dentro do cronograma inicialmente planejado - primeiro semestre de 2006 - o que dificultou a coleta de material, o acompanhamento das inovações e a possibilidade de avaliar o impacto das mudanças.

Diante disso, e sem abrir mão de todo processo de mobilização para implantar as DCN, ocorrido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense (FOUFF),

orientei o trabalho para outros objetivos, pretendendo contribuir para a discussão sobre o significado e o sentido de inovar currículos, de aderir e/ou resistir ao processo de mudança.

Seguindo este objetivo maior, pretendeu-se apresentar e discutir a fundamentação teórica de temas ligados às ciências sociais e à educação, de modo a contemplar assuntos que fazem parte de todo processo de reforma curricular, tais como: teorias do currículo, integração curricular, diversificação de cenários de prática, introdução de conteúdos sociológicos, valorização de aspectos humanizadores, introdução crítica de novas tecnologias da informação e comunicação, inovação curricular, adesão e resistência e outros temas conexos. Almeja-se, assim, uma aproximação entre os docentes – em sua grande maioria formados sob currículos tradicionais, dentro de um padrão tecnicista - e as ciências sociais, particularmente o campo da educação em saúde, colaborando para uma familiarização de termos que possam alicerçar a reflexão sobre o saber e o ensinar no campo odontológico, ou mais precisamente sobre as práticas educativas.

Compreendem-se aqui as práticas educativas para além de seu escopo técnico/pedagógico, constituindo-se em práticas sociais que, por exercerem forte influência nos processos de formação profissional, merecem ser analisadas. Os desafios impostos aos docentes em saúde requerem novos desenhos curriculares integralizadores, orientados para a comunidade, introduzindo propostas de uma metodologia problematizadora, as novas tecnologias de informação e comunicação de um ponto de vista crítico e transformações na avaliação.

Considerando o impedimento de analisar as práticas educativas, na medida em que ainda estão por acontecer, o trabalho que a seguir se apresenta reveste-se da característica de contribuição para aqueles que, como atores fundamentais do processo de reforma curricular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, pretendem levar a cabo esta complexa tarefa.

1 A Odontologia no Brasil - atuação e formação profissional

No cenário odontológico, tanto profissional quanto acadêmico, um certo preconceito com o dentista atuante apenas em saúde pública - essencialmente na atenção básica - de alguma forma, sempre se apresentou como uma realidade predominante que apenas recentemente tem sido questionada e modificada. Desta forma, a atuação em postos e hospitais públicos representava, até há pouco tempo, apenas um complemento da remuneração que provinha, essencialmente, da atuação profissional privada, sempre mais valorizada e priorizada. O prof. Mário M. Chaves, renomado cientista da área da Odontologia, há muito já comentava sobre o conflito na atuação pública do cirurgião dentista usando como exemplo o dentista sanitarista: *A que mestre servir quando os interesses de um programa de saúde pública colidem com os da profissão de origem?* Pontuando que este era um problema que atingia outras profissões da área da saúde, conclui afirmando que, naquele dado momento histórico, considerado por ele ainda incipiente (...) *de desenvolvimento e estruturação da carreira sanitária, seria prematuro o corte do cordão umbilical que prende os sanitaristas às suas profissões de origem* (Chaves, 1986: 17 e 18). Havia notadamente naquela ocasião, a percepção de uma clara dicotomia entre atuação pública e privada nas ciências da saúde, em particular na Odontologia, parecendo ser uma excludente em face da outra. Atuar profissionalmente em programas de saúde pública era como atuar em outra profissão, diferente daquela na qual se formou. De fato, a formação profissional em Odontologia sempre se pautou primordialmente pela atuação autônoma, de caráter privado, voltada para um mercado liberal e apenas muito recentemente têm acontecido mudanças neste cenário, ainda assim muito incipientes.

Perri de Carvalho (1995) comenta que na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1980, pela primeira vez foi analisada a participação da Odontologia em programas de saúde pública de âmbito nacional, concluindo-se que o modelo assistencial era ineficaz, mal distribuído, com enfoque eminentemente curativo, caráter mercantilista e monopolista com evidente despreparo na formação de recursos humanos.

Este cenário, em visível descompasso com as demandas por saúde bucal no Brasil, é corroborado por outras pesquisas efetuadas neste campo. Pinto (1993) informa que no ano de 1989, 71% do tempo de atuação profissional em Odontologia foi dedicado ao trabalho em estabelecimentos de caráter privado, pontuando uma baixa resolutividade dos problemas de saúde bucal da maioria da população, principalmente em função dos altos custos dos tratamentos, o que dificulta o acesso a estes serviços. Ainda segundo este autor, neste mesmo ano estima-se terem sido gastos 2,4 bilhões de dólares com saúde bucal em todo o país, sendo que apenas 30% deste montante corresponderam aos investimentos em instituições públicas.

Narvai (1994), após analisar o período compreendido entre 1952 e 1994, conclui ser a Odontologia de Mercado a prática hegemônica no Brasil, influenciando diretamente não apenas a atuação, como também a formação odontológica.

Garrafa (1993: 51), analisando a prática da assistência odontológica no Brasil no início da década de 1990, conclui ser esta:

...tecnicamente elogiável (pelo nível da qualidade e satisfação inegavelmente alcançados nas diversas especialidades), cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência para expandir esta qualidade para a maioria da

população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social ante as iniciativas e programas públicos e coletivos implementados).

De fato, a formação profissional em Odontologia no Brasil, há muito anda descolada de nossa realidade sócio-econômica. O resultado deste desencontro manifesta-se nos tristes números epidemiológicos que apontam o Brasil como o “país dos desdentados”. Segundo dados do relatório “Saúde Bucal Brasil” - SB Brasil – (BRASIL, 2004), cerca de 8 milhões de brasileiros acima de 30 anos são completamente edentados. Paradoxalmente, o país, que em 1991 tinha 83 cursos de Odontologia, passou para 174 cursos em 2004 (CFO, 2006). Entretanto, o aumento do número de escolas e, conseqüentemente, de Cirurgiões Dentistas formados, não são considerados suficientes para a reversão deste quadro, essencialmente quando se leva em conta a distribuição regional destes profissionais. Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO), atualmente existem 209.397 Cirurgiões Dentistas cadastrados nos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) em todo o Brasil. A maioria destes profissionais atua em zonas urbanas-96,9%, concentrando-se principalmente na região Sudeste-60,6% (CFO, 2003).

Diante destas conclusões, é possível confirmar a ineficiência e o caráter elitista e privado da atuação e formação profissional, dominantes no panorama da Odontologia no Brasil, ainda prevalentes em pleno início do século XXI.

1.1 Atuação profissional em Odontologia no Brasil: identificando mudanças

Com base em alguns resultados de investigações recentes, inclusive um estudo interministerial - Ministério da Saúde e Ministério da Educação - recentemente concluído (Haddad et al, 2006), analisando a trajetória dos cursos de graduação na área da saúde, podemos inferir que existe uma perspectiva de mudanças no panorama de conflito entre atuação pública e privada. Este estudo reuniu dados dos diversos cursos de graduação na área da saúde no Brasil, abrangendo o período de 1991 a 2004, com a finalidade de realizar um planejamento estratégico no sentido de orientar as políticas de formação e capacitação na área da saúde. Um dos resultados do estudo apresenta um perfil socioeconômico dos estudantes da área da saúde. Estes dados, entre outras fontes, foram retirados também do questionário socioeconômico do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes-ENADE/2004.

Os acadêmicos e profissionais de Odontologia têm sido identificados com um perfil socioeconômico elitista, pertencentes predominantemente às classes A e B (Carvalho, D.R. de et al, 1997). Corroborando esta informação, segundo dados levantados em pesquisa divulgada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2003), encomendada por diversas entidades representativas da profissão no Brasil, 27,4% dos cirurgiões dentistas pertencem à classe A e 50,2% à classe B.

Os resultados do estudo de Haddad et al (2006) indicam que nos cursos de Odontologia, apesar da confirmação de um perfil socioeconômico ainda bastante diferenciado e elevado em relação à população em geral, observa-se uma mudança

nos objetivos profissionais dos concluintes do curso, não mais prevalecendo a atuação em nível privado como objetivo único e primordial, o que seria mais naturalmente esperado. Enquanto em 1998, 52,4% dos egressos gostariam de montar imediatamente um consultório e 42,3% pensavam em primeiro procurar um emprego, em 2003 o número dos que priorizavam a busca por emprego cresceu para 70,7%, enquanto apenas 20,5% responderam que a montagem do consultório era a prioridade.

Nesta mesma linha de pesquisa, Carvalho (1997), após analisar as motivações e expectativas de formandos de três faculdades de Odontologia da cidade de São Paulo (Unip, Unisa e USP), concluiu que entre as expectativas para o início de atividades, destacavam-se o trabalho como assalariado e a continuidade dos estudos.

Outro indício de mudanças que têm influenciado o perfil dos egressos dos cursos de graduação em Odontologia é apontado por Perri de Carvalho (1996), ao avaliar que apesar das polêmicas, tem havido progresso na inserção de preocupações humanistas, preventivas e educativas no ensino e na prática da Odontologia.

Guterman (2005), após pesquisar um grupo de cirurgiões dentistas atuantes em saúde pública, concluiu que as representações sociais deste grupo tendem para a prevenção e educação em saúde, embora observando que este processo ainda se desenvolva dentro de um paradigma de atenção individual e com enfoque curativo.

Kruger (2003) ressalta a atuação da Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV) que, desde sua fundação em 1981, tem contribuído para a implantação de

uma Odontologia promotora e mantenedora da saúde bucal no Brasil, apresentando muitos avanços neste sentido.

Na análise desta fase de transição, na qual identificam-se algumas incipientes mudanças na formação/atuação odontológica, devemos levar em conta o conjunto de políticas recentes para o fortalecimento do *Sistema Único de Saúde (SUS)*, cuja criação representa um marco na nossa história de lutas pela conquista de uma cidadania plena.

De fato, na Constituição de 1988 foi legalmente consolidado o modelo de atenção em saúde que, se aplicado em sua plenitude, representa a coroação de todo um movimento de Reforma Sanitária, com participação ativa de vários segmentos da sociedade civil organizada. A criação do *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)* em 1991 e a estratégia *Saúde da Família* em 1994 exemplificam tentativas concretas e, por que não dizer, relativamente bem sucedidas de reestruturação da atenção primária do sistema de saúde, priorizando ações de promoção e proteção à saúde, não só do indivíduo, mas também da família e, conseqüentemente, da comunidade (UFF, 2006).

Um dos vetores do SUS passa pela ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, expresso no Artigo 6º da Lei 8.080 de 19/09/1990 (BRASIL, 1990) determinando uma interação entre serviço e formação que, na prática, não vem acontecendo na medida necessária para que ocorra um real intercâmbio de saberes, o que seria objetivo e finalidade, colaborando assim para o desencadeamento de

processos de inovação nos cursos da área da saúde, construídos com base em experiências concretas, vividas no cotidiano da atuação profissional.

A emergência de novas profissões ou a implementação de mudanças/inovações dentro das profissões tradicionais são iniciadas e promovidas por diversos fatores, como: avanço do conhecimento, progresso tecnológico, mercado, estrutura de serviços, políticas públicas, agenda social e perfil de demandas. Dentre estes fatores, as atuais políticas públicas de governo implementadas na área da saúde, apesar de ainda insuficientes, têm sido as grandes responsáveis pelo aumento da oferta de empregos no setor público alterando assim o panorama do mercado de trabalho para os cirurgiões dentistas brasileiros. Iniciativas tais como a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no *Programa de Saúde da Família*, a criação da Política Nacional de Saúde Bucal e da política conhecida como *Brasil Sorridente* (BS) têm contribuído para ampliar a capacidade de absorção de profissionais da saúde, particularmente os cirurgiões dentistas, apesar de, em contrapartida, nos últimos anos, o aumento do número de instituições formadoras tenha alavancado o número de profissionais em uma proporção superior ao crescimento da própria população brasileira, no mesmo período.

Os investimentos governamentais em saúde bucal cresceram substancialmente e, hoje, a Política Nacional de Saúde Bucal vem ampliando a cobertura de ações na perspectiva da integralidade do cuidado.

Dados divulgados pelo portal do Governo Federal (Brasil, 2006) por meio do boletim *Em questão* (nº 421 de 10.04.2006) informam que a partir de 2002 até a publicação deste boletim, houve um acréscimo superior a 200% no número de ESB integradas à

Estratégia de Saúde da Família. Este acréscimo representa o equivalente a 8.875 equipes, totalizando 13.136 ESB atuando em 3.995 municípios. Com a implantação da política *Brasil Sorridente*, em março de 2004, ampliou-se a cobertura de atendimento que foi estimada em mais de 65 milhões de cidadãos brasileiros. O Governo Federal aumentou, também, o valor dos incentivos financeiros repassados para as ESB, num total de 65% de acréscimo. A partir do lançamento do *Brasil Sorridente*, as medidas de governo para a saúde bucal não mais se limitaram apenas ao repasse de verbas aos municípios com ESB incorporadas à estratégia de Saúde da Família. As equipes também passaram a receber diretamente equipamentos odontológicos para implantar novos consultórios, num total de 1.271 unidades.¹

Após décadas priorizando investimentos na prevenção e controle da cárie na população infantil, o *Brasil Sorridente* também veio lançar luzes sobre um problema que vinha se agravando: a precariedade da saúde bucal das populações adultas no Brasil, faixa etária na qual se encontram altíssimos índices de edentulismo, consequência de muitos anos de descaso com as políticas públicas de saúde bucal no país. No sentido de solucionar este problema, além de atuar na atenção básica por meio do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, promovendo a inclusão das ESB, houve também a necessidade da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Este fato possibilitou um aumento nas ações de nível secundário, como o atendimento especializado em endodontia,

¹ A Política Nacional de Saúde Bucal, por meio do *Brasil Sorridente*, apresenta ainda outra linha de atuação preventiva que procura garantir a fluoretação da água em 100% dos municípios com sistema de abastecimento. Atualmente, 60% das cidades têm este serviço (MS, 2006).

periodontia e prótese, especialidades odontológicas voltadas principalmente para a população adulta, porém, não se limitando a esta faixa etária. Desta forma, foram implantados 351 Centros de Especialidades Odontológicas, beneficiando um total de 280 municípios.

1.2 Crise na Odontologia de natureza liberal

No momento atual, a Odontologia de natureza exclusivamente liberal e privada, encontra-se em situação crítica, sujeita às constantes oscilações da oferta de emprego, num mercado altamente competitivo, em uma realidade socioeconômica bastante desigual e injusta. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2003), retirados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativamente, apenas o contingente populacional brasileiro com renda familiar acima de 10 salários mínimos poderia sustentar o custo da atenção odontológica privada de forma regular. O total da população no ano de 2003 foi estimado em 175.495.212 habitantes, dos quais apenas 19.378.733 se enquadravam nesta faixa salarial. Mesmo entre estes habitantes de renda superior a dez salários mínimos, somente 12.499.012 consultaram um Cirurgião Dentista durante o período de um ano anterior à época da pesquisa.

Os altos custos dos tratamentos odontológicos ocorrem em função da grande dependência de aparatos tecnológicos, além dos sofisticados insumos utilizados. Este fator é apontado por Perri de Carvalho (1995) como preponderante na dificuldade de

acesso da maioria da população a estes serviços e, conseqüentemente, na expansão do mercado de trabalho.

Outros dados que apontam fortes indícios de crise na Odontologia de mercado, constam da pesquisa realizada em 2003, divulgada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2003), já citada neste estudo, na qual foram constatados alguns aspectos relativos ao atual perfil dos dentistas brasileiros, apontando um predomínio de profissionais jovens (45,5% na faixa etária até 30 anos), sendo que a maioria tem a autopercepção de que ainda são profissionais liberais autônomos. Entretanto, esta mesma pesquisa aponta uma realidade mais característica das classes trabalhadoras assalariadas, na qual mais de 40% destes profissionais declaram exercer uma jornada de trabalho igual ou superior a 44 horas semanais, 37% admitem possuir mais de um vínculo empregatício e mais de 48% admitem uma renda familiar mensal máxima de 10 salários mínimos (Moysés, 2004).

A mesma pesquisa do CFO aponta outro fenômeno denominado “assalariamento indireto”, mostrando uma grande dependência dos cirurgiões dentistas aos credenciamentos em planos de saúde odontológicos. Estes convênios têm sido quase fundamentais na geração de receita nos consultórios privados. De fato, segundo dados do Sistema Nacional de Odontologia de Grupo (SINOG, 2007), órgão credenciado junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Ministério da Saúde, cerca de 90.000 (noventa mil) Cirurgiões Dentistas são associados a alguma empresa deste ramo de atividades no Brasil.

Identifica-se aqui um impasse: a formação profissional em Odontologia vinha sendo, predominantemente, voltada para um mercado de trabalho (iniciativa privada) que se encontra, por assim dizer, às margens da exaustão, sendo que as mudanças que se anunciam ainda aparecem de forma muito incipiente. Para além das questões pertinentes ao mercado de trabalho, existe uma questão maior, de cunho social amplo, representada pelo descompasso entre políticas públicas de saúde e a realidade de formação de profissionais sob currículos tradicionais, estanques, tecnicistas, biologicistas, com enfoque equivocado na doença, priorizando práticas curativas.

O caminho apontado para a solução deste problema passa, necessariamente, por uma intervenção na formação dos cirurgiões dentistas brasileiros, objetivando uma maior interação com a realidade social do país, contextualizando a formação e, conseqüentemente, a atuação destes profissionais de saúde, redirecionando esta formação para ações mais presentes em âmbito da saúde pública, essencialmente no Sistema Único de Saúde-SUS. Realmente, além de ser uma reorientação mais justa, em se tratando do compromisso social que deve acompanhar a profissão de cirurgião dentista, o crescimento da tendência de abertura de vagas para atuação no sistema público de saúde é uma realidade.

