

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Maria Goretti Queiroz

O ENSINO DA ODONTOLOGIA NO
BRASIL:
CONCEPÇÕES E AGENTES

Outubro , 2006

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Maria Goretti Queiroz

O ENSINO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL: CONCEPÇÕES E AGENTES

Tese elaborada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação no Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFG.

Linha de pesquisa: Estado e Políticas Educacionais

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernandes Dourado.

Outubro, 2006

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Q3e Queiroz, Maria Goretti.
O ensino da odontologia no Brasil: concepções e agentes / Maria Goretti Queiroz. – Goiânia, 2006.
359f. : il., tabs., grfs., qds.

Orientador: Luiz Fernandes Dourado.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, 2006.

Bibliografia : f.354-359.

Inclui listas de tabelas, gráficos, quadros e siglas Utilizadas.
Apêndice.

1. Ensino superior – Odontologia – Brasil 2. Ensino superior – História – Brasil 3. Política educacional 4. Educação(Superior) – Políticas públicas 5. Odontologia – Estudo e ensino I. Dourado, Luiz Fernandes II. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação III. Título.

CDU: 378:616.314(81)

Maria Goretti Queiroz

O ENSINO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL: CONCEPÇÕES E AGENTES.

Tese elaborada como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Educação no
Programa de Pós-graduação em Educação da
Faculdade de Educação da UFG.

Aprovada em: ____ de novembro de 2006.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Fernandes Dourado
Faculdade de Educação - UFG

Prof^ª Dr^ª Regina Vinhaes Gracindo
Universidade de Brasília

Prof^ª Dr^ª Márcia Ângela Aguiar
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Anita Cristina Azevedo Resende
Faculdade de Educação - UFG

Prof^ª Dr^ª Maurides Batista de Macedo Filha Oliveira
Faculdade de Educação - UFG

DEDICATÓRIA

*A meus pais,
pelo apoio carinhoso;*

*A meus filhos Isabella, Tales e Eduardo,
com todo o meu amor.*

*A meu orientador, Prof. Dr. Luiz Fernandes Dourado,
pela orientação rigorosa e ao mesmo tempo afetuosa,
ao reconhecer os meus limites e possibilitar que eu os superasse.*

AGRADECIMENTOS

Eu sempre me senti uma pessoa privilegiada pela vida, principalmente devido às pessoas que me cercam. O carinho, o apoio e a compreensão de todas elas me possibilitaram enfrentar ou minimizar os percalços desses últimos quatro anos. A todos vocês, meus amigos, meu eterno agradecimento.

Agradeço em especial a minha família: meus pais, irmãos, meu marido e filhos pela compreensão e apoio incondicional.

Às minhas grandes amigas: Márcia, Margareth, Dr^a Edith, Prof^a Luisa, Sandrinha, Kelly e Rosália, pelo auxílio providencial na hora certa e, muitas vezes, antecipando as minhas solicitações.

Aos meus colegas da 1^a turma do Doutorado em Educação da Faculdade de Educação da UFG, pela convivência.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação, especialmente o Prof. Dr. Jadir de Moraes Pessoa, o Prof. Dr. João Ferreira de Oliveira, o Prof. Dr. Ildeu Moreira Coelho e o meu orientador Prof. Dr. Luiz Fernandes Dourado.

À minha sempre orientadora Prof.^a Dr^a Anita Cristina Azevedo Resende, pela preciosa colaboração na construção do meu trabalho, por meio da leitura criteriosa do mesmo para o Exame de Qualificação.

À Prof^a Dr^a Maurides Batista de Macedo Filha Oliveira, pelo agradável reencontro e pela contribuição ao meu trabalho, por meio das críticas instigadoras e oportunas, durante o Exame de Qualificação.

Às minhas colegas e amigas da Disciplina de Odontologia Social da FO/UFG, Maria do Carmo, Vânia, Dais e Maria de Fátima, que respeitaram e apoiaram a minha ausência da disciplina para empreender essa etapa na minha formação. Ao Prof. Cláudio Rodrigues Leles pela ajuda providencial.

À Eliane Facion pela criteriosa e competente revisão do texto.

Aos valiosos companheiros que construíram e aos que estão construindo, por meio das suas utopias, o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

A todos e a cada um de vocês o meu amor!

RESUMO

Pesquisa visou compreender processo de constituição do ensino da odontologia no Brasil a partir da contribuição de três agentes: OPAS, Fundação Kellogg e ABENO. Pesquisa documental, exploratória desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação FE/ UFG, linha de pesquisa “Estado e Políticas Educacionais”. Período do estudo abrangeu desde a institucionalização do ensino da odontologia no Brasil, em 1856 até a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (DCNO) em 2002. Fontes de pesquisa foram: legislação do ensino superior e da saúde no Brasil, pesquisas na área da História da Educação Superior, documentos e recomendações elaborados pela OPAS, Fundação Kellogg, ABENO, Ministério da Saúde e da Educação, acerca da formação de recursos humanos em odontologia. As mudanças até 1961 foram realizadas por determinação do Estado e à revelia da categoria profissional. Evidenciou-se o descompasso entre a legislação e a situação efetiva dos cursos; que, apesar da existência da legislação não havia uma padronização das matérias ministradas e da carga horária de duração dos cursos. Com a LDB, em 1961, algumas distorções foram superadas e outras alterações se efetivaram na educação superior no Brasil, tendo por base a suposta proposta de modernização desse nível de ensino, referendada pela Reforma Universitária de 1968, fortemente influenciada pelo modelo norte-americano. Modelo de ensino e prática da saúde adotado no Brasil apresentou limites estruturais, devido ao crescente custo e à impossibilidade de os países pobres ou em desenvolvimento virem a implantá-lo. Várias ações de formação profissional foram implementadas, a fim de adequar os cursos à realidade nacional e, ao mesmo tempo, avançar no sentido de garantir a consolidação da odontologia na área da saúde. Nesse movimento de consolidação de um novo padrão de formação situam-se as DCNO. Essas são fruto, portanto, dos desdobramentos das discussões acerca do ensino da odontologia construídas a partir das recomendações do Seminário de Viña del Mar - 1955, divulgadas pela OPAS e pela Fundação Kellogg e assumidas pela ABENO, atualizadas pelos estudos e pesquisas desenvolvidas pela área. Resultou, também, de uma construção nacional coletiva, cujos atores se posicionaram estrategicamente, preparando-se teoricamente para a defesa de um serviço de saúde pública de qualidade e uma formação profissional compatível com essa possibilidade de atuação. Elas foram construídas a partir dos mais diversos embates, revelando a tensão entre diferentes atores e concepções, nem sempre compreendidos pelos profissionais da área. Tal constatação enseja a

necessidade de maior clareza por parte dos profissionais, no que concerne às concepções e propostas político-pedagógicas para a área; a necessidade de que a categoria profissional assuma a autoria e a construção de uma proposta de formação profissional que pressuponha o fortalecimento da Reforma Sanitária. É fundamental que a categoria esteja atenta para a possibilidade, cada vez mais presente, da forte tendência de hierarquização do ensino da odontologia, em função das políticas de diversificação e diferenciação da educação superior no país. Compete também à categoria assumir a discussão da formação dos recursos humanos auxiliares em odontologia, objetivando resgatar o seu papel histórico nesse processo.

Descritores: História da educação superior; Políticas educacionais; Políticas de Saúde; Ensino odontológico.

ABSTRACT

The aim of this documental exploratory study was to investigate the evolution of dental education in Brazil based on three main organizations: the Pan American Health Organization (PAHO), the Kellogg Foundation (KF) and the Brazilian Dental Education Association (BDEA). The study covers the period since the institutionalization of dental education in Brazil in 1856, until the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Courses in 2002. References: high education and health education legislation, the history of high education in Brazil, and PAHO, KF and BDEA documents and recommendations about health human resources. Changes until 1961 were determined by government and were not attended by professional categories. Education was not in accordance with norms and disciplines were not homogeneous in different courses despite of the existence of legislation. In 1961, the Education Basis and Guidelines law, some distortions were amended. University Reform in 1968, influenced by the North-American model, introduced changes like modernization of high education, and inclusion of levels of education in Dentistry. Learning and practice models had structural limits due to high costs and difficulties for implementation. Many interventions tried to adjust dental education to the regional and national scenario and to include Dentistry in the health area. It must be highlighted the importance of the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Courses, as a result of the Viña del Mar Seminar (1955), and the involvement of PAHO, KF and BDEA in this process. The collective construction of the National Curriculum Guidelines emphasized the need of an effective public health system and professional education in accordance with public services. Different protagonists and concepts originated many discussions and tensions, often not understudied by professionals. Concepts and political and pedagogical projects in dental education need to be more cleared and professional categories must lead the construction of a new dentist and reinforcement of the Sanitary Reform. Local and regional disparities also may be taken into account in this process. Dental profession must also conduct discussion about dental personnel, including auxiliary dental professionals.