Por outro lado, as políticas públicas nos campos da Educação e da Saúde têm valorizado a junção das questões pertinentes a estes domínios do conhecimento, lançando perspectivas neste terreno incipiente, porém com promessas de uma profícua fertilidade. E, neste contexto, iniciativas de investigação de processos de reformas/ inovações curriculares, têm sido incentivadas nos últimos anos como

estratégia para a implantação das DCN, nos diversos cursos da área da saúde no Brasil.

Os Ministérios da Educação e da Saúde vem buscando se articular para, em conjunto, estabelecer estratégias visando transformações nos processos formativos e de práticas profissionais em saúde, objetivando um impacto positivo na realidade da saúde dos cidadãos brasileiros².

Fica evidente uma necessária mudança no perfil do cirurgião dentista brasileiro para atuação neste cenário em visível transformação. Estas mudanças, entretanto, são caracterizadas por seu aspecto polêmico, conflituoso, instigando os que se mobilizam nesse sentido.

1.3 Formação profissional em Odontologia – uma questão de saúde

É, indiscutivelmente, muito importante a formação de profissionais capazes de utilizar as mais recentes tecnologias em prol da excelência nos procedimentos odontológicos e visando um atendimento de qualidade às necessidades de saúde da população em geral. Entretanto, é também estritamente necessário que se enfatize nesta formação a visão da ciência odontológica sob o prisma da questão da saúde, de uma forma mais

² São exemplos de programas que caracterizam as políticas públicas na educação em saúde: PROMED MEC/MS, 2002; VER-SUS/BRASIL- MS, 2003; AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde, agosto/2004; PRO-Saúde – Programa Nacional de Re-orientação da formação em saúde, SGTES/MS, 2005.

ampla, dentro do contexto das ciências sociais. Não se podem minimizar os aspectos sociais, econômicos, culturais e éticos envolvidos, importantes na concepção de uma Odontologia integral e mais humanizadora que contribua efetivamente para a (...) *transformação da realidade em benefício da sociedade* (DCN, Artigo 3º).

Segundo Perri de Carvalho e Kriger (2006), a história do ensino odontológico - no Brasil em particular, mas também na América Latina em geral – pode ser caracterizada por três fases de desenvolvimento: a artesanal, a acadêmica e a humanística. Na fase artesanal a preocupação era eminentemente estética e prevaleceu nos primórdios da implantação profissional da Odontologia, desenvolvendo-se de forma empírica nos primeiros centros formadores. Já a fase acadêmica caracteriza-se pela valorização das ciências biológicas e pelo tecnicismo, iniciando-se aí a implantação formal das primeiras faculdades de Odontologia. Apenas recentemente, no final do século XX, começaram os esforços para introduzir conteúdos humanísticos nos currículos formadores de profissionais de Odontologia.

No Brasil, a instalação do primeiro curso de Odontologia ocorreu em 1884, nas cidades de São Salvador e do Rio de Janeiro. O modelo americano influenciou fortemente as primeiras escolas brasileiras, criadas dentro de uma concepção voltada para a técnica.

A regulamentação da profissão veio ocorrer por meio da Lei nº 1.314, de 17/01/1951, que estabelecia permissão ao exercício da profissão apenas aos que se achassem habilitados por titulação obtida em escola de Odontologia oficial. A exigência de registro do diploma na Diretoria de Ensino Superior e a anotação no Serviço Nacional de

Fiscalização da Medicina, na repartição estadual competente, ocorreu por meio da Lei nº 5.081, de 24/08/1966.

Os currículos tradicionais, ainda predominantes na maioria dos centros formadores, ao enfatizarem apenas a excelência nos aspectos técnicos e biológicos da profissão, acabam por formar profissionais precocemente especializados, voltados para a atuação quase exclusiva em ações curativas, quando, na verdade, há alguns anos já se delineia uma orientação para formar um perfil preventivo, promotor de saúde, mais próximo da realidade social brasileira e suas demandas. De fato, na Resolução nº 4, de 3/9/1982, o então Conselho Federal de Educação já estabelecia o conteúdo mínimo dos cursos de graduação em Odontologia introduzindo disciplinas da área das ciências sociais, como psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica.

Entretanto, as disciplinas nos currículos tradicionais são organizadas por meio de “grades curriculares”, verdadeiras prisões em que impera a rigidez na fixação de conteúdos disciplinares especializados e limitados a uma determinada carga horária, fato este que diminui a liberdade das instituições educadoras na organização das atividades de ensino.

Maranhão (2003) ressalta que dentro deste modelo pouco flexível, dificulta-se também a participação do aluno como elemento ativo de seu processo educativo, contrapondo-se às teorias educacionais progressistas, que valorizam o papel do estudante enquanto sujeito participante na construção de novos conhecimentos e saberes. Ceccim e Feuerwerker (2004) comentam:

A perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes, ignorando a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens e acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade.

No sentido de implementar as mudanças

de ação, com vistas à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (Perri de Carvalho e Kriger, 2006).

Sabe-se que a concepção na formação médico-odontológica, na qual a doença é reduzida à sua dimensão biológica apenas, têm suas raízes nos relatórios Flexner e Gies, publicados nos Estados Unidos da América, respectivamente em 1910 e 1926 (WHO, 2002). Apresentando o diagnóstico da formação dos estudantes de Medicina e Odontologia naquele país, estes relatórios constituíram-se nas bases para a normalização do ensino médico-odontológico e têm ampliado sua influência até hoje, consolidando a hegemonia hospitalocêntrica na elaboração de currículos na área da saúde. Com base nestes relatórios, a diretriz para a formação prioriza práticas de diagnóstico e terapêutica centradas no ambiente hospitalar, no corpo humano, concebendo-o como uma máquina que pode apresentar disfunção em um ou mais de seus componentes. Desta forma, exclui-se a visão do contexto integral da existência humana, consolidando um modelo mecanicista, biologicista, de assistência individual, valorização da especialização precoce, tecnificação do ato médico/odontológico e ênfase em Medicina/Odontologia curativa (Donoff, 2002; Dougherty, 2003; Brown e Meskin, 2003).

Esse modelo contrapõe-se à orientação das DCN, as quais enfatizam a saúde e não a doença, assim como a busca da integralidade na atenção à saúde, entre outros aspectos que rompem a visão tradicional e técnica predominante na Odontologia.

Romper a distância entre o atual ensino odontológico, embasado no paradigma flexneriano/giesiano e a universalização dos serviços de saúde bucal, exige, portanto, toda uma reformulação nas concepções de ensino, assim como uma maior atenção à sua dimensão pedagógica, apontando estratégias de ensino-aprendizagem que possam orientar uma nova postura profissional, frente aos desafios do novo modelo social e respectivas demandas.

Como já pontuado acima, existe a premência na formação de sujeitos que desenvolvam, além do domínio técnico, competências quanto às dimensões ética, política, econômica, cultural e social do seu trabalho. A autonomia intelectual também deve ser incentivada, buscando-se a formação de um profissional consciente de que seu desenvolvimento não termina com a concessão de um certificado ou diploma, mas implica em um constante processo de atualização. Esta concepção somente será atingida quando relevantes aspectos na construção curricular forem contemplados, extrapolando-se as barreiras das disciplinas apresentadas de forma isolada e estanque. Os conceitos de *multidisciplinaridade*, *interdisciplinaridade* e *transdisciplinaridade* são, nesse sentido, conceitos que se agregam a esta questão, designando diferentes posicionamentos ligados ao conceito de disciplina.

Ao tratarmos deste assunto cabe, inicialmente, abordar o termo “complexidade”, que vem modernamente ganhando significado diferenciado daquele que usualmente se apresenta. De fato, quando popularmente alguém se refere a algo complexo, normalmente o faz no sentido de algum fenômeno que não tem uma solução simples, pontual, conclusa. O termo “complexo” na linguagem usual, não acadêmica, parece nos

dar isenção de fornecer maiores explicações: a situação é complexa, o problema é complexo, a solução é complexa, portanto... A impressão que fica é a de caos, de algo que não tem como ser organizado e então classifica-se como “complexo”. Na verdade, em sua etimologia este termo deriva de *plexus*, tecido entrelaçado, conjugado. A complexidade do mundo atual nos leva a termos que setorializam o universo de vivências humanas, levando-nos a falar, por exemplo, em mundo do trabalho, mundo das artes, mundo das ciências etc. quando na realidade existe apenas um mundo que é composto pelos diversos “mundos” que estão entrelaçados em uma trama na qual não se perdem suas peculiaridades, e cada um ajuda a compor o todo (Chaves, 2002)⁴.

O conceito de *transdisciplinaridade* representa academicamente o que a *complexidade* representa para o mundo das vivências humanas. De fato, o mundo das ciências é o mundo das disciplinas, sendo que o avanço das ciências exige uma convivência cada vez maior entre as diversas disciplinas, em graus diferentes de inter-relação, desde uma simples associação paralela, que seria representada pela *multidisciplinaridade*, até a interseção efetiva entre elas, representada pela *interdisciplinaridade*. A *transdisciplinaridade* seria uma conjunção complexa na qual as disciplinas não deixam de existir, mantêm suas peculiaridades, porém se apresentam de forma tal que não se distinguem seus limites, pois estão intrinsecamente imbricadas. O importante é o todo que se pretende representar. Esta concepção de *transdisciplinaridade* seria a mais

⁴ A clássica noção de complexidade, compreendida como contrária à simplificação, é bem explorada por Ardoino (2001), na importante Jornada Temática promovida por Edgard Morin sobre a Religação dos Saberes. Segundo o autor, complexo como sinônimo de complicado é uma noção clássica que ainda persiste; hoje, no entanto, a noção se enriquece com emprego em campos científicos, como a matemática, a química entre outros. Trata-se não mais de entrelaçar analítica e linearmente conhecimentos, e sim de fazer realçar a heterogeneidade e o elo entre conhecimentos plurais, distintos, organizados e especificados, arrumados diferentemente e, por consequência, providos de significações novas, especialmente graças ao jogo entre elos interativos.

desejável na construção curricular, porém ainda longe de ser alcançada, na medida em que a organização curricular da maioria dos cursos de graduação encontra-se enraizada na concepção disciplinar, no seu clássico sentido, ou seja, firmada no princípio da separação, da especialização.

Mesmo compreendendo esta limitação, concordamos com Fontes (1999: 154) que indica:

(...) Para implementar a transdisciplinaridade como recurso metodológico para a melhoria da qualidade do ensino, é necessário aprofundar os potenciais e expandir as fronteiras que permeiam as experiências interdisciplinares em curso. Porém, será preciso antes reconhecer a natureza da morfogênese do conhecimento no interior das diferentes culturas a fim de dar o basta ao primado do objetivismo científico, sem negar sua importância histórica para o desenvolvimento humano.

Ressaltamos, portanto, a importância de tratar desta questão metodológica na formação profissional em Odontologia, na medida em que esta área, como tantas outras, envolve mudança de concepção de mundo, de visão de sociedade, em um contexto de rápidas mudanças paradigmáticas, para a qual voltamos a atenção se quisermos um profissional com competência para lidar com a saúde humana.

1. 4 Mudando a Concepção no Ensino em Odontologia

Após muitos anos de lutas, reflexões, impasses e experiências (bem ou mal sucedidas), encampadas por um atuante e combativo movimento sanitarista brasileiro, surgiram, a partir de 2001, como citado acima, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, em substituição aos currículos mínimos definidos pelo MEC até então (Almeida, 2005). Neste contexto, as DCN para o curso de Odontologia foram

homologadas em 19 de fevereiro de 2002 com base no Parecer CNE/CES nº 1300, de 6 de novembro de 2001 (Brasil, 2001) e por meio da Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002).

Nacionalmente, o processo de construção das DCN para a área da saúde tomou por base, entre outros dispositivos legais, os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, consagrados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, aliados às premissas da Educação Superior Brasileira, expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394/96, que se constitui no principal documento para o ordenamento jurídico-educacional do país, a Lei maior que define as linhas mestras da educação brasileira.

A fase de implantação desta Lei transcorreu com as correspondentes medidas regulamentares que culminaram com a elaboração do novo Plano Nacional de Educação, por meio da Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Na verdade, a regulamentação da nova LDB ocorreu de forma atípica, uma vez que já vinha acontecendo antes mesmo de sua promulgação em 20 de dezembro de 1996. De fato, a Lei 9.131, de 24 de novembro de 1995, portanto, anterior à promulgação da nova LDB, já alterava Artigos da Lei 4.024/61, que representava a LDB anterior, referindo-se às atribuições da União para organizar a educação nacional. Também em 1995, no dia 21 de dezembro, aprovava-se a Lei 9.192 que tratava da regulação da escolha dos dirigentes de instituições de ensino superior (Saviani, 2004).

A LDB anterior, de 1961, em seu Artigo 9º e, posteriormente, a Lei da Reforma Universitária nº 5.540 de 1968, em seu Artigo 26, estabeleciam que ao então Conselho Federal de Educação (CFE) cabia a fixação dos Currículos Mínimos nos cursos de graduação. O objetivo, entre outros, era o de instituir normas gerais, válidas para todo o território nacional, de forma que fosse assegurada uma pretensa igualdade de oportunidades a todos os egressos. Para tanto, como critério básico, preconizou-se o estabelecimento dos mesmos conteúdos, a mesma duração e denominação das disciplinas, dispondo-se dentro de um inflexível sistema de “grade curricular”, com forte dissociação ciclo básico/ciclo clínico. A única possibilidade de diferenciação ocorria pela inclusão de disciplinas complementares optativas, segundo necessidades regionais. Estas determinações implicavam num detalhamento elevado das disciplinas e respectivos conteúdos e cargas horárias que, na prática, acabava por inibir inovações nos projetos pedagógicos das Instituições de Ensino Superior (IES).

Não se levava em conta, dentro desta rigidez na configuração da “grade curricular”, a contextualização dos cursos no espaço e no tempo, impondo-se uma visível redução da liberdade das IES para promoverem mudanças nas atividades curriculares e de conteúdos, seguindo-se novas exigências da modernização da ciência, da tecnologia e das transformações socioeconômicas e culturais.

A partir da promulgação da Lei 9.131/95, passou-se a atribuir à Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE) a competência para (...) *deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação* (Artigo 9º, parágrafo 2º, alínea “c”).

A LDB de 1996 também possibilitou uma situação, até então inédita no ensino superior no Brasil, ao implementar um processo de avaliação dos cursos de graduação. A Lei 9.131/95 e posteriormente o Decreto 3.860/2001 instituíram a realização de avaliações periódicas de cursos e instituições. Os cursos de Odontologia iniciaram sua participação no Exame Nacional de Cursos (ENC), popularmente conhecido como “provão”, em 1997.

O amadurecimento do processo de avaliação do ensino de graduação levou à criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), por meio da Lei nº 10.861, de 14/04/2004. As mudanças decorrentes deste processo incluíram a criação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), em substituição ao ENC. Também foram revistas as avaliações das condições de ensino, criando-se as Comissões Próprias de Avaliação, para coordenar a avaliação interna nas Instituições de Ensino Superior.

As Diretrizes Curriculares Nacionais devem ser observadas tanto pelos cursos supervisionados pelo sistema federal como por aqueles pertencentes aos sistemas estaduais. A avaliação dos cursos analisa, entre outros aspectos, a implantação de inovações curriculares e em que medida foram baseadas nas DCN. O SINAES adota esta avaliação como critério básico nos processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos.

Voltando às orientações definidas nas DCN para o curso de Odontologia, o que se prioriza é uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautada em

princípios éticos e compromisso social, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (Artigo 3º), colaborando para a construção de um perfil do egresso comprometido com o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas sociais. O foco da formação odontológica deve, portanto, ser deslocado para a promoção de saúde, no seu sentido mais amplo, que inclui ações mais abrangentes na saúde coletiva, familiar e individual.

Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde têm sido as grandes bandeiras atuais da saúde pública não apenas no cenário nacional, mas em todo o mundo e, no que concerne à saúde bucal, não poderia ser diferente, uma vez que o tratamento eminentemente curativo tem um custo elevado e demanda a atuação de grande número de profissionais qualificados. O recorte na saúde bucal não representa, em hipótese alguma, um fracionamento da saúde, indicando apenas uma estratégia para a obtenção de resultados que devem ser interpretados sob a ótica da integralidade⁵ e também da inter e transdisciplinaridade, em acordo com as competências e habilidades específicas contidas nas DCN (Artigo 5º), como melhor desenvolvido a seguir.

A Atenção à saúde, cuja essência reside na prevenção das doenças, na promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, vem atender às competências gerais nas DCN. O profissional egresso que se pretende formar deve

⁵ O sentido que aqui se atribui à integralidade é um dos muitos descritos e analisados por Ruben Mattos (2001): o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como expresso na Constituição de 1988; a compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta e que não são diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar; a incorporação ou a redefinição mais radical da equipe de saúde e de seus processos de trabalho; a busca de um modo de organizar o processo de trabalho, feita de maneira a otimizar o seu impacto epidemiológico; um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. O sentido que assumimos diz respeito à organização multiprofissional dos processos de trabalho nos serviços de saúde para atender ao conjunto das necessidades de ações que um paciente apresenta.

desenvolver não só esta competência, como também outras, a saber: **Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração e gerenciamento, Educação permanente** (Artigo 4º). Além dessas **Competências Gerais**, comuns a outros cursos na área da saúde, o Artigo 5º traz outras 30 (trinta) **Competências e Habilidades Específicas** que são definidas como parte do perfil do egresso no curso de Odontologia.

De forma resumida, estas competências específicas convocam os acadêmicos e profissionais a assumirem um compromisso com a ética no exercício da Odontologia, buscando sensibilização, humanização e integralidade nos cuidados odontológicos. Preconiza-se também a atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, com atuação em todos os níveis de atenção à saúde, identificando-se as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes e propondo-se planos de tratamento adequados. O profissional deve atuar de forma articulada ao contexto social, individual e coletivamente, utilizando conhecimentos e técnicas científicos na prevenção, tratamento e controle de doenças; deve buscar a educação continuada, acompanhar e incorporar inovações tecnológicas mantendo o espírito crítico, porém, aberto a novos conhecimentos, participando de investigações científicas, assim como estar preparado para aplicar possíveis resultados em sua atuação clínica.

É importante também o desenvolvimento da capacidade de comunicar-se com os pacientes, com outros profissionais da saúde e com a comunidade em geral, além de habilidades no planejamento e administração de serviços de saúde.

No que tange à recomendação de melhor se comunicar com pacientes e a comunidade, vale ressaltar que ações que priorizam a democratização do saber também representam armas de atuação mais eficientes na solução dos problemas coletivos de saúde. Desta forma, a ênfase nos aspectos educacionais em saúde torna-se não somente um instrumento para fortalecer a participação do paciente em seu próprio processo saúde/doença, como também a possibilidade de uma maior interação entre os profissionais, acadêmicos e os próprios pacientes envolvidos, proporcionando, assim, uma agregação mútua de saberes, importante para a compreensão deste processo. Neste sentido, a crescente inclusão de cirurgiões dentistas nas equipes de Programas de Saúde da Família (PSF) vem reforçar esta necessidade de mudança na formação, direcionando a prática odontológica para atividades de integração às práticas de Medicina de Família e Comunidade.

1. 5 Uma experiência de implantação das DCN em curso de Graduação em Odontologia

Algumas experiências de mudanças curriculares nos cursos de Odontologia já apresentam resultados como, por exemplo, a implantação no final dos anos 1980 deste curso na Universidade Estadual de Maringá (UEM), que foi registrada em obra das autoras Terada e Nakama (2002). Esta pode ser considerada uma experiência inovadora no Brasil na medida em que procurou trabalhar em seu projeto pedagógico este novo paradigma na formação profissional odontológica, antecipando-se, inclusive, à própria homologação das DCN. Fugindo do formato compartimentado, estritamente curativo, tecnicista, individualista e descontextualizado da realidade social e econômica

do nosso país, como até então era predominantemente preconizado nos currículos tradicionais das nossas escolas de Odontologia, investiu-se na formação de um profissional mais engajado nos objetivos da reforma sanitária, já em franca expansão naquela ocasião.

Desta forma, procurou-se direcionar os egressos para atuação no SUS, em uma realidade incontestemente de deficiência na saúde bucal, incoerente com a pretendida excelência na qualidade técnica requerida nos currículos da maioria das faculdades de Odontologia brasileiras.

Na experiência da Universidade Estadual de Maringá (UEM), encontra-se o desenvolvimento de um estágio envolvendo alunos do curso de Odontologia em municípios vizinhos, com ações diretas nos domicílios. Esta foi uma das formas concretas de aproximar os acadêmicos da realidade social da comunidade, permitindo uma atuação em cenário diferente da clínica odontológica intra-escolar, possibilitando a prática da desmonopolização do saber e do compartilhamento de vivências e subjetividades, como viria a ser preconizado no Artigo 7º das DCN. Dentro desta perspectiva, também encontra-se uma linha de pesquisa na UEM que tem como objetivo o estudo dos efeitos de programas educacionais sobre a saúde bucal de escolares.

Todavia, as propostas de mudanças curriculares nem sempre foram assumidas pelo maior número possível de docentes, discentes, áreas e departamentos universitários, uma vez que implicaram na transformação não somente de suas práticas, mas também

de seus valores. No relato das autoras, este processo de mudança não aconteceu de forma unânime encontrando, na realidade, muita resistência e oposição, principalmente por parte dos professores formados dentro do paradigma curativo dominante.

Essa emblemática experiência leva à compreensão de que o “nó crítico” do descompasso atual na formação do cirurgião dentista reside entre, de um lado as políticas públicas de saúde vigentes e a tão desejada expressão “Brasil sorridente” – símbolo de um país com a população saudável do ponto de vista da saúde bucal -, e de outro a insistência dos órgãos formadores na manutenção de um currículo que prioriza a cura em lugar da promoção da saúde.

Para melhor compreender os caminhos que levaram a esta hegemonia da tradição conservadora na constituição da maioria dos currículos em nossas escolas de Odontologia, procede um aprofundamento na compreensão do sentido e do significado de reforma, inovação, adesão e resistência, como pólos que, senão opostos, pelo menos não convergem e, sobretudo, provocam substanciais prejuízos à formação das novas gerações.

2 Reforma/inação/resistência/adesão - conceitos de mudança

Antes de abordarmos as questões relativas às mudanças nos processos educacionais, desenvolvendo os temas reforma e inovação como categorias de análise no campo da Educação e mais especificamente nos estudos sobre currículo, cabe lembrar que estes conceitos, tanto quanto os de competência, integralidade e educação permanente caracterizam-se pela polissemia. Da mesma forma, resistência e adesão apresentam diversos significados e são aqui tratados como referência para a compreensão de avanços e recuos nos processos de mudança curricular.

2.1 Reforma e inovação – os controvertidos conceitos no campo da educação em saúde

Segundo Canário (2005), os conceitos de mudança, inovação e reforma surgiram no cenário das ciências educacionais a partir do final dos anos 1960, contrapondo-se a uma perspectiva de estabilidade e de continuidade no funcionamento dos sistemas escolares. Canário também cita a criação de agências especializadas na promoção de inovações no campo educacional, inclusive em nível internacional, representando uma tentativa de sistematização de experiências inovadoras, numa lógica de produção industrial. O objetivo seria o de efetivar uma expansão destas inovações, garantindo sua aplicação de forma generalizada e uniforme, o que se traduziu nas grandes reformas educativas que dominaram o cenário da sociologia educacional em todo o mundo, no final do século XX. A finalidade seria aumentar a eficácia e a produtividade deste sistema que, mesmo passando por um crescimento exponencial objetivando

atingir as massas, não abandonara seu caráter fundamentalmente artesanal nos processos de ensino e aprendizagem.

A inovação, entendida como uma estratégia de modernização, visava, fundamentalmente, alterar a importância relativa do capital fixo e do capital humano na "indústria do ensino", tornando-a mais produtiva, com base nas economias de escala que caracterizaram a produção dita fordista (produção estandardizada e em grande quantidade) que podemos parcialmente reconhecer na escola de massas. (Canário, 2005: 90).

Um contingente expressivo de pensadores no campo da Educação aponta diferenças conceituais entre os termos inovação e reforma, diferenciando-os, essencialmente, em função de seu aspecto relativo à abrangência. Desta forma Sebarroja (In De Leon, 2002: 12) tece o seguinte comentário:

Pero la innovación no va asociada necesariamente a la reforma o procesos de reforma educativa, al menos por dos motivos: porque el ámbito de la reforma es de carácter <<macro>> y afecta al conjunto del sistema educativo y el de la innovación es <<micro>> y se mueve en el ámbito más reducido y localizado del aula, la escuela o la comunidad educativa.

Para Sebarroja, as mudanças em concepções e atitudes dos atores envolvidos são o objetivo maior da inovação curricular, que o autor define como (...) *um conjunto de idéias, processos e estratégias, mais ou menos sistematizados, mediante os quais trata-se de introduzir e provocar mudanças nas práticas educativas vigentes*. Estas mudanças exigem adesão por parte de professores e alunos acontecendo em um cenário de entrosamento entre estes atores. São mudanças que se operam no nível das micro-relações intra-escolares. Diferentemente, ainda para este autor, as reformas se dão em um nível macro, afetando o sistema educativo como um todo, extrapolando as fronteiras da escola, acontecendo de forma bem mais ampla e abrangente.

Abordando esta tendência quase hegemônica no campo da Educação, de distinguir reforma e inovação pela abrangência, Canário (2005: 93) comenta:

Habitualmente, a reforma e a inovação são referidas, na literatura científica, como diferentes modalidades de mudança deliberada em educação que se distinguiriam pelo seu âmbito. A inovação designaria processos de mudanças mais restritos, de carácter sectorial ou pontual, enquanto que a reforma surgiria, pelo contrário, como uma mudança em larga escala, com carácter imperativo para o conjunto do território nacional, implicando opções políticas, a redefinição de finalidades e objectivos educativos, alterações estruturais no sistema a que se aplica, em que as decisões incumbem aos órgãos legislativos nacionais.

Sobre o tema reforma/inovação, a pesquisadora Leila Jorge (1996), apresenta uma revisão destes conceitos a partir de diferentes referências no âmbito das ciências da Educação, tecendo em seguida algumas considerações. Desta forma, recorrendo ao Dicionário de las Ciencias de la Educación, reformas:

(...) são mudanças profundas na política educativa de um país, que devem ser traçadas independentemente das crises políticas dos governos, devem ter sentido de continuidade e estar enquadradas dentro de uma visão prognóstica sobre o futuro da sociedade a que se referem. As reformas educativas não rompem bruscamente com o lastro cultural ou histórico, mas requerem uma grande dose de inovações, com vistas à melhoria da qualidade de ensino, sua extensão e generalização. Além disto, as reformas hão de ser antecipatórias de necessidades e situações socioeconômicas e culturais, incluindo os aspectos de educação e de mercado de trabalho, cuja problemática é cada vez mais aguda. Por tudo isto, uma reforma educativa viável e ética requer, como condição indispensável, uma ampla participação social da opinião pública e profissional, seja para acomodar a educação ao modelo de sociedade que se elegeu, seja, para, através da educação, propiciar um novo modelo de sociedade (in Jorge, 1996:32).

A autora continua apresentando outras definições, como a de Gonzáles e Escudero, que definem reforma como (...) *mudanças em larga escala que afetam a política educativa, os objetivos, as estratégias e as prioridades de todo um sistema educativo.* Destaca que para Sack, é (...) *uma maneira especial de mudança, que implica estratégias para a transformação de determinados aspectos do sistema educativo de um país.* E ainda, para Yoloye, envolve a noção de (...) *políticas de programas direcionadas à introdução de uma nova direção em um ou vários aspectos do sistema educativo (in Jorge, 1996:32).*

Reforçando a tendência hegemônica nesta questão, a autora conclui afirmando que, no campo da educação, o termo reforma implica (...) *promover uma mudança abrangente em dado sistema educativo (...)*, pontuando seu aspecto dimensional por se tratar de mudanças estruturais, acontecendo em âmbito nacional. Como são mudanças que se operam de forma muito abrangente, necessitam ser estrategicamente planejadas, após ampla participação: *O que marca a reforma educativa é o seu aspecto de abrangência, já que supõe uma mudança estrutural em um sistema* (Jorge, 1996: 34).

Mudando o foco para a questão da inovação, a autora continua recorrendo a definições como a do Dicionário de las Ciencias de la Educación, que define esta categoria como:

Ação permanentemente realizada mediante investigação, para buscar novas soluções aos problemas do âmbito educativo. A ação renovadora tem estado ligada à história da própria humanidade, na medida em que o progresso existente nos diferentes campos do pensamento tem influenciado no desenvolvimento e aperfeiçoamento do estudo da atividade educativa. A inovação educativa traz consigo dois problemas fundamentais: a criação de teorias, modelos, técnicas e métodos cada vez mais rigorosos e a aplicação das descobertas científicas ao processo educativo que é desenvolvido diariamente nas instituições escolares. (in Jorge, 1996:33).

A autora apresenta também a definição de González e Escudero: *Mudanças mais concretas e em menor escala, com uma intervenção mais centrada na prática educativa que no sistema educativo.* Para Huberman, inovar significa: *melhoramento possível de se medir, planejado, duradouro e com poucas possibilidades de acontecer com frequência* (in Jorge, 1996:33).

Após apresentar estas definições das referências consultadas, Jorge (1996: 34) tece algumas considerações:

- Reforma é um termo de (...) *domínio comum*, de caráter *antecipatório*, que requer *participação social* para promover uma *mudança abrangente* em dado *sistema educativo*, que é estrategicamente *planejada*. Implica, portanto, uma (...) *reflexão prévia sobre as finalidades da educação*, algo que *pertence ao mundo das idéias* e que *indicam orientações fundamentais*. Enquanto que a *inovação* pressupõe modificação dos objetivos ou, ao menos, seu questionamento. Como os objetivos são de domínio da política educativa, eles tendem à solução concreta de problemas locais.
- O *sistema educativo* se caracteriza pela existência de uma *relação entre suas finalidades e objetivos*. Sendo estes *objetivos/finalidades*, produtos do sistema de valores e normas que, *implicitamente*, correspondem às *aspirações, estruturas e forças determinantes das sociedades que lhes dão origem*, parece bastante difícil delimitar com considerável clareza o que se situa no nível da reforma ou da inovação, as quais, de certo modo, vêm sempre juntas, porque fazem parte de uma mesma necessidade: *mudanças em ensino/educação*.

Assim sendo, Leila Jorge nos indica que estes conceitos estão de certa forma imbricados e que o importante não é delimitar onde se situa a inovação ou a reforma, mas o fato de que ambas indicam um caminho de mudanças que precisam ser efetivadas no âmbito educacional, independente do nível de abrangência.

Canário (2005) estabelece a distinção entre reforma e inovação centrando sua análise por um lado no nível institucional, onde se dá o início do processo de mudanças, e por outro lado, no papel dos professores e outros atores sociais que deverão atuar neste processo. Desta forma, define reforma como planejamento realizado fora do âmbito da

escola, quando existe uma clara separação no tempo e no espaço entre os que planejam e os que, efetivamente, irão aplicar as mudanças. Em contraste, utiliza o termo inovação designando processos endógenos, nos quais existe uma coincidência entre quem planeja e quem executa as mudanças planejadas.

Nesta linha de raciocínio, este autor caracteriza os processos de reforma dentro de uma (...) *planificação rigorosamente seqüencial, traduzida num conjunto de etapas que se articulam num processo de causalidade linear.* (Canário, 2005: 94). As reformas institucionais, nesta perspectiva, somente alcançariam sucesso se obedecessem a uma seqüência que incluiria: medidas legais, administrativas e financeiras; elaboração de instrumentos; aquisição de equipamentos; preparação dos que atuam na formação do professorado; reforma na formação e aperfeiçoamento do professorado; introdução de novos métodos nas salas de aula.

Ainda segundo este autor, uma outra característica dos processos de reforma seria (...) *a racionalidade presente no momento da planificação.* (Canário, 2005: 94). Desta maneira, as experiências piloto que comprovarem ser experimentalmente boas deveriam ser generalizadas, adotadas para outras escolas, pois estariam validadas e legitimadas para tanto. Ignora-se assim as peculiaridades de cada escola e o potencial de cada uma de realizar uma nova assimilação das propostas, em consonância com sua própria história e experiências pregressas.

O poder coercitivo da administração central, onde se planejam as reformas, traduz-se na produção de normativos legais que, entretanto, devido à sua inerente ambigüidade, permitem aos atores sociais, que seriam o alvo destas leis, a reinterpretção das

mesmas, retendo ou ignorando aquilo que lhes interessa, o que explica, em parte, a distância entre os objetivos centralmente planejados e a realidade efetiva das escolas. *O social, sabemos-lo hoje muito bem, não se muda por decreto.* (Canário, 2005: 94).

O autor finaliza sua abordagem pontuando o fracasso das estratégias verticais de reforma, que acontecem do centro para a periferia, numa perspectiva de controle do Estado sobre as instituições de ensino e numa dinâmica que se revela incapaz de produzir inovações concretas nas escolas. As reformas concebidas desta maneira não produzem mudanças reais, mas apenas mudanças potenciais, protótipos de inovações, que só teriam sucesso:

(...) através de mudanças de comportamentos, atitudes e representações dos atores sociais, inseridos em contextos organizacionais singulares e diversos: as escolas. Só há mudanças efetivas, se houver produção de inovações nas escolas. (Canário, 2005: 95).

Concordando com esta afirmativa e acrescentando o papel da sociedade, apoiando as reformas propostas, Esteve (In Nóvoa et al, 1999: 96) tece o seguinte comentário:

Não obstante, as atitudes dos professores e da sociedade são fundamentais para realizar as reformas que se projectam. Na atitude dos professores perante as reformas e no apoio da sociedade está a chave para as levar a bom termo. Sem o seu incondicional apoio não passarão do terreno das disposições legais ao terreno da realidade: o trabalho quotidiano nas salas de aula.

No caso da reforma/inovação que é o nosso objeto de análise, cremos já estar clarificado o apoio da sociedade, manifesto na participação dos movimentos da sociedade civil organizada em todo o contexto da concepção das DCN. Fica claro, então, a responsabilidade do papel do professor no sucesso desta empreitada, de promover as inovações que respondam as expectativas da proposta de reforma/inovação em questão.

Os avanços e conquistas sociais no campo da saúde pública, ainda que insuficientes para uma resolutividade plena e absoluta são, sabidamente, um nítido exemplo de participação social, quando a sociedade civil organizada tem a possibilidade de consolidar cada vez mais espaços de lutas e reivindicações. Neste contexto, o processo de construção do SUS tem permitido a participação democrática dos vários atores envolvidos, sejam eles trabalhadores, estudantes, professores, ou usuários do sistema, interferindo na gestão das políticas públicas na área da saúde.

Este tipo de **controle social**⁶ - quando não é o estado controlando a sociedade civil, mas justamente o oposto - é exercido principalmente por meio dos Conselhos de Saúde, que acontecem tanto em nível loco-regional como nacional. Nestes espaços onde não apenas se discute, mas também delibera-se, são tomadas decisões que norteiam as políticas públicas de saúde em nosso país.

Como já referido neste trabalho, este movimento social organizado de Reforma Sanitária vem apontando uma demanda por profissionais de saúde que desenvolvam, além das habilidades técnicas pertinentes, a capacidade para atuar multiprofissionalmente, com visão holística e humanista da questão saúde-doença.

No campo da educação em saúde, como também já aqui apresentado, a construção das DCN contribuiu como um enorme avanço nesta direção, apontando um perfil profissional mais comprometido com o SUS e suas políticas de saúde pública. Esta mudança na formação do profissional em saúde envolve uma verdadeira ruptura

⁶ Neste trabalho adota-se para controle social o conceito de Correia (2003): *O Controle Social aqui não é tratado como forma de o Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico mas, partindo do reconhecimento de que isso é uma realidade, apresenta-se a necessidade de reverter este controle na perspectiva de a sociedade obtê-lo sobre o Estado radicalizando os espaços burgueses de democracia e ampliando a esfera pública.*

epistemológica, visto que o paradigma hegemônico em nossas escolas ainda é o da ciência moderna, no qual a fragmentação dos conteúdos programáticos encontra-se em “rota de colisão” em relação aos objetivos de promover a integralidade como eixo fundante das políticas públicas de educação em saúde.