Keywords: history of high education, education politics, health politics, dental education

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Cursos de Odontologia no Brasil, distribuídos segundo ano de criação e organização administrativa. Brasil, 2005 109
- Tabela 2. Distribuição das faculdades de odontologia, em 1959, por categoria administrativa, número de vagas e região geográfica. Brasil. 120
- Tabela 3. Número e Percentual de Instituições, por Organização Acadêmica - Brasil - 2003..... 275
- Tabela 4. Número de Instituições por Categoria Administrativa e Região Geográfica - Brasil – 2003 Erro! Indicador não definido.
- Tabela 5. Número Médio de Cursos de Graduação Presencial por Instituição e Categoria Administrativa - Brasil – 2003 282
- Tabela 6. Dez maiores Cursos de Graduação Presencial por ordem decrescente do número de matrícula e concluintes - Brasil – 2003 283

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS NOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DAS ESCOLAS SUPERIORES NO BRASIL, NO PERÍODO DE 1932 A 1945	<u>108</u>
GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA BRASIL, 2003	<u>276</u>
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE MATRÍCULAS NA GRADUAÇÃO PRESENCIAL POR REGIÃO GEOGRÁFICA - BRASIL 2003	<u>279</u>
GRÁFICO 4 - NÚMERO DE NOVAS INSTITUIÇÕES POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA E REGIÃO GEOGRÁFICA - BRASIL – 2003.	<u>280</u>
GRÁFICO 5 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE IES NO BRASIL, NO PERÍODO DE 1997 A 2003. BRASIL, 2003.	<u>282</u>
GRÁFICO 6 - NÚMERO PERCENTUAL DE CANDIDATOS INSCRITOS EM GRADUAÇÃO PRESENCIAL POR VESTIBULAR. BRASIL, 1997- 2003.	<u>284</u>
GRÁFICO 7 - NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS, CANDIDATOS INSCRITOS E INGRESSOS POR VESTIBULAR NA GRADUAÇÃO PRESENCIAL - BRASIL - 2003	<u>285</u>
GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOCENTES POR FORMAÇÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA DAS IES, BRASIL 2003.....	<u>286</u>
GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA. BRASIL 2005.	<u>289</u>
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA POR REGIÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 2005....	<u>290</u>

GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA POR ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E REGIÃO. BRASIL, 2005.	<u>291</u>
GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS VAGAS DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA. BRASIL, 2005.....	<u>294</u>
GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS VAGAS DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA POR REGIÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 2005	<u>295</u>
GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA POR CARGA HORÁRIA DE INTEGRALIZAÇÃO DO CURSO. BRASIL, 2005.	<u>298</u>
GRÁFICO 15 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DAS IFES POR CARGA HORÁRIA DE INTEGRALIZAÇÃO DO CURSO. BRASIL, 2005.....	<u>298</u>
GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DAS IES PARTICULARES POR CARGA HORÁRIA DE INTEGRALIZAÇÃO DO CURSO. BRASIL, 2005.....	<u>299</u>

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Currículo do curso de arte dentária instituído pelo decreto nº 9.311 de 25/09/1884 63
- Quadro 2. Cursos de Odontologia existentes no Brasil no período de 1881 a 191768
- Quadro 3. Números de alunos matriculados e de concluintes na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (RJ) e da Bahia (BA), 1878-8870
- Quadro 4. Currículo do curso de odontologia instituído pelo decreto nº 1.482 de 24/07/189375
- Quadro 5. Currículo do curso de odontologia instituído pelo decreto nº 3.902 de 12/01/1901.....77
- Quadro 6. Currículo do curso de Odontologia instituído pelo Decreto nº 8.661, de 1911, artigo 56.87
- Quadro 7. Currículo do curso de Odontologia instituído pelo Decreto nº11.530 de 18/03/1915- Reforma Carlos Maximiliano..... 88
- Quadro 8. Currículo do curso de Odontologia instituído pelo Decreto nº 16.782-A de 13/01/1925.91
- Quadro 9. Currículo do Curso de Odontologia instituído pelo decreto nº19.852 de 11/04/1931, artigo 219.101
- Quadro 10. Distribuição do grupo de matérias para os cursos de odontologia, segundo a proposta do Comitê de Expertos em Higiene Dental, OPAS, 1962194
- Quadro 11. Distribuição de hora/aluno por disciplina proposta pela ABENO em 1962 para um curso com duração de 2.800 horas. 228

Quadro 12. Distribuição de hora/aluno por disciplina proposta pela ABENO em 1962 para um curso com duração de currículo de 4.200 horas.....	<u>230</u>
Quadro 13. Currículo mínimo do curso de odontologia estabelecido pelo Parecer nº 299 de 16 de novembro de 1962, do CFE.	<u>233</u>
Quadro 14. Relação das disciplinas propostas pela ABENO para comporem o currículo mínimo dos Cursos de Odontologia.....	<u>233</u>
Quadro 15. Currículo Mínimo do curso de Odontologia instituído por meio do Parecer nº 840/70.	<u>243</u>
Quadro 16. Distribuição dos cursos de odontologia por ano, categoria administrativa e organização acadêmica. Brasil, 2003.....	<u>287</u>
Quadro 17 - Distribuição dos cursos e vagas da graduação em odontologia por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995, 2001 e 2005.....	<u>292</u>
Quadro 18 - Propostas do PAPS. Brasil, 1987.....	<u>307</u>

SIGLAS UTILIZADAS

ABCD – Associação Brasileira de Cirurgião-Dentista
ABEEO – Associação Brasileira de Estabelecimentos de Ensino Odontológico
ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABOPREV – Associação Brasileira de Odontologia Preventiva
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS – Ações Integrais de Saúde
ALAFO – Associação Latino-Americana de Faculdades de Odontologia
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (antiga Biblioteca Regional de Medicina)
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPES – Campanha Nacional de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior. Atualmente: Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior.
CFE – Conselho Federal de Educação
CLATES – Centro Latino-Americano de Tecnologia para a Saúde
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ENADE – Exame Nacional de Desempenho Acadêmico
ENC – Exame Nacional de Curso
ESG – Escola Superior de Guerra
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
ICA – Internacional Cooperation Administration
IDA – Integração Docente-Assistencial
IES – Instituição de Ensino Superior
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC – Ministério da Educação
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NUPES – Núcleo de Pesquisa do Ensino Superior da USP
NUTES – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde
OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAPS – Programa de Apoio ao Pessoal de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
SBPC – Sociedade para o Progresso da Ciência
SESP – Serviço Especializado em Saúde Pública
SESu – Secretaria de Ensino Superior
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico de Higiene Dental
TIAR – Tratado Interamericano de Assistência
UNE – União Nacional dos Estudantes
UNESCO – *United Nation of Educational, Scientific and Cultural Organization*
UNI – Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
1. Delimitação da pesquisa.....	31
2. Aspectos metodológicos	38

CAPÍTULO 1

OS CURSOS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL: da criação à década de 1960.....	46
1.1. Situando o ensino superior no período colonial	51
1.2. Situando o ensino superior no império	55
1.3. A institucionalização do ensino da odontologia no Brasil.....	62
1.3.1. As implicações das reformas do ensino superior no currículo dos cursos de odontologia no Brasil.....	74
1.4. A década de 1910: início da ocupação diferenciada da odontologia	78
1.5. Contextualizando as mudanças do Ensino Superior no Estado Populista	96
1.5.1. O ensino odontológico a partir da legislação do ensino superior na década de 1930.....	99
1.5.2. A década de 1930: marco da profissionalização da odontologia no Brasil.....	109
1.6. O ensino superior no período de 1945 a 1964.....	116
1.6.1. O ensino da Odontologia nesse período.....	119