O que se busca, portanto, é o desenvolvimento de currículos integrados, permeados pelo conceito de interdisciplinaridade visando o enfrentamento de problemas oriundos de uma realidade complexa. O estudante formado sob esta concepção de currículo deve ter a possibilidade de (re)conhecer esta realidade ainda no início de sua formação, integrando conhecimentos teóricos com o (...) *funcionamento e as necessidades dos serviços públicos de saúde, estabelecendo relações mais humanas e responsáveis com a população*. (Feuerwerker, 2002:38). Esta mudança de paradigma é, inclusive, um dos maiores pontos de resistência às inovações que se pretende, o que será melhor discutido a seguir neste trabalho.

Portanto, essas inovações exigem uma reconfiguração de saberes e relações sociais mais profundas entre os atores envolvidos, professores e alunos, reconhecendo-se as diferenças e trabalhando-se na construção de um centro formador mais contextualizado com a demanda social. Existe a necessidade de valorizar experiências nas quais imbricam objetividade e subjetividade. O paradigma dominante na educação em saúde não valoriza as contradições sociais, as diferentes concepções do processo saúde-doença, as práticas e modelos sanitários. Este é um processo de longa maturação, uma vez que depende de diferentes planos: o político, o ideológico, o do conhecimento e o das tecnologias. Além disso, são mudanças de caráter processual e exigem uma

transição em que o novo, durante algum tempo, conviverá com o velho (Kuhn, 1975: 13).

Denise Leite (In: Cunha, 2003) afirma: (...) *inovação é um processo descontínuo, de ruptura com os paradigmas tradicionais vigentes no ensino e na pesquisa, ou uma transição paradigmática com reconfiguração de saberes e poderes (...)*

Cunha (2003: 151) reafirma ainda: *Na transição paradigmática a subjetividade navega por cabotagem, guiando-se ora pelo paradigma dominante, ora pelo paradigma emergente.*

Ao tecer estas considerações, estes autores indicam a possibilidade de uma ruptura paradigmática acontecendo de forma gradual, ora guiando-se pelo novo, ora pelo antigo, numa (...) *tessitura paciente de esforços e energias que envolvem a condição de escuta e a condição de espera (...)* (Cunha, 2003:151).

Feuerwerker (2002: 48) se refere a esta utopia que buscamos na saúde, nos lembrando que estas mudanças ainda estão em construção e que esta luta entre o novo e o antigo está em plena vigência e enfrentando situações inusitadas e ainda desconhecidas: (...) *essas novas maneiras de produzir conhecimento e formação em saúde demandam o enfrentamento de problemas ainda sem resposta.*

2.2 Resistência - vencendo a hegemonia paradigmática

Como já apontado acima, a hegemonia paradigmática em nossas universidades talvez possa ser considerada como um dos maiores fatores de resistência às inovações que se pretendem operar no âmbito da educação em saúde.

Para Santos (2002), as tentativas de se inovar na educação esbarram em um bloqueio decorrente da presença paradigmática dominante; pontuando o caráter delicado desta questão, afirma que a (...) *luta paradigmática é, no seu conjunto, altamente arriscada* (...) (p.344), exigindo uma subjetividade emergente. Não são questões para as quais se possam destinar um tratamento objetivo apenas, pois envolvem uma complexidade de fenômenos sociais que circulam na esfera da subjetividade, envolvendo relações sociais complexas entre professores e alunos. Trata-se, portanto, de uma questão de quebra de paradigma, de vencer um modelo que se encontra defasado, em descompasso com a demanda social.

Sobre o paradigma atualmente ainda hegemônico, o conceito de racionalidade, que tem no modernismo científico de Descartes, Bacon e Newton seus principais expoentes, surgiu para negar a crença dominante, até o renascimento, de que a fé e a natureza eram as grandes e absolutas forças universais vigentes. A partir daqueles cientistas e de seus estudos o que se pretendia era justamente a dominação dos fenômenos naturais, subjugando-os a favor dos homens e de seus objetivos. Para tanto, as ciências naturais e exatas, principalmente a matemática, tomaram grande impulso, buscando explicar todos os fenômenos da natureza de forma clara, concatenada, sem deixar dúvidas ou questionamentos. Tudo poderia ser explicado como numa sucessão teorematizada na qual a resposta sempre seria unívoca e matematicamente inquestionável. Não há aqui espaço para a dúvida, pois a experimentação racional

aponta sempre o mesmo resultado (Pessanha, 2001). De fato, com base nesta visão científica racional, a civilização européia vivenciou grandes avanços científicos e tecnológicos, o que possibilitou importantes conquistas e expansão das fronteiras do mundo moderno. Entretanto, esta racionalidade dominante nas ciências naturais não contempla toda a complexidade dos fenômenos sociais, pois estes não são apreendidos em sua totalidade apenas por aspectos quantitativos, matemáticos.

Cunha (1998: 199) cita Kincheloe:

(...) racionalidade foi deificada e, em torno do panteão científico, o credo da modernidade foi desenvolvido: o mundo natural é racional (egocêntrico) e existe somente um sentido único para ele. Todo o fenômeno natural pode ser pintado dentro de uma moldura desta racionalidade monolítica, não importando se estamos estudando a pólvora, engenhos, sonhos ou mesmo aprendendo.

Sob esta concepção epistemológica do pensamento racional convergente, *a pedagogia da resposta única*, termo utilizado por Cunha (1998: 199), não tem desafiado os alunos com questões significativas, além de induzir o conhecimento a uma fragmentação, separando o todo em partes que possam ser melhor apreendidas. Nos cânones desta ciência moderna, a estrutura curricular não valoriza a integralidade e a inter/transdisciplinaridade, dissociando os saberes de sua inserção no cenário histórico e sócio-cultural. Desta forma, as experiências e as dúvidas de professores e alunos não são exploradas nem valorizadas.

Os avanços nas ciências sociais, como na área da filosofia, da sociologia, da antropologia e da economia, apontam o entendimento de que o universo não é linearmente planejado e que a sociedade humana é movida por forças complexas e contraditórias. Até mesmo a física einsteniana tem favorecido esta concepção.

Definitivamente, a lógica da objetividade das ciências naturais não abrange os fenômenos que permeiam as sociedades humanas.

Muitos pensadores contemporâneos, como o já citado Prof. Boaventura de Sousa Santos, identificam não apenas uma crise no paradigma ainda hegemônico da modernidade, mas também apontam o surgimento de um paradigma emergente, que envolve o que se tem chamado de ciência pós-moderna. Para Santos, o cenário deste movimento é o fenômeno genericamente conhecido como *Globalização*, que envolve interações econômicas, sociais, políticas e culturais em todo o planeta, e que tem provocado impacto em estruturas e práticas locais que envolvem rupturas e continuidades, novos riscos e velhas seguranças, mal-estares conhecidos e desconhecidos, emergências e inércias (Santos, 2005).

Neste momento de transição paradigmática, a construção de novas estruturas curriculares, tendo como cenário a emergente pós-modernidade, exige muito além de modificações metodológicas. Requer uma mudança epistemológica com profunda alteração da visão de sociedade que envolve também alterações nas estruturas de poder.

Estas mudanças são preconizadas pelas DCN em seu Artigo 9º que estabelece novos parâmetros na relação professor/aluno:

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. (grifo nosso).

E também no Artigo 13, item 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. (grifo nosso).

Esta questão, das relações de poder entre professores e alunos, constitui-se em outra importante forma de resistência, manifesta no comportamento dos próprios professores. Fontes (1999) comenta que, apesar de muitas escolas promoverem alterações em seus projetos pedagógicos, a superficialidade das mudanças ocorridas no ensino biomédico muitas vezes advém da insistência dos professores em velhas práticas, agindo como donos do poder decisório, insensíveis às diferenças e particularidades entre educandos, exercendo a docência de forma autoritária e punitiva, avaliando os alunos com instrumentos tecnicamente mal elaborados, desconhecendo a planificação curricular de seus cursos e o perfil do egresso que se pretende.

Para Nóvoa (2000), a universidade não é mais o espaço privilegiado e único de difusão do conhecimento, uma vez que este papel tem sido reconfigurado e atribuído também às novas tecnologias da informação e comunicação, como a internet e outros meios interativos. Desta forma, os centros acadêmicos necessitam se reorganizar, reconstruindo, criticando, problematizando a produção do conhecimento novo.

Neste contexto, o papel pedagógico do professor é posto em xeque, exigindo mais que a mera transmissão de conhecimentos. O novo professor necessita atuar também como tutor, acompanhando de forma mais próxima e consistente a evolução do desempenho do aluno, em dinâmica bem diferente da postura autoritária que rege este tipo de relação numa concepção tradicional de educação.

Concepções pedagógicas mais modernas, sobretudo quando envolvem o estabelecimento de relações mais democráticas entre professores e estudantes, provocam reações violentas nas escolas médicas. Talvez por isso mesmo seja muito

forte o impacto produzido pela ruptura com as concepções tradicionais e pela adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que mudam os papéis de alunos e professores (Feuerwerker, 2002: 28).

O perfil conservador do professor é um dos problemas que influenciam a formação que atualmente está em questionamento, visto que a grande maioria dos docentes nas escolas de Odontologia foi formada sob um paradigma que valoriza a especialização, em desacordo com as orientações das DCN que indicam a adoção da integralidade nos novos currículos. Cristino (2005: 13) comenta: *Convivemos numa realidade paradoxal e numa conseqüente crise paradigmática na qual somos especialistas tendo que formar generalistas.*

Sobre as resistências à mudança, Sebarroja (in De Leon, 2002) cita sete pecados capitais que podem comprometer a inovação: a inércia institucional, o individualismo, o corporativismo, a formação docente, a falta de um clima de confiança e de consenso, a intensificação do trabalho docente, o controle burocrático e a falta de apoio da administração educativa, nenhum deles por nós desconhecido. Afinal, “o espaço físico, a forma de organização de turmas, a sala de aula, o quadro negro, a separação dos horários, os exercícios, os estímulos, o currículo escolar, o credenciamento etc. estão presentes desde pelo menos há seiscentos anos com características muito semelhantes” (Nunes, 2001: 3).

De outro lado, Sebarroja sugere que sejam aprofundados dez ‘mandamentos’ da inovação educativa, dos quais quatro nos interessam mais de perto: deve resultar em processo tão simples e tão complexo quanto aquilo que os professores fazem e dizem; deve ser acompanhada de assessoria, reflexão, investigação e avaliação; não deve ser morta pelas discussões infundáveis que a nada conduzem e por atitudes pessimistas e lamentosas que substituem a crítica transformadora; e deve assumir que a dúvida, a

incerteza, o conflito e o desacordo são fontes preciosas de aprendizagem em qualquer processo de inovação.

2.3 Adesão – superando desafios

A categoria adesão, escolhida para referenciar a análise do material de estudo, em contraposição à categoria resistência, encontra-se pouco explorada no campo da educação. Em geral, a categoria é usada no campo da saúde e relaciona-se à aceitação de tratamento a doenças crônicas. No entanto, se fizermos uma analogia para uso com nosso objeto de estudo, podemos afirmar que adesão a uma proposta de reforma curricular significa aceitar os desafios de uma “doença crônica” que se instalou nas práticas curriculares, impedindo rupturas do modelo tradicional de formação, e buscar mecanismos inovadores de superação.

Seguindo, portanto, esta direção de estabelecer uma analogia do conceito de adesão no campo da saúde, encontramos que:

Adesão, do latim adhaesione, significa, do ponto de vista epistemológico, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive. (Silveira & Ribeiro, 2005)

Adesão a tratamentos médicos ou “compliance” é uma perspectiva de abordagem que leva em conta as ações e omissões de um determinado paciente. O processo verifica não apenas os gestos e atitudes imediatamente observáveis, mas um todo comportamental mais complexo. (...) Caracterizada como um processo, a questão não é tão simples como aparenta, pois não se esgota nos gestos e nas atitudes imediatamente observáveis, sendo, pelo contrário, parte de um todo comportamental mais complexo que chega a incluir outros atores sociais. Além disso, apresenta variações significativas

de uma cultura para outra e, mesmo dentro de uma mesma cultura, de um segmento cultural para outro. (Santos, J.Q., 2001)

Compreendida, portanto, como processo, implica entendimentos mútuos permanentes, acordos e parcerias, para o que exige-se concordância em propósitos comuns, como se pode identificar, ainda mantendo a analogia no campo da saúde, na afirmação de Vitória (2007).

Significa que deve existir uma "aliança terapêutica" entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento. (...) A terapia não deve ser iniciada até que os objetivos e necessidade de adesão ao tratamento sejam entendidos e aceitos pelo paciente.

Toda essa breve revisão de literatura nos leva a supor, com base no material analisado (questionários aplicados a estudantes e atas das reuniões de coordenação para a reforma curricular) que há um longo caminho a percorrer até que a adesão ao processo seja assumida como um desafio a ser enfrentado.

No capítulo seguinte, procedemos à análise dos currículos ainda vigente e do que está planejado para ser implantado à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia.

3 Análise dos currículos da FOUFF: o vigente e o futuro

O atual currículo vigente na Faculdade de Odontologia da UFF (FOUFF), ainda contempla as orientações da antiga LDB (1961), tendo sido concebido dentro da perspectiva do currículo mínimo, embora já delineasse uma certa orientação mais progressista, esboçando uma aproximação, ainda bastante tênue, com as propostas que viriam com a implantação das DCN para os cursos de Odontologia. Esta orientação fica evidente na tentativa de valorizar as disciplinas com teor social e humanístico mais

acentuado, como é o caso da **Odontologia Social e Preventiva-OSP**, que teve sua carga horária expandida e estendida por um número maior de períodos, assim como a preocupação em inserir as disciplinas **Metodologia Científica** e **Estágio Supervisionado I e II**, cujo objetivo manifestava, por um lado, a tendência que se configurava desde a Reforma Sanitária de ênfase nos aspectos sociais na formação; por outro, a possibilidade de flexibilização curricular de nova legislação para os cursos de graduação em Odontologia, referentes ao desenvolvimento de métodos científicos, diversificação de cenários de aprendizagem nos estágios supervisionados e inserção de conteúdos humanísticos. Sobre este assunto, Perri de Carvalho (2006: 8) comenta:

Com o objetivo de delinear o ensino da Odontologia em nosso país, o Conselho Federal de Educação estabeleceu com a Resolução nº 4, de 3/9/1982, o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia, visando a formação de um profissional generalista e determina mínimos de carga horária de 3.600 horas e de 8 semestres de duração do curso. Na oportunidade, foram introduzidas matérias das áreas de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. No entanto, a introdução destas matérias gera questionamentos, sendo muitas vezes consideradas “perfumarias” ante as necessidades da formação técnica do profissional. A incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, considerada uma evolução na educação odontológica, parece não ter sido amplamente entendida na oportunidade.

A implantação deste currículo, ainda vigente, ocorreu a partir do primeiro semestre letivo de 1986, fato que pude vivenciar como aluno da primeira turma a seguir esta grade curricular.

Desde então e até 2002, quando foram homologadas as DCN, deu-se um vazio legal em termos de diretrizes para mudanças nos currículos de graduação em Odontologia, razão pela qual também a UFF manteve-se fiel a esta orientação.

Após a homologação das DCN, iniciou-se um movimento para implantá-las que, no caso da UFF não logrou sucesso imediato, por inúmeras razões, dentre as quais algumas são tratadas neste estudo.

Diante do impasse na implantação do novo currículo da FOUFF e da conseqüente impossibilidade de analisar os efeitos desta implantação, optou-se pela análise da Grade Curricular vigente e da que está sendo proposta pela comissão responsável pela reforma curricular na FOUFF, assim como das ementas de algumas disciplinas contidas nesta nova proposição, esclarecendo-se que, apesar de este processo estar em fase final, ainda não foi oficializada a sua aprovação definitiva, podendo ainda ocorrer alterações nas proposições apresentadas.

Também optamos por fazer referência às percepções que os alunos apresentam quanto a algumas disciplinas do currículo vigente por meio do questionário intitulado “Pesquisa de Opinião do Discente”, elaborado e aplicado pela Presidente da Comissão de Reforma Curricular na FOUFF⁷ - que na ocasião era também a vice-coordenadora do curso - aos estudantes (não identificados) de diversos períodos no ano letivo de 2004. Ressaltada para os estudantes a importância da honestidade nas respostas, o cabeçalho deste questionário informa-os sobre o processo de mudança curricular em curso na FOUFF. Apesar de ter sido direcionado a várias disciplinas do curso, apenas as disciplinas ***Odontologia Social e Preventiva VI, Clínica Integrada, e Estágio Supervisionado II*** foram selecionadas para análise neste estudo, tendo como critério

⁷ O questionário foi construído e aplicado pela Comissão de reforma curricular da FOUFF, cabendo a esta as providências para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCM/UFF.

desta escolha também a aproximação com as inovações propostas nas DCN de forma mais direta.

A amostra teve a participação de alunos que estavam cursando ou já haviam cursado as disciplinas pesquisadas, ou seja, alunos do 7º, do 8º e do 9º períodos, os 3 últimos do curso de graduação em Odontologia da FOUFF.

O questionário é composto por 48 questões objetivas, distribuídas em quatro segmentos: A - Avaliação da disciplina; B - Avaliação do corpo docente; C - Avaliação das Instalações físicas da FOUFF e D - Auto avaliação. Destas, foram destacadas, para este estudo, cinco questões, relativas às avaliações da disciplina, do corpo docente e auto avaliação. Neste trabalho, as questões escolhidas receberam numeração de 1 a 5, com a finalidade de facilitar a exposição dos resultados. Não houve interesse neste trabalho de explorar a questão da avaliação do espaço físico por entendermos não ser este um ponto relevante para os objetivos propostos.

As questões que foram escolhidas para esta análise guardam paralelos com as orientações das DCN, sendo este o motivo de sua escolha. Desta forma, as questões ***Divulgação dos critérios e formas de avaliação*** (1) e ***Coerência entre conteúdo ministrado e avaliação aplicada*** (2), correlacionam-se com as questões de ética e transparência preconizadas nas abordagens pedagógicas mais progressistas, em consonância com as teorias críticas do currículo, e com o que também é preconizado nas DCN em seu Artigo 9º, citado anteriormente neste trabalho (pág. 61 e 62), e no Artigo 14, Parágrafo 1º: *As avaliações dos alunos deverão basear-se nas*

competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

Estas duas primeiras questões objetivas tinham três opções como respostas: inadequado, pouco adequado e muito adequado.

As questões ***Didática (transmite o conhecimento de forma clara)*** (3), **Relação professor- aluno** (4) e **Procura extra-classe do professor** (5) remetem ao contexto de um novo projeto pedagógico, a ser construído coletivamente, ou seja, de forma democrática, enfatizando aquilo que podemos afirmar que sejam os novos papéis do aluno e do professor no processo de ensino e de aprendizagem, como já observado no Artigo 9º das DCN.

As questões 3 e 4 tinham como opções de resposta: péssimo, ruim, regular, bom e

estatísticas simples⁸ (porcentagem), procedemos ao tratamento dos resultados obtidos, assim como sua interpretação (Minayo, 1999).

Não houve interesse em aplicarmos a técnica em todo o seu rigor, seguindo-se todos os passos metodológicos, por entendermos que este seria um tratamento exaustivo que não teria aplicação prática neste ponto em que a reforma curricular da FOUFF se encontra. De fato, esta análise mais aprofundada seria de grande valia para embasar as discussões e planejamentos que já foram realizados. O objetivo da abordagem deste questionário neste trabalho é principalmente ilustrativo da concepção do corpo de alunos sobre o currículo vigente, não descartando também a reflexão que os atores envolvidos neste processo de mudança poderão fazer com base no que está sendo exposto.

⁸ Minayo (1999: 210) apresenta a possibilidade tradicional de submeter os resultados brutos de uma pesquisa empírica a operações estatísticas simples que permitem colocar em relevo as informações obtidas e que podem ser interpretadas pelo pesquisador a partir do quadro teórico pré-definido.

3.1 O currículo vigente

A estrutura curricular vigente, tal como se apresenta no documento oficial da faculdade, deixa clara uma organização tradicional, na qual as disciplinas são separadas em dois ciclos: o básico, com carga horária de 1.170 horas, distribuídas nos 3 primeiros períodos; o profissional, com carga horária de 3.030 horas, concentrados nos 6 últimos períodos, com exceção para as disciplinas de Odontologia Social e Preventiva I e Radiologia I, ministradas no 2º e 3º períodos, respectivamente. Esta configuração corrobora o distanciamento entre teoria e prática, descontextualizando os conteúdos das disciplinas básicas de sua aplicação clínica, em total desacordo com as orientações nas DCN, que em seu Artigo 13, itens II e III, preconizam:

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. (grifo nosso)

Outra característica marcante na grade do currículo vigente é a inserção tardia do aluno nas atividades clínicas, envolvendo pacientes, que ocorre somente a partir do 4º período, assim mesmo em apenas uma disciplina (**Periodontia I**). Este é mais um ponto de desencontro com o que é defendido pelas DCN em seu Artigo 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. (Grifo nosso)

As disciplinas de Estágio Supervisionado I e II ocorrem apenas no 7º e 8º períodos, respectivamente, ou seja, quase ao final do curso. Esta inserção tardia do aluno na realidade da clínica extra-muros também está em total descompasso com as tendências contemporâneas de educação em saúde e os pressupostos de reconstrução de um novo modelo formador apontados nas DCN em seu Artigo 7º, já transcrito acima, e no Artigo 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.

Com base nesta concepção inovadora, proposta pelas DCN, apresenta-se a seguir a análise que nos propusemos fazer, incluindo a visão dos estudantes.

3.1.1 O estágio supervisionado

Costa *et al* (2002), constataram a ineficiência da universidade na formação acadêmica em Odontologia após analisarem o perfil de alunos de graduação na grande São Paulo. Entre outras conclusões, citam: treinamento divorciado da realidade profissional; ensino teórico satisfatório, porém com necessidade de complementação prática, na maioria das vezes conseguida apenas no período pós-formação; necessidade de incrementar o treinamento clínico durante a graduação, com aumento de sua carga horária; despreparo no trato clínico com os pacientes.

Feuerwerker (2003) ressalta o papel do estágio supervisionado na transformação de concepções dos formadores e faz alusão aos Pólos de Educação Permanente em Saúde⁹, lembrando que as Instituições de ensino têm papel importante nestes núcleos de articulação entre gestores do SUS e representantes de profissionais, alunos e usuários do sistema.

Perri de Carvalho e Kriger (2006: 10) esclarecem:

O estágio dos estudantes foi definido pelo Decreto nº 87.497, de 18/9/1982, que regulamenta a Lei nº 6.494, de 7/12/1977. O estágio curricular, como procedimento didático-pedagógico, é de competência das Instituições de Ensino. Estas poderão recorrer aos serviços de integração entre instituições públicas e privadas, entre o sistema de ensino e os setores de produção, serviços, comunidade, governo e terceiro setor, mediante convênios devidamente acordados em instrumento jurídico.

- **Com a palavra, os estudantes**

- A FOUFF tem cerca de 340 (trezentos e quarenta) alunos regularmente matriculados.

Deste universo, 25 responderam às questões relativas à disciplina de **Estágio Supervisionado II**. As respostas às perguntas objetivas foram organizadas nas seguintes tabelas:

	muito adequado	pouco adequado	inadequado	não respondeu
1-Divulgação dos critérios e formas de avaliação	40%	24%	28%	8%
2-Coerência entre conteúdo ministrado e avaliação aplicada	40%	24%	12%	24%

⁹ Os Pólos de Educação Permanente em Saúde foram propostos pelo Ministério da Saúde e representam instâncias colegiadas para articular, dialogar, negociar e pactuar questões relativas à Educação Permanente. São espaços locorregionais onde atores de diversas origens poderão se encontrar, como em uma mesa de negociações, nos quais poderão ser identificadas necessidades e planejadas estratégias. Os Pólos devem funcionar integrados ao SUS.

	péssimo	ruim	regular	bom	excelente
3- Didática (transmite o conhecimento de forma clara)	8%	0	8%	40%	44%
4- Relação Professor - aluno	8%	0	12%	20%	60%

	nunca	às vezes	sempre
5- Procura extra classe do professor (solução das dúvidas)	20%	56%	24%

Responderam de forma descritiva e espontaneamente apenas 40% dos estudantes da amostra, entre os quais 4% emitiram opiniões *favoráveis*.

- *Estágio II muito bom. Poderia melhorar as instalações*

Foram consideradas *indiferentes* as respostas de 8% dos estudantes.

- *A biblioteca não tem ar condicionado.*

- *Data show para aulas.*

Responderam desfavoravelmente 28% dos entrevistados.

- *Não houve aulas teóricas!! O conhecimento teórico é importante.*

- *Acho que a disciplina deveria ser dada em períodos iniciais.*

- *Acho que a disciplina de estágio supervisionado poderia ser mais aproveitada, pois não acho que trabalhar com educação em escola (crianças de 6 anos) renda o esperado. Se fosse feito trabalho de educação com os pais, renderia muito mais.*

- *Nós só fazemos ART¹⁰ nesta disciplina.*

¹⁰ ART é a sigla em inglês para uma técnica de restauração atraumática, na qual o uso de equipamentos é dispensado e a solução de alguns problemas incipientes de cárie dentária é possível apenas com o uso de instrumentais manuais e de materiais restauradores auto-polimerizáveis, sem necessidade de insumos sofisticados.

- Da maneira como é aplicada, deveria ser extinta, pq é desnecessário que no 8º p tenhamos que fazer ART e instrução de higiene oral p/as crianças, isso é coisa p/4º p.

O nosso estágio deveria ser de livre escolha em alguma instituição conveniada c/UFF (Ex: SESC, Hospitais, SMS-Rio).

As professoras são boas mas deveriam ser aproveitadas em outras matérias.

- A proposta da disciplina não é atingida pois não há na verdade um programa de educação bem estruturado. Os alunos do 8º período ficam escavando os dentes das crianças e fazendo ART. Essa disciplina deveria ser colocada em período mais baixo.

- Acho que a proposta da disciplina no currículo não é o que corresponde à realidade. Deveríamos ficar em uma clínica aplicando conhecimentos que adquirimos e não ficar em uma escola pública escovando dente de criança. Se esta for a proposta da disciplina, ela deve ser dada no 4º período, mas para uma disciplina de 8º período é incoerente a sua proposta.

As respostas às questões objetivas denotam que, em relação à avaliação dos alunos na disciplina (1), houve uma significativa insatisfação com a divulgação dos critérios e um certo equilíbrio de opiniões acerca da coerência com o conteúdo ministrado (2), sendo que nesta última questão, houve uma grande abstenção, o que pode estar relacionado com o fato de a disciplina não apresentar conteúdos teóricos, de acordo com uma das manifestações espontâneas.

As respostas relativas ao relacionamento dos alunos com os docentes demonstram que, nesta disciplina, o entrosamento entre estes atores foi muito bom, o que confere com a ressalva que foi feita em uma das opiniões espontâneas sobre a disciplina que, apesar de ser classificada como desfavorável, pontua a competência das professoras.

As opiniões espontâneas dos alunos, de um modo geral, refletem a tendência de resistência às mudanças, com forte apego aos padrões tecnicistas que, como já

explorado neste trabalho, vem caracterizando a profissão de cirurgião dentista. Algumas opiniões, que aqui classificamos como indiferentes, se limitam a observar ausência de equipamentos. Mesmo na única manifestação explícita de apoio à disciplina, a referência às instalações é pontuada: *poderia melhorar as instalações*. Percebe-se uma valorização acentuada do uso de equipamentos e insumos mais sofisticados. A técnica de ART, muito criticada, talvez não tenha sido compreendida dentro de seu escopo de importante ferramenta na promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde bucal das crianças atendidas. O caráter utilitarista ainda predomina, ficando difícil perceber algum viés humanista em suas respostas, pois os alunos consideram perda de tempo o trabalho de educação em saúde em escolas públicas, utilizando termos que podemos considerar como nada acadêmicos e até mesmo pouco respeitosa com o público alvo dos trabalhos realizados na disciplina (...) *escavando os dentes das crianças e fazendo ART(...); (...) e não ficar em uma escola pública escovando dente de criança (...)*.

Estas opiniões, apesar de em sua maioria denotarem um caráter tecnicista e pouco interessado nas questões de promoção e prevenção apontam, entretanto, deficiências que são coerentes com as críticas que têm sido feitas ao atual modelo de educação em saúde. Como já transcrito acima, os Artigos 7º e 8º das DCN preconizam articulação entre conteúdos e complexidade crescente, assim como outros cenários de aprendizagem, problemas levantados nas opiniões discentes, inclusive com a queixa recorrente de inserção tardia deste estágio na grade curricular.

Também como já referido acima (Perri de Carvalho e Kriger, 2006: 10), a legislação educacional, desde 1982, já permite a efetivação do estágio em outras unidades devidamente conveniadas às instituições de ensino.

3.1.2 Disciplina *Odontologia Social e Preventiva VI*

É fato que, no caso da disciplina **OSP VI**, o simples aumento de carga horária no currículo vigente não representou, por si só, o alcance de inovações concretas. Na ocasião da implantação deste currículo, houve resistência, inclusive dos alunos, em aceitar esta alteração, pois em sua maioria, alimentavam uma expectativa de atuação privada que, tempos depois, se mostrou frustrante, face à realidade de esgotamento do mercado, já abordada neste trabalho. A OSP era vista por muitos como “odontologia para pobres” e, nesta perspectiva, a opinião dos docentes reforçava esta noção (disciplinas humanistas como “perfumaria”), perpetuando uma visão conservadora no ensino da Odontologia. No questionário discente analisado, infelizmente, ainda encontramos opiniões que corroboram esta visão equivocada, embora a maioria das falas espontâneas sejam de apoio.

- **Com a palavra, os estudantes**

21 alunos responderam ao questionário discente relativos à disciplina **OSP VI**. As respostas às questões objetivas estão dispostas nas seguintes tabelas:



**muito
 adequado**

**pouco
 adequado**

Foram consideradas *indiferentes* as respostas de 14% da amostra.

- *Tranquei a disciplina para fazer período que vem.*
- *Essa disciplina não trabalha com clínica nem com laboratório.*
- *Disciplina não possui clínica/laboratório. Sala de aula reservada a disciplina não possui ventilação e tamanho adequado a quantidade de alunos.*

Responderam desfavoravelmente 10% dos entrevistados.

- *Não vejo interesse nessa matéria para um dentista, é só um jeito de administrar miséria.*
- *O trabalho de campo não corresponde com a área da odontologia. Só foi feito o acompanhamento do programa médico de família em Niterói. Me senti perdendo tempo.*

Nas opiniões dos alunos sobre esta disciplina, as respostas objetivas apontam uma satisfação com a divulgação dos critérios e coerência na avaliação aplicada, coincidindo também com as opiniões favoráveis nas questões relativas ao entrosamento entre docente e alunos. Este bom entrosamento é recorrente também nas manifestações espontâneas, nas quais fica clara a importância do papel do docente no alcance dos objetivos da disciplina. A didática e o domínio de conhecimentos foram largamente aprovados. O trabalho do professor é enfaticamente elogiado: *O professor da disciplina é espetacular, ... Prof. (nome) foi um excelente professor; ensinou-me a enxergar e entender coisas que antes não me despertavam.*

A hegemonia do pensamento tecnicista novamente se manifesta nas opiniões aqui classificadas como indiferentes, na medida em que alguns alunos preferem fazer referências a laboratórios, clínicas e outros equipamentos, quando o que se esperava era uma avaliação de outros aspectos da disciplina. Parecem repetir o estigma de se

considerar disciplinas de caráter mais humanistas como “perfumarias”, afinal, se não tem clínicas ou laboratórios, não é ciência, não é Odontologia.

De fato, apesar de a maioria das manifestações espontâneas terem sido de apoio, as críticas desfavoráveis, mesmo em menor proporção, foram bastante emblemáticas da resistência em aceitar uma contextualização da educação em saúde com os objetivos do SUS, como já abordado neste trabalho. Ainda soa muito forte e de forma muito preconceituosa a colocação, já bastante antiga, de que a disciplina (...) *é só um jeito de administrar a miséria* e de que houve perda de tempo no acompanhamento de programas do SUS: *O trabalho de campo não corresponde com a área da odontologia*. Mais uma vez, aparece de forma muito nítida a noção de que os conteúdos sociológicos e humanísticos, incluindo-se a inserção na realidade de atendimento à população, não se reveste de significado para aqueles que têm uma visão estritamente tecnicista da profissão. Fica muito claro que ainda há um duro caminho a ser percorrido na mudança deste tipo de concepção, a nosso ver muito limitada, sobre as questões da saúde em nossa realidade.

3.1.3 Disciplina *Clínica Integrada*

O perfil de profissional de Odontologia que se pretende alcançar com as mudanças que estão sendo implementadas na formação, exige uma capacitação do aluno para o atendimento ao paciente de forma integral, holística. O aluno deve ser capaz de realizar a semiologia do paciente e estabelecer o diagnóstico completo, abrangendo não apenas o estado de saúde bucal, mas também levando em conta as condições

sistêmicas, sociais e culturais do indivíduo. O clínico geral é aquele que sabe diagnosticar e resolver a maioria dos agravos de saúde bucal de seus pacientes, o que está para além do domínio, às vezes restrito, das especialidades. Para tanto, necessita ter excelente nível de conhecimentos básicos que o credenciem a intervir em situações de emergência, assim como também saber a hora de encaminhar o paciente a um tratamento mais especializado, quando estritamente necessário. Neste sentido, não basta o domínio técnico/científico nas diversas áreas da Odontologia, mas deve desenvolver-se em uma formação humanística e ética, com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças, consciente da necessidade de uma constante atualização em processos de educação continuada/permanente. A integralização dos novos currículos é uma das maiores bandeiras de luta entre os que almejam uma formação em saúde mais próxima deste perfil almejado. Podemos mesmo considerá-la como um dos principais eixos das mudanças propostas nas DCN.

As primeiras experiências de implantação de clínicas integradas nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil aconteceram nos anos 1970 gerando intensas discussões. Entretanto, somente com a Resolução nº 4, de 3/9/1982, o então Conselho Federal de Educação estabeleceu a introdução desta disciplina nos currículos das Instituições de ensino odontológico (Perri de Carvalho e Kriger, 2006).

Padilha (1998), em amostra que incluiu 61,44% das escolas de Odontologia no Brasil, demonstrou uma diversidade conceitual, de orientação filosófica e de estruturação interna nas Clínicas Integradas. Apontou a consolidação crescente da disciplina nos currículos odontológicos, assim como identificou avanços que apontavam modelos de ensino inovado na Odontologia, apesar da constatação de que ainda não existia

correspondência entre o modelo curricular idealizado pelos docentes e o modelo real de currículo implementado pelos Cursos de Odontologia.

A inserção tardia desta clínica no currículo vigente da FOUFF (9º e último período) constitui-se em mais um dos pontos de divergência em relação ao que está sendo preconizado nas DCN. De fato, o Artigo 7º, já transcrito anteriormente, refere-se a uma inserção dos estudantes em atividades clínicas acontecendo ao longo de toda a sua formação, obviamente obedecendo a um critério de complexidade crescente. Da forma como esta disciplina está inserida nesta grade curricular, o estudante percorre todo o currículo com uma visão fragmentada da saúde, estudando apenas as especialidades, restando muito pouco tempo para “juntar” e “encaixar” todos os conhecimentos em uma abordagem holística, o que na verdade deveria acontecer desde seus primeiros contatos com os pacientes.