CAPÍTULO 2

O PROCESSO DE LEGITIMAÇÃO DAS MUDANÇAS NO ENSINO ODONTOLÓGICO	122
2.1. A Organização Panamericana da Saúde (OPAS): buscando entender o seu papel na formação de recursos humanos na área da saúde	128
2.2. A Fundação Kellogg e o seu ideário.....	140
2.3. A Associação Brasileira de Ensino Odontológico.....	166

CAPÍTULO 3

O ENSINO DA ODONTOLOGIA A PARTIR DAS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS.....	177
3.1. Os cursos de odontologia na América Latina a partir das recomendações e encontros internacionais.....	181
3.1.1. O curso de odontologia na óptica do Comitê de Expertos em Higiene Dental da Organização Mundial de Saúde.	183
3.1.2. O contexto das discussões acerca do ensino da Odontologia na América Latina.....	197
3.1.3. Primeiro Seminário Latino-Americano sobre o Ensino da Odontologia.....	202
3.1.4. Segundo Seminário Latino Americano Sobre o Ensino da Odontologia.....	213
3.1.5. Terceiro Seminário Latino Americano Sobre o Ensino da Odontologia.....	217
3.2. O currículo mínimo do curso de odontologia de 1962.....	224
3.3. O Currículo Mínimo implantado em 1982, pelo Conselho Federal de Educação.....	246
 CAPÍTULO 4	
OS CURSOS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE GESTÃO PARA EDUCAÇÃO SUPERIOR ANOS DE 1990: inovação continuidade ou retrocesso?	258
4.1. A conformação do ensino superior no Brasil a partir da década de 1990.....	270
4.2. Os cursos de Odontologia na lógica da expansão e diversificação	287
4.3. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de odontologia: outra possibilidade de formação profissional?.....	301
4.3.1. O cenário de elaboração das DCN para o curso de odontologia.....	316
4.4. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia.....	324
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	329
FONTES DE PESQUISA.....	349
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	354
APÊNDICE	
A. Reuniões Anuais da ABENO	360

INTRODUÇÃO

O presente estudo iniciou-se a partir da inquietação gerada pela perspectiva de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (DCN) e a adequação da Universidade Federal de Goiás (UFG) às determinações da Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), no início de 2000. A perplexidade diante das modificações necessárias à legislação para o ensino superior aumentava à medida em que se ouviam os discursos acerca das DCN.

Com a avaliação positiva do curso de odontologia da UFG através da nota do provão e, posteriormente, das condições do curso e das avaliações docente e didático-pedagógica, alçando-o à posição de uma das dez melhores faculdades de odontologia do País, mais aumentava a resistência em relação às mudanças. De acordo com o relato de outras IES, a resistência era um fenômeno nacional, não se limitando aos professores da Faculdade de Odontologia da UFG.

Inicialmente, pensei em estudar as políticas de avaliação na perspectiva de que seriam elas as indutoras das mudanças nos cursos de graduação em odontologia. No entanto, à medida em que estudava o assunto, já dentro do Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, essa questão foi

perdendo a centralidade, persistindo a questão: - Por que se estavam implantando Diretrizes Curricularres tão contrárias aos anseios de uma categoria profissional? - pois o perfil profissional preconizado pelas DCN não condizia com o ideal de profissão dos odontólogos e nem mesmo os que se dispunham a divulgar a necessidade de mudanças nos cursos de odontologia pareciam acreditar na proposta!

A partir da compreensão das políticas para o ensino superior implantadas na década de 1990, foi possível direcionar melhor o estudo sobre a constituição do ensino da odontologia, para compreender as determinações históricas do processo de mudança anunciado para os cursos dessa área. Apesar de graduada em 1982 e exercendo a função de professora nesse curso desde 1989, o ensino da odontologia, a sua gênese e determinações históricas eram assuntos que eu não dominava, sequer a história da educação superior e as políticas educacionais.

A implementação da política de avaliação do ensino superior no Brasil, durante a década de 1990, consolidou as tendências dessa modalidade de ensino, resultado do processo de diversificação e diferenciação institucional que secundarizou o papel social da universidade como instituição fundamental na oferta de uma educação pública e de qualidade, a partir do tripé ensino, pesquisa e extensão. O discurso da defesa da diversificação em contraposição ao modelo de universidade pública apontou esta última como ineficiente e ineficaz, por

supostamente formar profissionais com perfil inadequado ao mercado e a um custo muito alto para países como o Brasil, com taxas de analfabetismo muito elevadas em todas as faixas etárias. Esse discurso ecoava as recomendações dos organismos multilaterais para a educação superior dos países em desenvolvimento.

Desde o início da década de 1950, discutia-se o elitismo do ensino na área da saúde no Brasil. Os profissionais eram formados para atender às demandas de uma população muito restrita, junto à qual o modelo de profissão era concebido como liberal. Esta discussão torna-se latente e circunscrita (principalmente à área da saúde pública), até a década de 1980. Com a transição do governo militar, em meio à abertura política, no final da década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária retoma a tese da saúde como direito de cidadania, silenciada a partir do golpe militar de 1964. O debate sobre as políticas de saúde pública no Brasil da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, foi retomado em 1980, durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa Brasileira, a saúde passou a ser considerada dever do Estado e um dos direitos fundamentais da cidadania. As ações de saúde passaram a ser organizadas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo a ele, entre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos para a área, a partir de seus princípios e diretrizes.

A discussão sobre a necessidade de adequação do perfil do profissional para atender às necessidades deste sistema de saúde ficava restrita à área da saúde pública, tanto no serviço, quanto no ensino. Se a discussão na área da saúde, de modo geral, era restrita a esses campos, na odontologia, de modo particular, era ainda mais incipiente. Durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, pela primeira vez houve uma discussão específica sobre a assistência odontológica pública oferecida à população brasileira. Os participantes desse evento chegaram à conclusão de que a assistência odontológica era caracterizada pela “ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista, e inadequação no preparo de recursos humanos” (BRASIL, 1980, p.213). Para os participantes dessa Conferência, as características da assistência odontológica resultavam do processo de formação, na medida em que o modelo odontológico do País buscava “basear a sua ação, preparar seu pessoal e empregar sua tecnologia segundo modelos alienígenas” (*ibidem*). Para a reversão deste quadro, recomendavam, portanto, a adoção de medidas, que iam desde a utilização de pessoal auxiliar, nos serviços públicos, até uma coordenação central, orquestrada pelo Ministério da Saúde, tendo em vista:

servir de elemento catalisador de todo um impulso renovador, que venha colocar a odontologia nacional a serviço das reais necessidades da população, atuando em perfeita sintonia com o programa de atenção primária da saúde e dando respostas, como registrou o grupo, a uma

população que quer e no momento exige um direito que é legitimamente seu: o direito de desfrutar de saúde bucal (*ibidem*).

O grupo apontava, assim, para a necessidade da formulação e implementação de uma política nacional de saúde bucal capaz de aglutinar as propostas de inovação no ensino e na prática odontológica e que tivesse como eixo central as propostas da Declaração de Alma-Ata (1978).

No campo do ensino, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), desde a sua criação, em 1956, vinha discutindo o perfil de profissional da odontologia a ser formado, incentivada pela OPAS (Organização Pan-americana da Saúde) e financiada pela Fundação Kellogg, entre outros organismos multilaterais. A defesa dessas mudanças e a discussão sobre as adequações das instituições de ensino odontológico necessárias para atingir tal objetivo passaram a ter maior centralidade no interior da ABENO, quando da elaboração das DCN. Em consequência, a instituição passou a integrar a Comissão de Especialistas convocada pelo Ministério da Educação, em 1997. Na ocasião, a ABENO defendeu a proposta formulada pelos integrantes do Núcleo de Pesquisa do Ensino Superior (NUPES) da Universidade de São Paulo, em parte contemplada, hoje, nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Odontologia. Outro aspecto importante refere-se à adoção da avaliação de cursos como critério de legitimidade pela área. Assim, o curso de odontologia vem sendo avaliado desde a edição do Exame Nacional de Cursos (ENC), em 1997, cujo resultado passou a ser reconhecido como critério de qualidade para as

faculdades. Houve grande movimentação das instituições de ensino odontológico para adequar os Projetos Políticos Pedagógicos segundo as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais, do Exame Nacional de Cursos e da Avaliação das Condições de Oferta de Cursos. O discurso sobre a necessidade de mudança por meio de adequação às políticas de avaliação passou a ser uníssono dentro das faculdades de odontologia! Tratava-se, portanto, de uma área que vislumbrou a possibilidade de mudanças por meio de medidas estritamente legais e, de preferência, padronizadas. Por vezes, a área se ressentiu de análise mais pormenorizada das medidas governamentais, das pressões mercadológicas e das efetivas demandas da sociedade brasileira, o que tem resultado, na maioria dos casos, em adoção acrítica das medidas, em contraposição à construção de um projeto pedagógico próprio e consoante às complexas necessidades da realidade social brasileira – tão fortemente desigual.

Por outro lado, a defesa de uma formação profissional que contemplasse a saúde como eixo epistemológico e fosse capaz de entendê-la na sua articulação com a sociedade marcou muitos profissionais de saúde, que atuavam tanto na área profissional como na docência. Esta forma de pensar também orientou as posições teóricas assumidas neste trabalho, posições estas que consubstanciam um projeto de formação profissional que contempla aquela atuação. Uma formação que amplie a possibilidade de reflexão do profissional/cidadão acerca da sociedade em que está inserido. As contribuições

teóricas de Garrafa¹ influenciaram toda uma geração de sanitaristas atuantes na odontologia. O autor propõe pensar a odontologia para além do seu corpo técnico de conhecimento para a solução dos problemas de saúde bucal, e portanto, “incapazes por si só de causar o impacto social necessário” (GARRAFA *apud* NARVAI, 1994, p.58). Propõe, neste sentido, pensar a odontologia na sua articulação com a sociedade, constituída e constituinte desta articulação. O conceito estratégico no qual esta reflexão se alicerça é o conceito de saúde e do processo saúde-doença. Neste sentido, estas discussões se tornaram emblemáticas na constituição do pensamento em saúde.

Por acompanhar a discussão da necessidade de mudança na formação do cirurgião-dentista que pudesse contemplar uma prática de saúde mais resolutiva e comprometida com as necessidades de saúde da maioria da população brasileira, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a proposta contida nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (CNE n°3) parecia destoar do projeto de profissão²

¹ Entre os autores que influenciaram a formação dos cirurgiões-dentistas sanitaristas não se pode esquecer do professor Jorge Cordon, e desde já peço desculpa aos outros “atores” desse processo histórico que não foram mencionados nesses trabalhos, pelo medo do esquecimento.

² O Projeto de Profissão da área da saúde e, em particular da odontologia, se caracteriza por preservar as características de uma profissão liberal, onde os profissionais são os donos dos seus instrumentos de trabalho, não há intermediário entre o paciente e o profissional e portanto, há uma negociação direta de dos honorários. O profissional tem autonomia técnica para prescrever o tratamento necessário e executa-lo. A profissão é detentora de prestígio social devido a relevância da sua atuação junto à sociedade. As mudanças no mercado de trabalho nesta área consideradas mais favoráveis à profissão, como por exemplo, o credenciamento. Sobre esta configuração Jorge Cordon (1998, p.8) cita a Carta de Princípios formulada na França no final da década de 1920 como resultado de uma discussão sobre seguro-enfermidade, que o autor considera como “marco inaugural de uma nova configuração ideológica, a medicina neoliberal”, esses princípios foram assim elaborados: “a) o doente deve ter o direito de escolher livremente o seu médico; b) o segredo médico deve ser preservado; c) o médico é livre para escolher os meios terapêuticos que lhe parecem mais adequados; d) a fixação do preço dos serviços deve resultar de um entendimento direto entre o médico e seu cliente, não intervindo um terceiro a não ser para reembolso parcial ou total do pagamento efetuado.”

construído historicamente pela Odontologia no Brasil. Esta proposta também não contemplava as mudanças necessárias à formação do cirurgião-dentista, uma prática contra-hegemônica da odontologia - aspiração de parte dos profissionais que atuam na construção do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), entre os quais me incluo.

No campo da formação dos profissionais da saúde há diferentes projetos de formação, compatíveis com os diferentes projetos de sociedade. No entanto dois deles se destacam. De um lado, a defesa de uma formação profissional que contemplasse um modelo de profissão liberal e, de outro, a da formação de um profissional de saúde para além das possibilidades de inserção *stricto sensu* no mercado de trabalho. Dentre os vários aspectos que distinguem esses projetos, destaca-se o conceito de saúde que orientava o ensino e a prática profissional, promovendo posições inconciliáveis. Para o primeiro grupo, saúde era entendida como ausência de doença, causada por agentes biológicos. Atuar na saúde era, portanto, dominar o conhecimento dos agentes causais das diferentes enfermidades e a forma de sua cura. Para o segundo, a saúde resultava das condições de vida e atuar em saúde era intervir na melhoria dessas condições de vida, porque as doenças tinham agentes causais biológicos e sociais. Assim, a atuação profissional não se restringia ao campo da saúde.

No início do Governo do Presidente Lula, em 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

resgatou o princípio constitucional segundo o qual cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Por meio da política de formação de recursos humanos sinalizou às instituições de ensino superior (IES) públicas e privadas para a possibilidade de financiamento às que concebessem um ensino de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

Vale lembrar que a política de ensino superior implementada no Brasil, na década de 1990, acarretou a precarização das condições de trabalho nas universidades, obrigando-lhes disputar financiamento nas mais diferentes fontes e modalidades. Nos cursos da área da saúde, a venda de procedimentos para o SUS passou a ser fonte quase que obrigatória de financiamento. O fato de os cursos da área da saúde se habilitarem a integrar o SUS dos seus municípios implicou o atendimento de uma demanda pactuada pelo gestor municipal. Por esta razão, muitos cursos tiveram que se aproximar e se adequar à nova realidade: levar em conta a demanda do SUS no planejamento das atividades das instituições de ensino odontológico.

A aproximação entre o ensino e a assistência não é estranha às unidades de ensino da saúde. Conhecida pelo nome genérico de Projeto Docente-Assistencial, a prática teve início na década de 1970, com ênfase na década de 1980. Seus projetos geraram experiências pioneiras tanto para o serviço como para o ensino. Mesmo com o apoio financeiro de organismos nacionais e até mesmo internacionais, eram circunscritas a determinados

departamentos das unidades de ensino e ligadas às atividades de extensão. No entanto, com a articulação entre as unidades de ensino e o SUS, este as considera integrantes do sistema e condiciona o repasse de verba à produtividade e à execução de procedimentos de média e alta complexidade. Os procedimentos executados, via de regra, nas unidades de saúde da rede pública é de atenção básica. A exigência do SUS para as unidades de ensino da saúde aprofundou a tendência de especialização e, ao mesmo tempo, gerou o questionamento sobre a identidade das instituições: se de ensino ou de serviço. Em algumas instituições públicas de ensino de odontologia o dilema vem se acentuando, principalmente quando o gestor municipal do SUS lhes cobra uma participação mais resolutiva ao sistema.

Estranhamente, quando se discutia a aproximação das instituições formadoras dos profissionais de saúde com o SUS, havia um suposto de que este já estava dado. Ora, o Sistema Único de Saúde é uma construção que tem como princípio o direito à saúde, à universalidade e à integralidade da atenção à saúde, em um sistema único, hierarquizado, regionalizado e submetido ao controle social. Portanto, tratava-se de concepção que está muito além de uma estrutura institucionalizada para prestar assistência quando as pessoas adoecem. Pensar em uma formação profissional que contemple os princípios e a realidade do SUS não significa pensar na adequação da formação para atuar no sistema local de saúde, mas, sim, entendê-lo na sua constituição, para continuar a construí-lo.