- **Com a palavra, os estudantes**

Dezoito alunos responderam ao questionário relativo à disciplina Clínica Integrada e as respostas às questões objetivas apresentaram os seguintes percentuais:

	muito adequado	pouco adequado	inadequado	não respondeu
Divulgação dos critérios e formas de avaliação	33%	22%	39%	6%
Coerência entre conteúdo ministrado e avaliação aplicada	22%	28%	33%	17%

	péssimo	ruim	regular	bom	excelente
--	----------------	-------------	----------------	------------	------------------

Didática (transmite o conhecimento de forma clara)	28%	11%	39%	22%	0
Relação Professor - aluno	27%	17%	22%	17%	17%

	nunca	às vezes	sempre	não respondeu
Procura extra classe do professor (dúvidas e respostas)	28%	62%	5%	5%

Nas respostas espontâneas, 55,5% dos alunos da amostra fizeram suas observações, sendo que todas as manifestações foram classificadas como desfavoráveis.

Na opinião dos estudantes sobre esta disciplina houve uma certa incoerência entre as avaliações objetivas e as manifestações espontâneas, feitas ao final dos questionários. Nas respostas objetivas, observa-se um equilíbrio entre posicionamentos positivos e negativos sobre o processo de avaliação da aprendizagem usado e o relacionamento com os professores. Já nas manifestações espontâneas, 100% das críticas foram desfavoráveis nos dois aspectos abordados, embora uma ressalva tenha sido identificada, referida mais ao esforço próprio do estudante do que propriamente à qualidade da prática educativa. (...) *é uma disciplina que se desenvolve dependendo do interesse de cada aluno. Pude ter bom aproveitamento, porém pude ver que dependeu muito mais do meu esforço.* Da mesma forma, no que diz respeito ao relacionamento professor-aluno, encontra-se uma manifestação relativamente favorável, se considerarmos o ponto de vista do estudante que mereceu atenção mais acentuada do professor. (...) *Só dão atenção para os casos que eles têm interesse em documentar (...); (...)* *deveriam orientar TODOS os alunos. Observa-se hoje que há interesse apenas nos casos de determinados alunos (...)*

Ainda com respeito à visão dos estudantes sobre o corpo docente, as manifestações dão conta da insuficiência de professores para atender à demanda por uma formação mais próxima da realidade, por orientação mais assídua nos cenários de prática e por planejamento de estratégias que integrem os conhecimentos básicos com os profissionalizantes. É emblemática a afirmativa de um estudante que buscou, por si só, superar lacunas da formação. (...) *A disciplina tem que ser reformulada pela sua importância; (...) fiz dos estágios e cursos extra faculdade a minha clínica integrada.* São, também, importantes as manifestações sobre a integração dos conhecimentos. (...) *Não que sejam necessários especialistas, mas generalistas capazes de orientar qualquer procedimento. (...) Não há qualquer tipo de integralidade.*

Um problema, insistentemente apontado pelos alunos, diz respeito à questão da avaliação:

(...) Não concordo com avaliação baseada nas fichas clínicas, pois esse critério não leva em consideração a qualidade do trabalho executado; (...) a maneira como abordam a ficha de anamnese, plano de tratamento e os índices precisa ser melhor explicada.

A inserção tardia da disciplina, assim como sua curta extensão, também é lembrada pelos estudantes: *É ruim apenas no último período termos a Clínica Integrada; ... deveria começar no oitavo período e continuar no nono; ... É uma pena, já que só há 1 período na UFF dessa clínica...*

O que fica claro na análise das manifestações espontâneas é o descontentamento com a disciplina Clínica Integrada, o que, de alguma forma, é preocupante, uma vez que se

trata de uma disciplina com potencial que a torna mais próxima daquilo que está previsto nas DCN.

3.2 O novo currículo

O novo currículo da FOUFF, que está sendo concebido de forma a tentar contemplar de maneira mais abrangente as DCN, já foi aprovado no Colegiado do Curso, mas necessita adequar-se às exigências de modificações solicitadas por diversos professores e também pelo Colegiado da Unidade para, só então, submeter-se novamente a aprovação deste Colegiado e efetivar sua implantação. A perspectiva, segundo a Coordenação do curso, é de que isso ocorra no 2º semestre de 2007, mais de três anos após o início dos trabalhos da comissão responsável por sugerir o novo currículo e mais de cinco anos após a aprovação das DCN para os cursos de Odontologia no Brasil, fato este que aponta indícios das resistências encontradas.

3.2.1 Histórico da reforma curricular na FOUFF

A Coordenação de Curso da FOUFF, em cuja gestão iniciou-se o processo de mudança curricular, assumiu suas funções em dezembro de 2002, após um pleito realizado na Faculdade que a elegeu para um mandato de quatro anos, tendo sido parcialmente reeleita em 2006 (manteve-se o Coordenador, substituiu-se a Vice-Coordenadora) por mais quatro anos.

Após alguns poucos meses do primeiro exercício, depois de uma participação em reunião realizada em março/2003 na Faculdade de Farmácia, com Coordenadores dos diversos cursos da área da saúde na UFF, o então recém-eleito Coordenador do curso de Odontologia constatou que este era o único curso ali representado, que ainda sequer iniciara o processo de mudança curricular, seguindo as orientações preconizadas nas DCN. Em ATA da reunião do Colegiado do Curso de Odontologia, realizada em 12/11/2003, é citado que o Coordenador do Curso informou a plenária que o Curso de Odontologia estivera ausente por 4 anos daquelas reuniões com os outros Coordenadores e que não encontrara, quando assumiu o cargo, nenhum documento na Coordenação que fizesse menção a qualquer processo de mudança curricular. Nesta mesma reunião ficou decidido a convocação de uma Comissão de Reforma Curricular, pois existia um prazo para entrega do novo projeto que expiraria em julho de 2004. Ficou então acordado que os Departamentos indicariam representantes para a referida Comissão.

De fato, nesta ocasião, todos os outros cursos da área da saúde na UFF já haviam iniciado processos de mudança curricular. Alguns cursos, como o de Medicina e o de Enfermagem, já haviam até implementado seus novos currículos em 1994 e 1996, respectivamente, bem antes, inclusive, da aprovação das DCN para os cursos da área da saúde em âmbito nacional, antecipando-se às modificações que seriam preconizadas.

Fazendo-se uma análise do contexto histórico que envolve as políticas de saúde pública na cidade de Niterói-RJ, chega-se à conclusão de que isto foi possível porque,

no caso deste município, onde a UFF está sediada, houve desde a década de 1970, o desenvolvimento de uma articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde, os Movimentos Sociais e a própria Universidade, no sentido de desenvolver um processo de formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos em saúde voltados para a comunidade, especialmente as populações mais carentes.

A capacidade de visualização desta demanda - de formar profissionais mais conscientes de seu papel social - propiciou esta integração favorecendo um processo coletivo cuja meta sempre foi a de contextualizar a formação em saúde, assim como obter um perfil de profissional comprometido e engajado com os objetivos da reforma sanitária.

Estas experiências locais de integração ensino-serviço-sociedade acabaram por lançar o município no cenário nacional das inovações em política sanitária divulgando projetos como o *Niterói-AIS* (1982), *Municipalização e Distritalização - SUS* (1991) e o *Programa Médico de Família* (1992). O município tornou-se, então, um local privilegiado de definição de políticas de saúde em nível nacional (UFF, 2006).

Participando de diversas estratégias de atuação, os cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde da UFF, principalmente Medicina e Enfermagem, passaram a vivenciar experiências inovadoras, como por exemplo o *Programa de Extensão do CCM* (Centro de Ciências Médicas) que, a partir de sua implantação em 1992, passou a valorizar a organização da assistência às populações adscritas, destacando-se a proposta do *Programa Médico de Família*. Estes antecedentes

históricos permitiram à UFF um pioneirismo na implantação das diretrizes curriculares nos cursos da área da saúde (UFF, 2006).

Buscando uma aproximação com todo este movimento de reforma curricular, já em expansão por todo o país, o Colegiado do Curso da FOUFF, conforme consta da ATA da reunião realizada em 14/01/04, aprovou inicialmente o nome de 22 professores representantes dos departamentos que compõem o colegiado do curso, com a participação de docentes dos ciclos básico e profissionalizante e sob a Presidência da Vice-Coordenadora do Curso, para comporem a Comissão de Reforma Curricular. Na mesma ATA, é citado um indício de resistência, pois um dos Departamentos não teria indicado representantes para a Comissão, mesmo após inúmeros contatos da Coordenação do Curso neste sentido. Esta comissão ficou responsável por elaborar o novo Projeto Pedagógico do curso, além do Projeto de Reforma Curricular.

Segundo Relatório de atividades da Comissão de Reforma Curricular, os trabalhos foram iniciados com a análise de alguns currículos de Faculdades que já haviam procedido a sua reformulação, assim como a consulta às recomendações do MEC e da ABENO neste sentido. A Pro-Reitoria de Assuntos Acadêmicos (PROAC) da UFF também prestou assessoria aos trabalhos da Comissão, além de esclarecimentos aos corpos docente e discente por meio da realização de 2 palestras. A ATA da reunião do Colegiado do Curso de 11/02/2004 cita a divulgação de um destes encontros com os professores sobre o tema da Reforma Curricular, com a participação de representantes da PROAC/UFF. A Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) promoveu um encontro na FOUFF com o mesmo objetivo. Entretanto, no mesmo relatório, a

Comissão denuncia episódios de resistência ao citar que várias disciplinas não haviam enviado as novas ementas de algumas disciplinas, obrigando a Comissão a entregar vários formulários em branco à PROAC, pois precisavam cumprir prazos.

No dia 30/06/2004, em nova reunião extraordinária do Colegiado do Curso, consta da ATA que a Presidente da Comissão de Reforma divulgou junto à plenária a nova grade curricular e fez a leitura do Projeto Pedagógico, explicando seus itens. Algumas manifestações de apoio são citadas, com elogios de alguns professores aos trabalhos da Comissão. Entretanto, alguns problemas foram levantados, principalmente envolvendo a questão da carga horária. Esta, aliás, passa a ser uma crítica recorrente em todos os documentos analisados a partir desta data, observando-se uma forte resistência dos professores em aceitar diminuição de carga horária, como ilustramos a seguir, com alguns trechos da ATA desta reunião: (...) *A prof^a (nome) perguntou como ficaria a carga horária da disciplina (nome) (...); (...)* O prof. (nome) (...) *explicou que a disciplina (nome) possui a maior carga horária semanal e que, com a nova Reforma Curricular, a carga horária da (nome) diminuiu (...);* O prof. (nome) *disse ter mandado um memorando para a comissão pedindo para rever a carga horária da disciplina (nome) (...)* Apesar destas reclamações, foram colocados em votação e aprovados o Projeto Pedagógico e o Projeto de Reforma Curricular, com a ressalva de que ainda estavam em processo de construção.

A ATA da reunião extraordinária do Colegiado do Curso, realizada em 10/11/2004, cita que a Presidente da Comissão de Reforma fez um resumo para a plenária das atividades até então desenvolvidas, ressaltando as dificuldades em se reunir todos os

docentes componentes da Comissão. Refere que as atividades foram várias vezes interrompidas por inúmeros motivos, entre os quais cita os constantes feriados e vários imprevistos ocorridos com os membros da Comissão. Informa que, em acordo com o Coordenador do Curso, resolveram destituir a Comissão inicial, permanecendo em uma nova Comissão apenas aqueles docentes que realmente tinham condições de participar das atividades. A Comissão passa a contar com apenas 6 docentes.

Em memorando de 24/05/2005, da Presidente da Comissão de Reforma direcionado a Pro-Reitoria de Assuntos Acadêmicos (PROAC), ao Centro de Ciências Médicas (CCM) e ao Departamento de Odontotécnica (MOT), é encaminhada a ATA da reunião da Comissão realizada em 17/05/2005 com representantes de algumas disciplinas e o chefe do MOT. Mais uma vez a questão do horário volta a ser motivo de queixas e reivindicações. Na reunião foram discutidas também questões de sobreposição de conteúdos. A Presidente da Comissão solicita ajuda na elaboração do Projeto, lembrando que alguns docentes haviam se comprometido neste sentido, porém não mais se manifestaram, mesmo após o envio de várias mensagens eletrônicas.

Boa parte das discussões durante esta reunião girou em torno de equipamentos e sua manutenção. A reunião foi encerrada com a Presidente da Comissão solicitando ao chefe do Departamento que este alertasse aos representantes das disciplinas ausentes sobre a importância do comparecimento nas próximas reuniões, pois não o faziam desde o ano anterior, deixando inclusive de entregar vários formulários importantes para serem anexados ao Processo.

Em outro memorando, da mesma data, desta vez direcionado ao Departamento de Odontoclínica (MOC), foi informado sobre a ATA da reunião acontecida em 23/05/2005. Após a Presidente da Comissão expor o andamento dos trabalhos e as decisões até então tomadas, a maioria dos professores presentes manifestou-se contrária às mudanças, discordando de que estas pudessem melhorar a qualidade do ensino. O chefe do Departamento, porém, elogiou o trabalho da comissão e ponderou que a LDB e as DCN determinam as regras e o perfil do egresso que os currículos devem obedecer. Um dos docentes reiterou seu descrédito, afirmando em diversas intervenções que o ensino pioraria após as mudanças anunciadas.

A análise desta documentação, que consta de ATAS, Memorandos e Relatórios sobre as questões do processo de mudança curricular que vem ocorrendo na FOUFF, demonstram claramente que este tipo de empreitada, que busca alterações profundas na estrutura curricular de um curso, tem sido bastante conflituoso, provocando reações adversas de resistência às mudanças, principalmente dos docentes, o que é um ponto em comum com experiências similares em outras instituições de ensino.

Entretanto, o papel do professor como produtor de inovações curriculares é inquestionável, pois o objetivo das reformas só se concretiza através de um processo apropriativo por parte dos docentes, conscientizando-se que existe a necessidade de mudanças também em sua maneira de agir, no seu contexto de trabalho e no seu universo cognitivo. Neste ponto reside um impasse: os limites de se pretender mudar pessoas e organizações. Boas idéias e gestão eficaz não constituem garantia de êxito de uma reforma.

Mais do que impor mudanças determinadas, em momentos temporais determinados, está, hoje, em questão a criação de uma dinâmica autônoma e permanente de mudança, ou seja, um processo de “inovação contínua”, baseada na criatividade dos professores e das escolas e da sua capacidade para, de forma permanente, recriar e rectificar objectivos e modalidades de acção. (Canário, 2005: 99)

Nesta citação, o Professor Rui Canário nos lembra o carácter democrático que deve embasar qualquer processo de mudança curricular, lembrando que este processo deve fazer parte do cotidiano da escola, até porque, independente de Leis, Decretos ou Pareceres, as escolas mudam, como em qualquer outro sistema aberto, pois sofre pressões de seu contexto e precisa manter sua identidade (Canário, 2005).

3.2.2 Novas disciplinas em um novo currículo

As ementas das disciplinas que foram criadas ou modificadas para se ajustar ao novo currículo, a princípio, foram elaboradas de modo a cumprir o que determina as DCN em seu Artigo 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.

Vale ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais contém apenas conteúdos considerados essenciais, nos quais as Instituições de Ensino Odontológico devem se ater para, com base nestes pressupostos, construir seus currículos, incluindo estes conteúdos e acrescentando outros que julguem pertinentes às suas peculiaridades locais.

As disciplinas do novo currículo elencadas para análise obedeceram ao critério de aproximação com as inovações propostas nas DCN, sendo elas: **Saúde e Sociedade, Métodos e Técnicas de Pesquisa, Epidemiologia Aplicada, Unidade Terapêutica I, II e III, Unidade de Terapia Cirúrgica, Radiologia Odontológica e Imagenologia Dento-Maxilo-Facial, Estomatologia Integrada, Clínica Interdisciplinar I, II, III e IV, Planejamento e Gerência em Saúde, Odontogeriatrics, Internato em Estomatologia Hospitalar, Saúde Bucal no PSF e Trabalho de Conclusão de Curso.**

As ementas de algumas destas disciplinas procuraram se enquadrar nos pressupostos mínimos requeridos pelas DCN, abrangendo não apenas os conteúdos teóricos, como também buscando uma inserção dos estudantes, desde seu ingresso no Curso, na realidade do atendimento dos programas de saúde no contexto da localização da FOUFF.

A disciplina **Saúde e Sociedade**, por exemplo, apresenta conteúdos teóricos que incluem as ciências humanas, sociais e aspectos culturais, apresentando a história das Ciências da Saúde, assim como a participação da Odontologia neste contexto, além de prever uma imersão dos alunos, logo no 1º período, nas políticas de saúde da família e sociedade na cidade de Niterói-RJ.

A disciplina **Epidemiologia Aplicada à Odontologia**, busca apresentar ao aluno os conceitos que o credenciarão ao diagnóstico e planejamento de ações de saúde de comunidades em nível local, distrital e municipal, buscando estabelecer correlações entre saúde bucal e qualidade de vida das populações. A aplicação prática dos conteúdos teóricos está prevista em trabalhos de campo que se darão no 3º período do Curso.

As disciplinas de **Unidade Terapêutica I, II e III**, inseridas no 3º, 4º e 5º períodos, respectivamente, apresentam, na verdade, uma adaptação das clínicas por especialidade que acontecem no currículo ainda vigente, modificando-se apenas sua nomenclatura. Não há possibilidades de avaliar, apenas pela análise das ementas, se estas disciplinas apresentarão inovações em suas práticas.