No levantamento bibliográfico exploratório sobre o ensino de odontologia no Brasil, tornou-se o objeto dessa pesquisa perceber a existência de algumas lacunas que impediam avançar na contextualização histórica da gênese de sua constituição. Evidenciaram-se algumas experiências de ensino aparentemente esparsas e com o objetivo de servir de modelo para a formação do profissional de odontologia, mas consideradas inadequadas para fazer frente às crescentes necessidades da população e do conhecimento desenvolvido na área. Algumas propostas julgadas “inovadoras” e atuais, como as do ensino integrado, foram apresentadas pela ABENO ao CFE, em 1978, e rejeitadas por esta instância como diretriz para a estruturação dos cursos. A mesma proposta do ensino integrado era fruto de experiências na saúde, desde o final da década de 1950. A mesma estruturação curricular, apresentada ao CFE em 1978, tinha sido concebida desde o Primeiro Seminário sobre Ensino Odontológico, em Bogotá, em 1962. Para desenvolver uma proposta de ensino integrado, o Curso de Odontologia de Diamantina, em Minas Gerais, obtivera financiamento da Fundação Kellogg e assim se estruturara, entre os anos de 1965 e 1969.

Os fatos acima relatados tinham uma peculiaridade: todos haviam sido subvencionados pela Fundação Kellogg e contado com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde. No entanto, por si essas informações só não bastavam para a reconstituição da gênese das propostas que estavam sendo construídas para o ensino da odontologia com a adoção das Diretrizes Curriculares

Nacionais. Portanto, passou-se a pesquisar os documentos formulados pelas duas agências acima citadas como recomendação para a formação dos recursos humanos em saúde, especificamente o cirurgião-dentista. Portanto, buscou-se compreender o processo de constituição do ensino da odontologia a partir da contribuição dos três agentes: a OPAS, a Fundação Kellogg e a ABENO.

.1.Delimitação da Pesquisa

A constatação de que o ensino da odontologia não conseguia formar um profissional capaz de atender às necessidades básicas da população vinha sendo repetida, sistematicamente, e registrada em documentos de diferentes entidades representativas da odontologia, desde o final da década de 1950. À luz do conhecimento científico da época, a atuação profissional do cirurgião-dentista já era considerada insatisfatória para manter a saúde dos indivíduos. Ao longo dos 44 anos que nos separam da realização do “*Primer Seminario Latino Americano sobre la Enseñanza de la Odontología*”, completados em 2006, esse discurso vem se repetindo.

Na leitura exploratória sobre o tema, tornou-se evidente que a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), desde a sua criação em 1956, foi um agente legitimador das mudanças que se apresentavam como necessárias para se construir um “ensino de odontologia de qualidade³”. Outros

³ Este é o objetivo anunciado pela ABENO.

dois agentes importantes no campo foram identificados: a OPAS e a Fundação Kellogg. A escolha desses agentes deveu-se ao fato deles serem autores, co-autores ou pelo apoio a vários documentos, publicações ou eventos cujo objetivo era implementar mudanças no ensino na área da saúde de um modo geral e, especificamente, na odontologia.

A OPAS continua sendo um agente articulador e difusor das diferentes experiências de inovação na área do ensino da saúde; e a Fundação Kellogg, além de desempenhar as mesmas funções da OPAS é, também, um importante agente financiador dessas propostas. Desta forma, optou-se por compreender o processo histórico de constituição do ensino da odontologia por meio da contribuição destes três agentes do campo: – ABENO, OPAS e Fundação Kellogg.

Para Bourdieu (2002, p.14), todo campo de conhecimento possui um “corpo de produtores especializados de discursos e ritos”, que tem como função criar o monopólio da cultura legítima, do arbitrário cultural que reproduz a estrutura do campo, e das classes sociais. Durante a pesquisa, a ABENO, a OPAS e a Fundação Kellogg foram identificadas como produtoras do discurso sobre o ensino odontológico. Tanto a OPAS quanto a Fundação Kellogg são instituições que, por possuírem um capital simbólico reconhecido no campo, legitimam *a priori* as experiências consideradas “inovadoras” no ensino e no

serviço da área da saúde que contam com o apoio e, principalmente, o financiamento desses organismos.

A Fundação Kellogg⁴ foi fundada em 1930 em Battle Creek, Michigan, EUA, com a finalidade de “fazer doações principalmente para promover a saúde, educação e bem-estar (...) das crianças e dos jovens” (FUNDAÇÃO W.K. KELLOGG, 1986, p.3). A partir de 1941 passou a “fazer doações” para a América Latina buscando “(...) uma parceria na resolução de problemas para os povos da América Latina e acreditava que poderia dar uma contribuição valiosa para o fortalecimento dos laços entre os Estados Unidos e seus vizinhos ao sul” (*ibidem* p.1). Nesta publicação, encontra-se o diagnóstico dos problemas dos “povos da América Latina”; na questão sanitária ela aponta a existência das doenças endêmicas, má distribuição, despreparo ou falta de equipamentos necessários para a atuação dos médicos, enfermeiros e dentistas como agravantes desse quadro. Estas três categorias de profissionais da saúde passaram a constituir, para a Fundação, o principal grupo beneficiário do financiamento de ações de formação e a aquisição de equipamentos.

A Fundação Kellogg, desde a sua criação, trabalha sob o pressuposto de que os recursos humanos locais, por conhecê-los, são mais capazes de elaborar as soluções para os seus problemas. Por isso, em um primeiro momento, capacitou fora do país os profissionais para reproduzir o conhecimento e intervir na realidade local, e, em um segundo momento, passou

a financiar os projetos dentro de sua linha de atuação. Desde o início da sua atuação na América Latina, foi a única instituição financiadora “não latino-americana” a apoiar projetos na área da odontologia (FUNDAÇÃO W.K. KELLOGG, 1986).

Para entender a dimensão dessa proposta de parceria da Fundação Kellogg com “os povos da América” na área da saúde, recorreu-se ao trabalho de Costa (1999), que discute como a intervenção da medicina na família possibilitou ao Estado intervir na sociedade, preservando os interesses econômicos, por meio do controle demográfico e político da população. A intervenção médica na sociedade, via higienização das famílias, facultou preservar um dos obstáculos da ideologia liberal: a liberdade individual.

Os organismos multilaterais elegeram a saúde como uma intervenção estratégica, atuando em parceria com instituições filantrópicas em áreas que teriam o efeito de amenizar os conflitos sociais, valendo-se dessa possibilidade para consolidar uma prática de controle consensual. Desta forma, a atuação da Fundação Kellogg, por meio do seu ideário, procurou desenvolver uma prática de serviço e ensino na área da saúde - e especificamente da odontologia brasileira - compatível com os interesses da expansão do capital.

Por isso, ao mesmo tempo em que preservou os interesses de uma prática passível de incorporar tecnologia de alta complexidade e, portanto, desejável ao capital em expansão, a Fundação Kellogg financiava paralelamente

⁴ A Fundação W.K. Kellogg foi criada pelo proprietário das indústrias alimentícias Kellogg.

uma prática de ensino e serviços odontológicos destinada a uma camada bem específica da população: os que deveriam ser atendidos pela saúde pública.

Na consulta do material recolhido, e que faz parte do acervo da Disciplina de Odontologia Social da UFG, várias questões começaram a se esboçar. Uma delas é razão pela qual a OPAS e a Fundação Kellogg investiram tanto nos programas de “inovação do ensino e serviço odontológico” na América Latina. De 1962 a 1966, foram realizados três seminários internacionais sobre o ensino odontológico na América Latina. A OPAS manteve um Programa de Inovação do Ensino e do Serviço Odontológico e divulgou essas experiências em uma publicação bimensal chamada “*Innovaciones*” durante a década de 1980.

Silva (2002, p.203), ao analisar o papel do Banco Mundial na definição das políticas educacionais no Brasil, conclui que esta intervenção contribuiu para a construção de uma rede de segurança social que recriava ideologicamente o “binômio segurança e desenvolvimento para o controle sobre possíveis rebeliões das massas urbanas que ponha em risco o capital”. Nesse mesmo sentido, Ianni (1985, p.104) afirma que, no período de 1930 a 1964, a sociedade brasileira enfrentou uma crise de hegemonia:

Em distintas gradações, mas de modo persistente, muitos matizes do populismo representam desenvolvimentos de um bloco de poder no qual nenhuma classe é suficientemente poderosa para impor-se às outras e ao conjunto da sociedade. Nem por isso, no entanto, o Estado deixou de ser burguês e as políticas que ele foi levado a adotar deixaram de favorecer o desenvolvimento do capital, da indústria, do imperialismo.

É, justamente, nesse período e nesse contexto que a OPAS, subvencionada pela Fundação Kellogg, aqui evidenciadas como agentes produtores do discurso da necessidade de mudança nos cursos de odontologia, propõe criar uma rede de difusão de experiências “novas e mais eficazes (...) de levar melhor saúde bucal para todos, em especial para aquelas populações atualmente marginalizadas dos serviços” (*INNOVACIONES II*, 1981, p.3).

Em decorrência da dualidade dos modelos econômicos existentes no mundo após a segunda guerra mundial, o governo norte-americano institui um programa de assistência técnica para as áreas subdesenvolvidas, colocado em prática a partir de 1949, conhecido como Ponto IV. Para Ianni (1985, p.64) este programa

parece ter formalizado a assistência e cooperação norte-americana para questões econômicas, militares, educacionais, policiais e outras. Pouco a pouco, as contradições entre o capitalismo e o socialismo, por um lado, e as contradições de classes dentro dos países capitalistas dominantes e dependentes, por outro, foram respondidas com medidas econômicas, políticas, militares, culturais e outras. Tudo isso fez parte da ‘diplomacia total’, por meio da qual se põe em prática a doutrina norte-americana da guerra fria.

O Ponto IV, no Brasil, em convênio com a CAPES, subsidiou a formação de muitos profissionais brasileiros. Esta formação integrava o contexto do que Cunha (1988) chamou de modernização do ensino superior, que culminou na Reforma Universitária de 1968. E é também no contexto do discurso da modernização que a ABENO é criada, em 1956.

Em 1976, a Faculdade de Odontologia da Unicamp, a OPAS e a Fundação Kellogg promoveram a 1ª Reunião do Programa Latino-Americano de Inovações em Educação Odontológica. A OPAS mantinha o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES), na Universidade Federal do Rio de Janeiro, além de financiar, junto com a Fundação Kellogg, programas de bolsas de estudo para a formação de docentes para a área da saúde⁵.

Apesar da participação da ABENO na divulgação da possibilidade de um ensino odontológico diferente do tradicional, um fato que passou a se tornar visível e, ao mesmo tempo, intrigante foi a ausência de um projeto de ensino construído por esta instituição e por ela defendido. Sua função era a de apresentar os projetos nas instâncias competentes, mas não se observou uma articulação na defesa das propostas e, quando da sua rejeição, não houve sequer uma manifestação contrária por parte da entidade.

Na tentativa de se entender o processo de constituição do ensino da odontologia no Brasil, realizou-se um estudo exploratório, baseado na análise documental das fontes, visando resgatar sua trajetória, a partir dos diversos currículos estabelecidos para esse curso, para apreender as concepções de ensino e seus agentes que foram sendo forjados historicamente. A temática do trabalho

⁵ No trabalho de Nísia Trindade Lima sobre a história da OPAS no Brasil a autora afirma que as ações de cooperação técnica entre a OPAS e o Brasil no início se restringiam à ação de um representante itinerante no País; depois, houve a criação de programas que a autora qualifica de “maior impacto”, citando, entre eles, o programa de bolsas de estudos, cujo início oficial data de julho de 1939.

foi adquirindo centralidade, ao se perceberem as lacunas existentes nessa história, a ausência de articulação com a história do ensino superior no Brasil, o desconhecimento da gênese das propostas apresentadas e a falta de clareza dos agentes produtores do discurso sobre a necessidade da mudança.

A opção do resgate histórico do ensino da odontologia, para entender ao presente, ou seja, à conformação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia, se deu por entender que ao desvelar o passado, como passado pensado, é que se encontra a gênese do presente e se pode projetar o futuro. Neste sentido, a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia se constitui em um fato histórico e, como tal, é o resultado da elaboração do pensamento do pesquisador que assim o delimitou, tornando-se, também, o ponto de chegada desta pesquisa (CUNHA, 1984).

2. Aspectos metodológicos.

Para entender o ensino da odontologia foi necessário retomar os trabalhos sobre as profissões e especificamente as profissões de saúde, valendo-nos do aporte teórico da sociologia das profissões, que tem em Freidson, Star, Larson e, no Brasil, Machado, Girardi, Sabato alguns de seus teóricos. Para Larson (*apud* CARVALHO, 2003), a condição essencial de uma profissão é que ela seja “universal” ou “vital” para a sociedade. No processo de profissionalização da odontologia, a crescente incidência da cárie dental causada pelo aumento do consumo de açúcar foi fator decisivo para que ela se tornasse

“universal”. O conhecimento da profissão – a qual se restringia a extração e a reposição dos dentes, ofertados a uma parcela pequena da população, até o início do século XIX - se desenvolveu junto com as técnicas destinadas à cura dessa doença, ganhando universalidade e prestígio junto à sociedade.

Neste trabalho, a análise do ensino da odontologia se restringirá ao ministrado na graduação. O ensino da odontologia na graduação se dá não somente pela transmissão de conteúdos específicos da área da formação, mas também pela constituição de uma forma de ser profissional do campo; pela relação com o conhecimento produzido no campo; pelo reconhecimento, entre seus pares, da estrutura de poder simbólico construído pelo campo e pelo processo de conhecimento e reconhecimento dos diferentes agentes do campo e fora dele.

Utilizando-se das contribuições teóricas de Feuerwerker (2002), entende-se por ensino da odontologia o processo de formação de cirurgiões-dentistas. Este processo está relacionado às demais esferas macroestruturantes e microestruturantes da vida social. Entre as macroestruturantes, destacam-se as tendências econômicas e políticas que determinam as políticas de educação e saúde. E entre as microestruturantes, o conceito de saúde, de necessidades de saúde, a forma de organização dos serviços de saúde e da própria prática odontológica.

A odontologia é concebida como uma profissão de saúde, que tem como objetivo manter e recuperar as condições de normalidade do sistema estomatognático, visando à manutenção ou recuperação da saúde do indivíduo, em uma dada sociedade. No entanto, o profissional responsável por esta atividade - o cirurgião-dentista - privilegia a cura da doença e esta característica de sua prática é consolidada em seu processo de formação. A forma de atuar no indivíduo apenas “restaurando” as condições de normalidade é considerada incompleta, tanto do ponto de vista científico, quanto social. Do ponto de vista científico, sabe-se, por meio do conhecimento gerado pela cariologia e a periodontia⁶, que as ações de recuperação são insuficientes para se tratar as doenças instaladas, onde a cavidade no dente ou a inflamação gengival constituem apenas sinais das doenças e não a doença. Do ponto de vista social, sabe-se que as chances de se adoecer e se curar dependem da capacidade individual de acesso aos bens materiais e simbólicos produzidos pela sociedade. Portanto, formar um profissional que dê conta de exercer a odontologia a partir do objetivo de manter a saúde do indivíduo, é formar um profissional que pautar a sua atuação em conhecimentos científicos atualizados. E atuar profissionalmente a partir dos conhecimentos científicos atualizados na área da

⁶ Estas duas áreas são citadas por serem a cárie e a doença periodontal as mais prevalentes na população mundial e especificamente brasileira. A odontologia historicamente se dedica e se constitui como profissão na busca de tratar e/ou controlar as seqüelas, primordialmente destas duas doenças que acometem a cavidade bucal. Para maior detalhamento das condições de saúde bucal da população brasileira ver publicação do Ministério da Saúde: *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*.

odontologia significa superar as dicotomias biológico/social, preventivo/curativo, ciência/técnica.

A inovação no ensino odontológico, na visão deste trabalho, implica, assim, uma prática que rompa com o conceito de saúde como ausência de doença e a conceba como decorrente das condições concretas de vida das pessoas. A forma de adoecer, curar e até mesmo morrer é fruto das condições histórico-sociais. A inovação no ensino odontológico é entendida, também, como a possibilidade de romper com as experiências que concebem a odontologia como meramente técnica e pensá-la como uma ciência, para cuja execução é necessário o domínio do método que a originou.