As disciplinas de **Clínica Interdisciplinar I, II, III e IV**, inseridas a partir do 6º até o 9º período, substituem a antiga Clínica Integrada, que no currículo vigente acontece apenas no 9º e último período. Como vimos anteriormente, na análise da avaliação dos estudantes sobre esta disciplina, houve uma insatisfação quase unânime em relação

aos objetivos de integrar conhecimentos. Pontuamos também o enorme potencial desta disciplina, residente na identificação com um dos mais importantes eixos das DCN: a integralidade dos currículos. Entretanto, numa análise das ementas destas disciplinas no currículo que está sendo proposto, apesar de se considerar como avanço o seu desdobramento e distribuição por 4 períodos, iniciando-se no 6º e terminando no 9º, os conteúdos apresentados nestas ementas são rigorosamente os mesmos, não havendo detalhamento quanto aos níveis de complexidade que, a nosso ver, deveriam acontecer, como previsto nas DCN.

Outras importantes disciplinas que são novidades no currículo que está sendo planejado são **Planejamento e Gerência em Saúde e Trabalho de Conclusão de Curso**. A primeira, além de ser uma orientação contida nas DCN, é uma reivindicação de um segmento de alunos (vide avaliação discente da disciplina OSP VI, neste trabalho) e profissionais de Odontologia, constituindo-se em importante contribuição na atuação em saúde pública. A segunda, além de permitir ao aluno demonstrar o grau de habilitação adquirido durante o Curso, permite o estímulo à produção científica, aprimorando sua capacidade de interpretação e crítica.

De um modo geral, o novo Projeto Pedagógico, assim como as ementas das disciplinas e sua distribuição no novo currículo, procuram se coadunar com os objetivos apontados pelas DCN, não obstante, devemos levar em conta que são apenas documentos e que, na verdade, a ressignificação que os diversos atores envolvidos processarão e o cotidiano da implantação deste novo currículo é o que se constitui como fator fundamental na determinação do sucesso ou do fracasso desta jornada.

O desafio, portanto, não é pequeno. Vencer resistências, ajustar conteúdos, integrar ações com os serviços, responder necessidades de saúde bucal da população são alguns dos obstáculos a serem enfrentados para o que apresentamos, no próximo capítulo, alguns temas ligados às ciências sociais e da educação, com intuito de colaborar para a continuidade da reflexão e da discussão sobre o ensino de Odontologia na UFF, de modo que defesas e críticas à legislação em vigor e à viabilidade de implantar inovações curriculares sejam respaldadas por argumentos fundados naquelas ciências.

4 Contribuições para o processo de inovação curricular na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – FOUFF

Em uma espécie de jornada de possíveis mudanças, os docentes de Odontologia são apresentados a novos termos que, embora afeitos aos que atuam no campo das ciências da Educação, representam para eles um novo glossário que pode, em princípio, intimidá-los, levando-os a uma defesa do modelo curricular tradicional, já conhecido, pois manifesta-se aí uma tendência a se acomodar naquilo que já se domina, rejeitando-se o novo. Ao pensar em contribuições para os processos de inovação curricular que estão em curso no âmbito acadêmico da FOUFF, identificou-se a necessidade de aproximação e aprofundamento de conceitos relativamente estranhos à maioria dos professores que atuam na área da saúde, em particular na Odontologia.

Justifica-se esta preocupação pela velocidade de transformação do mundo globalizado, influenciada e impulsionada pelas novas tecnologias da informação e comunicação, que têm exercido forte influência no papel da docência universitária, exigindo permanente atualização dos professores em um contexto de transição paradigmática. Sobre este assunto, Machado (1996) observa:

O mundo atual, globalizado, em contínua mudança, exige dos novos profissionais uma formação flexível, que lhes proporcione o desenvolvimento de raciocínio lógico, autonomia, articulação verbal, capacidade de iniciativa, comunicação e cooperação, capacidade de tomar decisões.

Santomé (1998: 83), ainda sobre este tema, pontua:

Portanto, entender o significado das propostas curriculares integradas obriga-nos também a levar em conta as dimensões globais da sociedade e do mundo em que vivemos, estar atentos à revolução informativa e social na qual estamos imersos.

No plano nacional, a legislação educacional, a pressão da sociedade e seus movimentos organizados, assim como a presença do Estado avaliativo impõem uma expansão acelerada da educação superior, com qualidade competitiva, exigindo-se para tanto a adequação das instituições de ensino às demandas da sociedade, do mercado e do próprio governo. Em seu Artigo 2º, a Resolução CNE/CES (Brasil, 2002), que institui as DCN para os cursos de Odontologia, determina que os princípios, fundamentos, condições e procedimentos na formação de Cirurgiões Dentistas contidas nas Diretrizes, nortearão as avaliações dos projetos pedagógicos das Instituições de Ensino Superior. As instituições e seus docentes, neste contexto, necessitam de uma constante capacitação, pois o seu papel está em xeque, principalmente no que diz respeito à sua formação pedagógica.

Desta forma, apresentam-se a seguir alguns temas recorrentes entre aqueles que se comprometem com inovações curriculares e assumem responsabilidade pelo processo de ajuste à nova legislação educacional. Teorias do currículo, introdução de conteúdos sociológicos, valorização de aspectos humanizadores, a nova escola em um mundo globalizado e a crítica de novas tecnologias da informação e comunicação constituem um panorama dos temas mais discutidos entre educadores. Outros assuntos igualmente importantes como, por exemplo, integralidade e diversificação de cenários de práticas, já se encontram contemplados no desenvolvimento deste trabalho.

Se não totalmente estranhos, estes temas certamente não foram aprofundados na formação da grande maioria dos docentes que atuam nas escolas de Odontologia, inclusive na UFF. Como pontuado por Perri de Carvalho (2001: 72), o sucesso destes

professores vinha sendo analisado sob o enfoque da competência profissional que não representa, necessariamente, o ideal para uma compreensão mais ampla do papel social da profissão num mundo globalizado, lembrando que estes docentes, até recentemente (...) *eram os profissionais bem sucedidos e disponíveis para ensinar nas faculdades*. De fato, a maioria dos professores nas faculdades de Odontologia foi formada sob currículos tradicionais, nos quais a ênfase predominante sempre foi majoritariamente tecnicista e curativa com pouco ou nenhum enfoque em parâmetros pedagógicos ou humanísticos. Sobre este assunto, em pesquisa recente Secco (2004), analisando as concepções de qualidade de ensino de professores/coordenadores de cursos de Odontologia no estado de São Paulo, que possuem pós-graduação *stricto-sensu*, conclui que a dimensão pedagógica de suas atividades docentes oscila entre modelos tradicionais e inovadores, essencialmente no que diz respeito a métodos de ensino-aprendizagem, participação do aluno e tutoria. Ressalta a fragilidade das posturas aparentemente inovadoras, segundo a autora, por falta de fundamentos epistemológicos. Pontua ainda posicionamentos equivocados por parte destes atores ao tratarem de aspectos pedagógicos e curriculares, evidenciados na colocação de que os cursos de Odontologia nos quais exercem sua docência/coordenação estariam já preparados para os desafios do mundo contemporâneo.

Não cabe aqui um estudo profundo sobre estes temas apontados acima, nem se pretende cair na ingenuidade de pensar que eles englobam todo o arsenal que os docentes necessitam na iniciativa de implementar inovações curriculares. Por certo, esta seria uma tarefa extremamente complexa, e o que se pretende aqui é apenas uma breve reflexão sobre as bases do pensamento educacional, iniciando-se pelos estudos

das teorias do currículo, na medida em que, de alguma maneira, este assunto é o suporte da questão central deste trabalho.

4.1 Teorias do Currículo: panorama das inovações

Currículo é uma área de estudos relativamente recente no campo da educação, levando-se em conta que pesquisas e práticas curriculares sobre as quais têm-se as primeiras notícias datam de 1949, com o modelo de Tyler do qual extraíam-se os três principais componentes: objetivos que a escola pretende atingir, seleção e organização das experiências educativas necessárias ao atendimento dos objetivos e avaliação dos objetivos (Brant, 1995: 56).

O termo currículo, por sua diversidade de compreensões, pode ser considerado polissêmico, sujeito a uma ambigüidade de sentidos, a uma gama considerável de interpretações, como se depreende dos vários estudos produzidos por esta recente especialidade no campo da educação, essencialmente durante o século XX. São, portanto, estudos que refletem diversas tendências de pensamento, desde a concepção de “conjunto de princípios científicos para organização e acompanhamento do processo de ensino”, até as perspectivas que o caracterizam como “simples expressão da ideologia dominante” como pontuado por Moreira (1990: 14).

Curriculum, que deriva do verbo *currere*, é a palavra em latim que, etimologicamente, deu origem ao termo currículo, tendo como um de seus significados a “pista de corrida”. Neste sentido, o currículo toma corpo e forma, apresentando-se como lugar, espaço, e

nos remete também a uma perspectiva de trajetória, de um percurso a seguir. Durante esta viagem - o percurso de um currículo – passamos por processos de mudanças e, às vezes de transformações, terminando a jornada certamente diferentes de como a iniciamos. O currículo, portanto, postula também o papel de influenciar nossa maneira de ser, de ver o mundo, nossa visão de sociedade, nossos posicionamentos políticos, nossa bagagem cultural. O objetivo a ser alcançado é, em última análise, a formação de um determinado tipo de profissional, de ser humano, de cidadão.

Várias teorias sustentam a construção das diversas tendências curriculares projetando diferentes perfis de ser humano. Os conceitos propostos pelo currículo estão, portanto, imbricados na formação e/ou transformação do ser aprendente. As correntes educacionais mais tradicionais, por exemplo, investem na formação de um ser mais racional, mais cartesiano, enquanto as teorias educacionais classificadas como críticas defendem um modelo de ser humano desconfiado e questionador da forma como a sociedade se constitui. Enfim, neste sentido, o currículo passa a ser não apenas uma questão de conhecimentos a serem transmitidos, como primariamente poderia se supor, mas também uma questão de definição de identidades e, conseqüentemente, também de subjetividades. Que tipo de ser humano se deseja formar? Qual perfil profissional pode-se identificar em uma formação decorrente de currículo que adota determinada teoria educacional? (Silva, 2004).

As DCN para o curso de Odontologia, em seus Artigos 10 e 13, deixam claras as definições de perfil do egresso que se almeja na implantação das mudanças curriculares:

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.

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.*

O currículo também não pode deixar de ser visto como uma questão de poder, na medida em que num universo amplo de conhecimentos apenas alguns são eleitos para fazer parte de determinado conteúdo curricular. Por que alguns saberes são considerados mais importantes do que outros? Os estudos críticos do currículo demonstram que a seleção de conteúdos a serem ministrados sofre influências políticas, econômicas, sociais e culturais. Como colocado por Silva (2004: 16), é (...) *precisamente a questão do poder que vai separar as teorias tradicionais das teorias críticas (...)*, observando que as teorias tradicionais pretendem uma suposta, porém improvável, neutralidade na organização de conteúdos e práticas de ensino. Neste sentido, a seleção do conhecimento não é um ato desinteressado e neutro e sim resultado de lutas, conflitos e negociações, refletindo interesses de classes e grupos dominantes. Silva e Moreira (1995: 9), por exemplo, definem a escola como (...) *uma arena política e cultural na qual formas de experiências e de subjetividades são contestadas, (...)*. Adotando uma visão não tanto pessimista, Sacristán defende que a construção de um currículo deve ser multicultural, razão pela qual (...) *exige um*

contexto democrático de decisões sobre os conteúdos do ensino, no qual os interesses de todos sejam representados. (apud Silva, 2004: 83). Assim, conclui-se que o currículo é culturalmente determinado, historicamente situado e não pode ser desvinculado do contexto das demais questões sociais.

Definindo currículo, Santomé (1998: 95) se posiciona:

Assim, o currículo pode ser descrito como um projeto educacional planejado e desenvolvido a partir de uma seleção da cultura e das experiências das quais deseja-se que as novas gerações participem, a fim de socializá-las e capacitá-las para ser cidadãos e cidadãos solidários, responsáveis e democráticos. Toda instituição escolar quer estimular e ajudar os alunos a compreender e comprometer-se com a experiência acumulada pela humanidade e, mais concretamente, com a sociedade na qual vivem.

Dentro das perspectivas mais críticas sobre currículo, a noção de *currículo oculto* exerceu uma forte influência, sendo que, na verdade, não representa exatamente uma teoria. Seria mais propriamente um processo de assimilação de valores que não estão explícitos no currículo formal ou oficial. A transmissão destes valores está baseada nas relações que se estabelecem entre os diversos atores envolvidos e no próprio ambiente e dinâmica da escola. Desta forma, a aceitação ou não de opiniões e comportamentos entre os alunos, entre estes e os professores e entre os alunos e outros atores membros da instituição de ensino, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes. Da mesma forma, a organização do espaço escolar, que pode ser rigidamente organizado numa perspectiva tradicional de ensino ou frouxamente estruturado num ambiente escolar mais aberto, contribui também para o aprendizado de certos comportamentos sociais. (Silva, 2004).

Este *currículo oculto* atravessa as barreiras daquilo que foi programado no currículo formal, contribuindo de forma relevante para a reprodução de comportamentos, contemplando o conjunto de experiências vividas pelo indivíduo em sua passagem pela escola, moldando subjetividades, transmitindo entre outras coisas, noções de autoridade, embora de forma velada, sem o conhecimento consciente dos alunos.

A noção do *currículo oculto* está muito presente nas teorizações críticas sobre o currículo e o exemplo mais claro disso talvez seja o da análise de Bowles e Gintis, pesquisadores americanos, na qual o conceito de *correspondência* é utilizado para explicar o papel das relações sociais na escola como mantenedora do *status quo* por meio da reprodução, em seu espaço, das relações da sociedade capitalista.

Perri de Carvalho (1995) alerta para o papel do *currículo oculto* no incentivo à prática odontológica privada e no individualismo da atuação dos Cirurgiões Dentistas, anulando as tentativas de inserir conteúdos humanísticos e de integralidade nos currículos por meio das propostas de reforma curricular de iniciativa governamental.

No Brasil, temos ainda uma forte influência das teorias tradicionais na constituição curricular da maioria de nossas escolas de Odontologia. Esta hegemonia se traduz no panorama já apresentado, colocando a formação odontológica em oposição às expectativas do movimento de mudanças na educação. A maioria das experiências de inovação nos currículos tem na verdade apenas promovido um re-arranjo de disciplinas, mantendo-se os feudos científicos disciplinares com roupagens diferentes, prevalecendo a fragmentação curricular.

Defendemos a concepção de currículo como toda ação comunicativa, realizada em espaços e ambientes de aprendizagem diversificados, para formar sujeitos autônomos, que se reconhecem como tal e têm a competência necessária e suficiente, tanto do ponto de vista da argumentação quanto do ponto de vista das atitudes e da compreensão de seu papel histórico-social, para estabelecer relações de entendimento com os também sujeitos com os quais convivem, relações essas que visem um acordo consensualmente estabelecido.

4.2 Introdução de conteúdos sociológicos. Valorização de aspectos humanizadores

Um dos temas mais recorrentes na literatura do campo da educação em saúde tem sido o declínio da humanização nos cuidados profissionais à saúde. Esta é uma situação extremamente paradoxal, levando-se em consideração que a saúde em questão é a de seres humanos e, portanto, caracteriza-se um caráter intrinsecamente relacional – humanização para humanos - que deveria permear as relações entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Entretanto, o paradigma positivista da ciência moderna, que levou as ciências da saúde a uma postura disjuntiva e biologicista, enfatiza, sobretudo o órgão doente e os procedimentos técnicos pertinentes à sua cura. Esta visão fragmentada do processo saúde/doença leva os profissionais de saúde a deslocarem seu objeto de ação para a “doença do homem” no lugar do “homem doente”. O ser humano deixa de ser visto de forma integral, dissociando-o de seus aspectos sociais, culturais e psicológicos. Neste contexto, os pacientes, principalmente nos ambientes

das instituições de ensino, são vistos muitas vezes como objetos que podem ser manipulados, sofrerem experimentos e tratados com imparcialidade. Um planejamento curricular fragmentado em disciplinas contribui para esta visão compartimentada da saúde, em detrimento de uma configuração integralizadora, que deveria incluir a determinação de um perfil profissional como meta, como preconizado nas DCN. (José Antonio Maia, in Batista et al, 2005).

A noção de *currículo oculto*, já mencionada neste trabalho, pode ser apontada como fator preponderante na disseminação de conteúdos humanísticos na educação em saúde, visto que a inserção curricular de uma formação humanística não cabe no estabelecimento de uma determinada disciplina, mas seria melhor entendida numa dimensão longitudinal, perpassando todas as etapas da formação, fortemente ligada a

– 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.

Entretanto, a inserção de disciplinas com conteúdos sociais, humanos e comportamentais, com o objetivo de atender ao que preconiza as DCN, muitas vezes ocorre dentro de uma lógica biologicista e tecnicista, diminuindo-se sua relevância em relação às áreas consideradas realmente científicas, representadas pelas disciplinas de caráter técnico e biológico. Neste contexto, como relatado por Perri de Carvalho (1996), no ano de 1982, quando houve a introdução da Psicologia, da Antropologia, da Sociologia e da Metodologia Científica nos currículos, estas disciplinas foram consideradas por muitos docentes como “perfumaria”, numa clara demonstração de menosprezo.

Moysés et al (in Perri de Carvalho e Kriger, 2006), comentando sobre a construção de novas práticas pedagógicas com referenciais humanistas, pontua:

A humanização de práticas pedagógicas pressupõe a criação de processos educativos socialmente relevantes e a crítica ao modelo de formação mecanicista e de tecnificação da prática profissional, voltada exclusivamente para atender às demandas de mercado. Uma prática educativa humanizada na área da saúde coloca o homem como centro do processo de construção da cidadania, comprometida e integrada à realidade social e epidemiológica, às políticas sociais e de saúde, oportunizando a formação profissional contextualizada e transformadora.

Diante dessas colocações, fica claro o caráter transversal dos conteúdos humanizadores na constituição curricular, sendo responsabilidade dos atores envolvidos na dinâmica da formação de profissionais de saúde - destacando-se o papel dos docentes – a conscientização da importância de se valorizar esta questão, principalmente por meio de atitudes e posturas no cotidiano escolar.

4.3 Uma nova escola em um mundo globalizado: introdução crítica de novas tecnologias da informação e comunicação.

A tendência de transformação social neste milênio que estamos iniciando tem sido prenunciada por vários cientistas sociais contemporâneos. A nova organização social tem sido fortemente influenciada pelo intenso fluxo de renovação das tecnologias, sobretudo no campo da comunicação, provocando alterações no comportamento de pessoas e instituições em todo o mundo, com reflexos nos planos econômico, social, político e cultural. Neste cenário de troca de informações em ritmo cada vez mais acelerado, faz-se necessário repensar o papel das instituições de ensino, contextualizando novas formas de interação entre seus atores sociais em ambientes mediados pelas tecnologias eletrônicas e contextos que extrapolam os limites da sala de aula, buscando solução para a defasagem entre a realidade educacional e as demandas deste mundo globalizado. A citação de um dos mais famosos cientistas sociais contemporâneos, Manuel Castells (1996: 28), a seguir, nos oferece a real dimensão das novas relações sociais.

(...) a constante mudança de papéis e situações em uma sociedade definida pela inovação, flexibilidade e imprevisibilidade em todos os âmbitos requer que os sujeitos redefinam constantemente seus papéis no trabalho, na família, com seus amigos. Portanto, a reestruturação da personalidade para satisfazer adequadamente as novas funções demandadas pela sociedade requer a reunião de todos os novos códigos e mensagens desde diferentes redes relacionadas com as dimensões da vida das pessoas. A construção/reconstrução do ego requer questionar o conjunto mutante dos fluxos e códigos que enfrentamos na experiência diária.

Portanto, a materialidade das redes e fluxos cria uma nova estrutura social em todos os níveis da sociedade. Tal estrutura é o que atualmente constitui a nova sociedade dos fluxos, já que os fluxos são feitos não somente de informação, mas de todo o material da atividade humana (capital, trabalho, mercadorias, imagens, viagens, papéis mutáveis em interação pessoal, etc.).

Diferentes concepções de redes têm sido investigadas por grupos interessados nessa nova configuração social. Desde sua origem¹¹ até a idéia de conexão entre pessoas e instituições, as redes propiciam a integração de pessoas em tempo real (vide as transmissões de imagens de diferentes pontos da Terra em tempo real). Se, por um lado, a velocidade na distribuição e no controle da informação nos deixa perplexos, acometidos de incertezas, por outro, sem dúvida, permite democratizar o saber, na medida em que abre novos espaços de interlocução e cria outros ambientes, capazes de contribuir para ampliar os processos de construção do conhecimento. E nesse ponto entra uma questão fundamental: diante do excesso e da rapidez com que são produzidos os conhecimentos, que dobram a cada cinco anos (Vaz: 2000), como selecioná-los e onde buscá-los? ¹²

Canário (2005: 102), apesar de ressaltar o caráter ambíguo e polêmico do conceito de “sociedade da informação”, reconhece a construção de modos de vida qualitativamente diferentes, destacando o papel cada vez mais importante de trabalhadores que se dedicam ao tratamento e produção da informação e seu crescente valor no mercado de trabalho. Este autor também faz alusão ao papel das redes de informação e documentação.

¹¹ Segundo Rovere (1998: 28) as redes originam-se na capacidade ociosa dos satélites da NASA, transformada na rede Bitnet para uso dos cientistas, depois sofisticada para a rede Internet, hoje considerada *um grande shopping mundial, com múltiplos centros comerciais conectados*.

¹² Referindo-se a este tema, Vaz questiona o papel da universidade diante da velocidade e do excesso de informação e do professor como intermediário desse fluxo. Segundo esse autor, (...) *Talvez o que nós tenhamos que ensinar hoje não seja tanto a aprender, a reter, mas a esquecer e ignorar. (...) A universidade tem que renovar o seu lugar (...) um lugar de relevância social que ela está perdendo radicalmente (...) um processo que passa por ela repensar o currículo e repensar uma formação que prepare o estudante para a vida* (Vaz: 2000).

Estas redes documentais permitem aceder a uma massa de informações que dispersas e atomizadas seriam de difícil utilização ou, sempre, subutilizadas. No mesmo sentido, o de otimizar os recursos documentais, a preocupação de diminuir, cada vez mais, a distância entre o utilizador potencial e as fontes de informação tornou-se um traço dominante da generalidade dos actuais sistemas documentais.

Santomé (1998: 83) ressalta a importância das propostas de currículos integrados diante da revolução informativa e social que vivenciamos:

Os meios de comunicação e as redes informatizadas são um dos principais motores desta nova sociedade global, indispensáveis para entrelaçar todas as dimensões da sociedade, sua vida econômica, cultural, produtiva, de lazer, etc.

Neste contexto, no qual as informações são rapidamente processadas e o conhecimento humano aceleradamente renovável, a obsolescência deste conhecimento impulsiona os profissionais de saúde a uma constante renovação, um processo de educação permanente, que também é pertinentemente preconizado nas DCN, que em seu Artigo 4º, item III, trata da **Comunicação** como uma das competências/habilidades gerais, comuns a outros cursos da área de saúde, ressaltando a importância do domínio das tecnologias de comunicação e informação. Neste mesmo Artigo 4º, o item VI, ao abordar a competência geral da **Educação Permanente**, destaca o papel das redes de informação: (...) *estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais*. Também em seu Artigo 5º, item XXX indica como um dos objetivos das inovações curriculares a seguinte competência/habilidade específica: - *acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão*.

A incorporação das novas tecnologias pela escola, entretanto, deve ser criteriosa, crítica e consciente de certas limitações. Sebarroja (*In De Leon: 2002*) alerta para o equívoco de se considerar como inovação apenas a modernização da escola pela introdução de novas tecnologias ou novas formas de interação com a comunidade que não realizem mudanças efetivas na concepção e na prática pedagógicas, reproduzindo antigos esquemas em novos cenários.

De fato, a simples incorporação de equipamentos tecnológicos de última geração, como por exemplo, os computadores ligados à Internet, não representam necessariamente inovação no ensino, pois muitas vezes este aporte de tecnologia se faz em ambientes antigos de concepção pedagógica e curricular. Segundo a Professora Vani Moreira Kenski (2000: 1), a idéia de aparente facilidade em introduzir inovações desta maneira esbarra na (...) *complexidade da cultura escolar e no contexto em que a escola costumeiramente trabalha. E também as especificidades das tecnologias e as alterações necessárias para a integração desses novos ambientes tecnológicos (...)*, pontuando ser esta uma prática que pode ser até nociva aos objetivos educacionais, visto que não existe um controle sobre o que está disponível na infinidade de sites na internet, muitos deles apresentando erros grotescos de redação, com textos extremamente mal redigidos.

Estes são, portanto, temas que merecem ser aprofundados, antecedendo os movimentos de reforma curricular, até porque um olhar mais cuidadoso, ou talvez mais cético em relação a todas essas questões nos permite afirmar que, no fundo, o esforço dos educadores responsáveis por promoverem mudanças curriculares tem sido um

tanto tautológico. Na verdade, circulam todos em torno de como promover um re-arranjo de disciplinas, ou seja, de como manter os feudos científicos revestidos com roupagens do tipo interdisciplinaridade, multiprofissionalismo, transdisciplinaridade, parceria, ensino modular e outros termos que por si só denotam intenção de modernizar, de mudar, mas concretamente deixam tudo como antes estava: disciplinar e fragmentado. É claro que algumas iniciativas têm resultado em avanços claros, mas substancialmente continuam a conceber o currículo como forma, ou fórmula para tratar um curso com finalidades previamente definidas, ações pré-estabelecidas e mecanismos de controle da aquisição de conteúdos, contrariando os princípios que regem a nova ordem social: a flexibilidade, a integração e a educação permanente.

É com base nestes princípios que pretendemos, neste trabalho, ter contribuído para o movimento de reforma curricular da FOUFF.

Considerações finais

Desde a concepção e durante o percurso deste trabalho, ao imergir no processo de formação na área da Odontologia, concentrando-nos na difícil e polêmica tarefa de analisar mudanças e inovações curriculares no ensino, não há como ignorar um paralelismo entre o que se deduz como produto deste processo e a nossa própria história.

Conscientes de que nosso ingresso nesta empreitada - de percorrer os caminhos, muitas vezes árduos, porém sempre gratificantes de concluir um curso de Mestrado - produziu uma intensa mudança em nossa concepção de vida, concluímos: ninguém passa impunemente por um processo como este. É inegável o crescimento, não apenas como profissional que possui outras angulações para ver e analisar suas próprias práticas, mas essencialmente como ser humano que pôde rever sua própria história e visão de mundo.

O contato com outros atores deste cenário de estudos e reflexões em torno do saber científico proporcionou um enriquecimento ímpar, levando-nos a um crescimento exponencial extremamente rico que pode ser traduzido em uma palavra: transformação.

É certo que, entre as muitas aprendizagens assimiladas, enfatizamos a noção de que o caminho do saber é longo e que, provavelmente, ou mesmo certamente, é um caminho sem fim. Entretanto, esta conclusão não nos traz desesperança, pois, por outro lado,

também concluímos ser um caminho sem volta, ou seja, o impulso inicial foi dado, e agora só nos resta continuar crescendo.

Da mesma forma, nossa visão a respeito dos processos de mudança curricular, nos leva a concordar com Canário (2005), numa referência já transcrita neste trabalho, quando afirma que a escola, como um processo aberto, sempre muda, até mesmo pelas contingências externas que a obrigam a isso, sendo que esta mudança se processa de maneira muito mais enfática quando é “turbinada” por um processo desta natureza, de mudança curricular.

É o caso da FOUFF nesta tentativa de produzir uma reforma curricular que, a despeito das resistências e dos obstáculos encontrados, certamente tem proporcionado ao conjunto de docentes e discentes um crescimento, advindo da própria dinâmica deste tipo de processo.

Neste sentido, as diversas reuniões

não querer “ficar para traz”; afinal, várias outras escolas já mudaram seus currículos, adaptando-se ao contexto de exigências governamentais, sociais e acadêmicas. Mas é bastante provável que estas motivações, se não para todos, certamente para um contingente expressivo destes atores, tenham sido desencadeadas pelos processos de transformação contemporâneos que experimentamos no mundo globalizado, levando estes atores a uma conscientização de que a escola precisa mudar para acompanhar estas mudanças.

Uma conclusão - de caráter mais pontual e muito importante deste trabalho - diz respeito ao papel dos docentes nesta jornada de produzir mudanças que se traduzam em reais transformações no ensino de Odontologia. Como já abordado, currículo envolve questões de poder e o professor, em sua prática cotidiana na docência, em última instância, é quem vai ressignificar a legislação, o novo Projeto Pedagógico do Curso, assim como o novo projeto curricular, influenciando diretamente na determinação de seu sucesso ou de seu fracasso.

Como também abordado neste trabalho, “mudar indivíduos” é uma tarefa extremamente complicada, envolvendo aspectos subjetivos que correspondem à dinâmica de processos sociais complexos. Repetindo uma referência de Canário (2005): *O social não se muda por decreto.*

Desta maneira, concluímos esta dissertação com a humilde intenção de termos, de alguma forma, contribuído para esta difícil missão de inovar não apenas o currículo da FOUFF, mas, essencialmente, as concepções de práticas educativas.

Referências

Almeida, M. Organizador. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde*. Londrina: Ed.Redes Unida, 2005.

Ardoino, Jacques. A complexidade. Morin, E. *A religião dos saberes. O desafio do século XXI*. RJ: Bertrand Brasil, 2001.

Batista, Nildo A., Batista, Sylvia H. e Abdalla, Ively G. (orgs). *Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo: Editora Arte & Ciência, 2005.

Brant R., V. M. Para uma reconstrução teórica do conceito de currículo na visão de Habermas. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL - 1990. Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Institui o Sistema Único de Saúde. Publicado no DOU de 20/09/1990, Brasília, DF.

_____ - 1996. Presidência da República. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Publicado no DOU de 21/12/1996, Brasília, DF.

_____ - 2001. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Parecer CNE/CES nº 1.300, de 6 de novembro de 2001. Disponível em <http://portal.med.gov.br/cne/index>. Acessado em 18.01.2006.

_____ - 2002. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://portal.med.gov.br/cne/index>. Acessado em 18.01.2006.

_____ - 2003. IBGE/PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm. Acessado em 16/08/2006.

_____ - 2004. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais*. Brasília, DF, 2004.

_____ - 2006. Portal do Governo Brasileiro. *Em Questão* nº 421 de 10/04/2006, Investimentos em Saúde Bucal. Disponível em www.brasil.gov.br/noticias/emquestao. Acessado em 10.10.2006.

.Brown, L.J., Meskin, L.H. *The economics of dental education*. Chicago: American Dental Association, Health Policy Resources Center, 2003.

Canário, Rui. *O que é a Escola? Um "olhar" sociológico*. Porto-Portugal: Porto Editora, 2005.

Carvalho, Daniel R. de; Carvalho, Antonio César Perri de; Sampaio, Helena. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da Odontologia. *Rev.Assoc.Paul.Cir.Dent.*; 51(4):345-9, jul.-ago. 1997.

CASTELLS, M. et al. *Novas perspectivas críticas em educação*. P.Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. SP: Paz e Terra, 1999.

Ceccim, Ricardo Burg; Feuerwerker, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública* vol.20, no.5, Rio de Janeiro, Set./Out. 2004.

CFO-Conselho Federal de Odontologia - 2003. *Perfil dos Cirurgiões Dentistas no Brasil*. Abril/2003. Disponível em www.cfo.org.br. Acessado em 03/05/2006.

Chaves, M.M. *Odontologia Social*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

_____. *Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma Abordagem Multidimensional do Setor Saúde*. Disponível em: <http://www.nc.ufri.br/ftp/complexi.doc>, acessado em 26/10/2002.

Costa, AMDD; Costa, JRV; Costa, MD; Costa, RD; Botrel, TEA. Contribuição do perfil do aluno de graduação em Odontologia para a redefinição dos recursos usados pelo professor no processo ensino-aprendizagem. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, Lins, V.14, nº1, p.30-34, jan-jun, 2002.

Cristino, P.S. Clínicas Integradas Antecipadas: limites e possibilidades. *Revista da ABENO*, Brasília, V.5, nº1, Jan-Jun, 2005.

Cunha, Maria Isabel da. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, V.2, p.197-202, fev 1998.

_____. Inovações pedagógicas: tempos de silêncios e possibilidades de produção. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.7, n.13, p.149-58, ago 2003.

De Leon, Pedro C. (org.) *La Innovación Educativa*. Madrid-Espanha: Ediciones Akal S.A., 2002.

Donoff, R.B. The Gies report and research. *Journal of American College of Dentistry*, v.69, n.2, 2002.

Dougherty, M. A biochemistry who led dental education.

Moysés, Samuel Jorge. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev. da Associação Brasileira de Ensino Odontológico*, 4 (1) 30-7, 2004.

Narvai, P.C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

Nóvoa, A. (org.) et al. *Profissão Professor*. Porto-Portugal: Porto Editora, 1999.

_____. Universidade e formação docente. Entrevista. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.4, n.7, p.129-37, ago 2000.

Nunes, I. B. Inovações na Educação. Semana Luso-espanhola de Pedagogia - Inovação em Educação. Niterói: Centro Educacional de Niterói, 2001, disponível em www.intelecto.net/ead/inovacoes.htm

Padilha, W.W.N. *Análise da situação do ensino (evolução, modelo pedagógico e enfoque curricular) da disciplina de clínica integrada nos cursos de graduação em Odontologia*. 1998, 210 f. Tese (Doutorado em Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Perri de Carvalho, A.C. *Educação e Saúde em Odontologia. Ensino da prática e prática do ensino*. São Paulo: Editora Santos, 1995.

_____. Ensino e prática da Odontologia no estado de São Paulo. *Ambito odontol*; 6(27):11-22, jan.-fev. 1996.

_____. *Ensino de Odontologia em tempos de LDB*. Canoas: Ulbra, 2001.

_____, Kriger, Leo. *Educação Odontológica*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2006.

Pessanha, José Américo (2001) Filosofia e Modernidade: racionalidade, imaginação e ética. *Caderno CE – Caderno De Currículo e Ensino*. RJ: Booklink, vol 2, n.3, jun/2001.

Pinto, V.G. *A Odontologia às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir*. São Paulo: Editora Santos, 1993.

Santomé, Jurjo Torres. *Globalização e Interdisciplinaridade – O currículo integrado*. Porto Alegre: Editora Artmed, 1998.

Santos, B.S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

_____ (org.). *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

Santos, J. Q. Adesão a tratamentos médicos. *Psiquiatria na prática médica*. Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria-UNIFESP/EPM, setembro de 2001, disponível em www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_01.htm, acessado em 20/10/2006.

Saviani, D. *Da Nova LDB ao Novo Plano Nacional de Educação: Por uma Outra Política Educacional*. Campinas, SP: Ed. Autores Associados, 2004.

Secco, Luciene Gabeira e Pereira, Maria Lucia Toralles. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação: uma análise dos cursos de Odontologia do estado de São Paulo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.15, p.313-330, mar-ago 2004.

Silva, Tomaz Tadeu da, Moreira, Antonio F. *Territórios Contestados*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

Silva, Tomaz Tadeu da, *Documentos de Identidade – Uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

Silveira, L. M & Ribeiro, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. SP: Fundação UNI/UNESP. V.9, n.16, p. 91104, set. 2004/fev. 2005.

SINOG – Sistema Nacional de Odontologia de Grupo. Disponível em www.sinog.com.br/conheca.asp. Acessado em 16/12/2006.

Terada, R e Nakama, L, *A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia: A Experiência de Maringá*. Londrina, PR: Ed Hucitec, 2002.

UFF-Universidade Federal Fluminense. Disponível em www.uff.br/facmed/promed/fm/projeto.htm. Acessado em 24/08/2006.

Vaz, 2000

Vitória, M. A. Á. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Coordenação Nacional de DST/Aids. Ministério da Saúde, acesso em fevereiro de 2007, disponível em www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html

WHO – World Health Organization. Medical education in the United States and Canada by Abraham Flexner. *Bulletin of the World Health Organization*, V.80, n.7, 2002.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)