Neste sentido, o que deve ser encarado como questão para o ensino da odontologia é como se apropria socialmente da habilidade técnica ou do domínio da técnica resultante do trabalho humano. Portanto, as formas de apropriação social desta técnica estão submetidas às determinações econômicas, ideológicas e políticas do trabalho do homem na sociedade capitalista.

Partindo do suposto de que as mudanças no ensino da odontologia no Brasil foram consensualmente construídas pelos grupos hegemônicos em cada período histórico a partir das políticas para o ensino superior, das recomendações, principalmente dos organismos multilaterais e da categoria profissional a que está vinculada, em consonância ao modelo econômico vigente, subsiste a pergunta: Por que, agora, essas mudanças consideradas

“inovadoras” aparecem todas contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia?

Ao longo do período estudado, o ensino da odontologia foi incorporando de forma lenta as propostas para a mudança na graduação, tais como: profissional apto a atuar na sua realidade e inserido em um sistema de saúde; ensino integrado, articulando a promoção, prevenção e a recuperação da saúde; articulação entre o ensino básico e o profissional; e a formação de um profissional para além do técnico. As políticas para o ensino superior no Brasil adotadas a partir da década de 1990 apontam para um quadro de instituições de ensino superior diversificadas na sua estrutura administrativa e, conseqüentemente, seu compromisso com o ensino, pesquisa e extensão condicionados a esta estrutura. Aliada a esse quadro está a tendência a massificação e aligeiramento do ensino e a abertura das universidades tecnológicas, inclusive de saúde. Reforçando essa posição, as DCN possibilitam conceber cursos de odontologia em diferentes modalidades de ensino.

Para o estudo do processo de constituição do ensino da odontologia, foi necessário contextualizá-lo, desde a criação dos cursos no Brasil, em 1856, até a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia, em 2002. Este corte cronológico se deu por meio do levantamento da legislação que estabeleceu os diferentes currículos dos cursos de graduação em odontologia neste período. Os currículos estabelecidos pela

legislação foram analisados como reveladores da concepção de ensino da odontologia que propunham realizar. No movimento de contextualizar os cursos de odontologia, foi resgatada também a constituição do ensino superior no Brasil até a década de 1960, a primeira periodização do trabalho, por meio de consulta a pesquisas sobre o tema, principalmente nos trabalhos de Cunha (1986, 1988, 1989) e Fávero (2000a,b).

Foram utilizadas para a periodização do trabalho, além das legislações sobre o ensino superior, as etapas de profissionalização da odontologia definidas por Chaves (1977). O autor define cinco etapas da evolução da profissão odontológica sob o critério da existência de um sistema formal de ensino e da utilização de pessoal auxiliar que, dentro do ideário da Fundação Kellogg e da OPAS, constituíam parte das inovações necessárias a serem implantadas na América Latina. A etapa inicial seria a *Ocupação Indiferenciada*, segundo a qual as práticas destinadas ao alívio da dor eram de responsabilidade difusa na sociedade - como o pajé, o curandeiro, as rezadeiras, entre outros, que tinham como característica não contarem com esta prática para a sua subsistência. A segunda etapa é a da *Diferenciação Ocupacional*, quando já existe um responsável pelas práticas de saúde, como, por exemplo, no Brasil, os “licenciados”. Na etapa *Inicial do Profissionalismo*, situa-se o início da formalização do ensino da odontologia, mas com cursos de pequena duração. Na etapa *Intermediária de Profissionalização* aumenta a duração dos cursos e

começa a utilização de pessoal auxiliar sem função delegada. Na etapa *Avançada de Profissionalização*, os cursos de odontologia passam a ter uma duração maior, cinco anos; o ensino engloba os aspectos técnicos, biológicos e sociais de forma equilibrada; utiliza-se de pessoal auxiliar com função delegada; e os cursos de pós-graduação são ampliados e abrangem diferentes áreas.

A legislação sobre o ensino superior, especificamente o ensino da odontologia, foi utilizada como fonte de pesquisa. E, também, os dados históricos coletados nas pesquisas de referência sobre a história da educação superior no Brasil – a trilogia de Cunha, o trabalho de Fávero sobre a criação da universidade brasileira. Sobre o ensino da odontologia foram utilizados os dados publicados nos Anais da Academia Brasileira de Odontologia, além do *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil*, encontrado no site da Fundação Oswaldo Cruz. Foram utilizados, também, os documentos publicados pelo Ministério da Saúde e Educação sobre a formação de recursos humanos em saúde, os documentos elaborados pela OPAS, Fundação Kellogg e os relatórios finais dos três seminários latino-americanos sobre o ensino da odontologia.

Este trabalho foi articulado à linha de pesquisa Estado e Políticas Educacionais do Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira da Faculdade de Educação da UFG, estando vinculado, também, ao eixo central das

análises de interesse do Núcleo de Estudo e Documentação Educação Sociedade e Cultura (NEDESC).

No primeiro capítulo, foi analisado o curso de odontologia no Brasil, resgatando a prática assistencial anterior à institucionalização do ensino da odontologia, demarcando alguns períodos e fatos que contribuíram para a consolidação da profissionalização, daí o recorte em 1960. Neste capítulo, também, foram apresentadas as políticas para o ensino superior brasileiro ao longo do período. No segundo capítulo, analisou-se o papel dos três agentes legitimadores do campo temático: a ABENO, a OPAS e a Fundação Kellogg. No capítulo terceiro, foram analisados os cursos de odontologia no Brasil no período compreendido entre 1960 e 1990, enfocando principalmente as recomendações dos seminários internacionais sobre o ensino da odontologia promovidos pela OPAS, em parceria com a Fundação Kellogg. No capítulo quarto, foram analisados os cursos de odontologia existentes em 2005, no Brasil, a partir das políticas implementadas na década de 1990 para o ensino superior, por meio da discussão das tendências evidenciadas nos dados coletados sobre esses cursos. Ainda neste capítulo, foi discutido o processo de elaboração e legitimação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia instituídas em 2002, buscando apreender as rupturas e continuidades neste documento. Nas Considerações Finais, buscou-se evidenciar o papel dos três agentes formuladores das propostas de mudanças

implementadas no ensino da odontologia, ao longo da sua trajetória histórica, para poder entender em que consiste o momento de mudança no ensino da odontologia, além de evidenciar algumas tendências e recomendações.

CAPÍTULO 1

OS CURSOS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL: DA CRIAÇÃO À DÉCADA DE 1960

Este capítulo se propõe discutir a criação dos cursos de odontologia no Brasil, contextualizando a legislação dos cursos superiores na área da saúde, a fim de explicar as determinações históricas da conformação do ensino nos moldes em que se deu, bem como o processo de profissionalização da odontologia. Um marco que delimita este período é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961, que instituiu o Conselho Federal de Educação como legislador da estrutura curricular para os cursos superiores.

Dentre as práticas da saúde, a odontológica foi historicamente depreciada, por estar ligada ao trabalho manual, visto como indigno e desvinculado da inteligência (CANELON, 1975). No prefácio ao livro de Canelon (1975) sobre o ensino odontológico na Venezuela, Febres-Cordero afirma que as mudanças estruturais na prática odontológica tiveram início na Idade Média, com a separação da medicina e da cirurgia. A cirurgia passa a ser considerada um ofício de artesão, com baixo prestígio e exigindo pouca qualificação, dando início a uma nova ocupação, os barbeiros cirurgiões, que passaram a se ocupar dos fazeres relegados pelos “ilustres cirurgiões”, entre eles a extração dentária. Assim como na cirurgia médica considerava-se que o

exercício da odontologia não requeria conhecimento médico, mas apenas destreza manual. Cabe ressaltar que, nesta época, não havia conhecimento e métodos disponíveis para o controle da dor (anestesia⁷) e nem da infecção; portanto, a intervenção cirúrgica, além de provocar dores alucinantes, acabava por levar o paciente ao óbito.

A publicação do tratado "*Le Chirurgien Dentiste*" de Pierre Fauchard, em 1728, representa um marco no desenvolvimento de um conhecimento restrito à prática odontológica, contribuindo para a consolidação da odontologia como profissão e como campo específico de conhecimento. Este passa a ser considerado o primeiro modelo de ensino odontológico (modelo francês) que, para Arango (1989: p.9),

se caracterizava por ser um modelo individualista, de aspectos puramente biológico, curativo e elitista, era parte da universidade de sentido napoleônico de serviço ao estado, com a finalidade de formar a classe profissional que representava a prática hegemônica.

Outro marco a ser lembrado no processo de consolidação da odontologia como profissão foi a separação entre a odontologia, a medicina e a cirurgia, o que resultou na fundação da primeira escola de odontologia do mundo com curso regular de graduação – a *Baltimore College of Dental Surgery* - em 1840. Com ela, inicia-se o processo de hegemonia da odontologia norte-americana, influenciando não somente nos aspectos tecnológicos da profissão,

⁷ O Cirurgião-dentista Horace Wells, em dezembro de 1844, inicia experiência com óxido nitroso como anestésico, induzindo o seu colega Dr. John Riggs, a submetê-lo à extração de um molar, após a inalação deste gás. Ao acordar e perceber que não tinha sentido dor durante o ato cirúrgico, soube que tinha realizado

como nos fatores que caracterizam os membros de uma profissão. A criação da *Society of Surgeons Dentists of City and State of New York*, em 1834, e o primeiro periódico, publicado em 1839 (*American Journal of Dental Science*⁸), foram decisivos no processo de consolidação da odontologia norte americana.

Em seu trabalho, Carvalho (2003) apresenta outra versão para essa história. Nos textos por ela consultados, a separação do ensino da odontologia do ensino da medicina, nos Estados Unidos teria decorrido da falta de “qualidades” que pudessem ser atribuídas à odontologia, de tal forma que ela tivesse maior prestígio social. A odontologia era reconhecida pelo deficiente caráter científico e profissional de sua prática, desde o início do século XIX. No processo de consolidação da medicina e do alijamento das práticas consideradas indesejáveis, os atributos que faltavam à odontologia eram também o motivo das críticas que recaíam sobre a medicina. Portanto, a vinculação da medicina à odontologia, naquele momento, seria prejudicial à imagem que a primeira tencionava construir de sua prática. Apoiando-se no relato de Sardi (1980), Freitas (2001, p.33) afirma que a Escola de Odontologia de Baltimore foi criada após a recusa da “Faculdade de Medicina de Maryland em incluir a Odontologia em seus ensinamentos por entendê-la como prática auxiliar e não como profissão de *status* universitário”.

uma importante descoberta para odontologia, embora não tenha recebido o crédito por esse feito, em vida.

⁸ Para a Sociologia das Profissões as organizações profissionais das categorias desempenham papel fundamental na consolidação e caracterização de uma profissão, pois têm a função de fiscalização e prescrição da forma de ser de um profissional. O ensino atende à função tanto de aprendizagem do conteúdo, como da forma de ser profissional daquela área.

Enfim, a separação da medicina deu início a uma tendência que influenciou o ensino da odontologia não só no Brasil, como em toda a América Latina. Exemplo dessa influência pode ser retratado por Salles Cunha (1972: 139), quando afirma:

Foi compreendendo a superioridade da odontologia norte-americana, que os nossos conterrâneos resolveram ir buscar naquelas paragens as luzes que aqui lhes faltavam.

Começaram, assim, as viagens de instrução aos Estados Unidos dos que pretendiam exercer a profissão.

Segundo o autor, estas viagens de instrução aconteceram a partir de 1870, sendo o primeiro a assim proceder o gaúcho Carlos Alonso Hastings. Essa antiga prática se acentuou com os acordos bilaterais da categoria odontológica ao longo das décadas de 1960, até 1980.

No Brasil, em 1631, de acordo com a estrutura adotada por Portugal para as suas colônias, nomeava-se um físico-mór, um cirurgião-mór e um provedor-mór, formados na Europa. O físico-mór era responsável pelo controle do exercício da medicina e farmácia. O cirurgião-mór encarregava-se do controle do exercício da cirurgia; e o provedor-mór da saúde controlava os assuntos referentes à saúde pública (OLIVEIRA, 1975/1981). Portanto, a prática da odontologia era relegada a pessoal auxiliar e cabia ao cirurgião-mór habilitar os candidatos barbeiros, que, entre outras atribuições, poderiam extrair dentes (FREITAS, 2001).

A característica de ocupação indiferenciada e com uma incipiente institucionalização da odontologia prevaleceu até 1856, quando foi

regulamentada como profissão com o termo “dentista aprovado” (OLIVEIRA, 1975/1981). No entanto, o vocábulo “dentista” foi utilizado pela primeira vez no documento “Plano de Exames da Junta do Proto-medicato” de 17 de julho de 1782 (PERRI DE CARVALHO, 1995). A junta era responsável por licenciar os praticantes dos ofícios ligados à cura das doenças. Segundo Samico (1992), só em 23 de maio de 1800 foi instituído o Plano de Exames do Proto-medicato e a Carta de Comissão, que determinava que o comissário examinasse os candidatos a cirurgião, sangradores e dentistas. Os licenciados eram pardos, analfabetos, confirmando a falta de prestígio que envolvia o exercício da ocupação.

Em 30 de agosto de 1828, D. Pedro I extingue o cargo de cirurgião-mór, físico-mór e provedor-mór e a fiscalização das profissões de saúde passa a ser atribuição das câmaras municipais e justiças ordinárias. O Decreto nº 598 de 14/09/1850, regulamentado em 1851, cria a Junta de Higiene Pública no Rio de Janeiro; nas outras províncias, o profissional de saúde (médico, boticário, dentista e parteira) deveria apresentar sua “carta de habilitação” às comissões e aos provedores de saúde pública (OLIVEIRA, 1975/1981).

Ianni (1985, p.13) chama a atenção para a aparência de paz e tranquilidade que se supunha existir na monarquia. Contrapondo-se a essa visão, afirma que foi um período de protestos e lutas. Severas leis repressivas foram instituídas, principalmente para o escravo insurgente, e que serviam também aos que se opunham à ordem vigente, como os liberais. Na medida em que o

trabalho escravo foi substituído pelo trabalho livre “os grupos e as camadas dominantes reorganizaram o aparelho estatal de modo a garantir o predomínio dos seus interesses, em detrimento de trabalhadores rurais e urbanos, negros, índios e imigrantes”. As medidas legais que limitavam a inserção de uma camada da população mais pobre oriunda dos escravos libertos, como o acesso a educação, e as profissões liberais, como odontologia e farmácia, que se estruturavam, também podem ser vistas como forma de preservar os interesses dos grupos dominantes.

O que aparentemente pode ser visto como idas e vindas da legislação do ensino e da regulamentação do exercício das profissões no Brasil expressava, na realidade, os embates políticos, os diferentes interesses de classe e a alternância de grupos no poder.

A seguir o texto aborda o ensino superior no período colonial.

1.1. Situando o ensino superior no período colonial

No Brasil, o ensino superior⁹ teve como marco inaugural a transmigração da Família Real Portuguesa, em 1808. O Príncipe João VI criou, no País, instituições isoladas de ensino superior, com a finalidade de formação de profissionais, como médicos, engenheiros e advogados. Esta concepção de ensino superior centrada na formação profissional foi implementada pela

⁹ Luiz Antônio Cunha (1986), no livro *Universidade Temporã*, considera o ensino de filosofia, teologia e

Revolução Francesa (1789), reforçada pelas medidas reformadoras de

Napoleão I. Citando Cunha (1988, p.13-14):

A universidade era muito mal vista pelos revolucionários franceses, devido ao espírito corporativo quase medieval nela prevalecente, e à utilização da cultura clássica para barrar a entrada das ciências experimentais e do enciclopedismo. Em suma, a universidade era vista como um aparelho ideológico do *Ancien Regime*. Sucessivos decretos revolucionários, aos quais se juntou o decreto napoleônico de março de 1808, produziram profundas mudanças no panorama do ensino superior. Foram criadas a escola politécnica, a faculdade de ciências e a faculdade de letras; as escolas de medicina e de direito foram promovidas a faculdades. Essas, mais a de farmácia, foram articuladas a uma rígida regulamentação profissional. Tudo isso se justificava perfeitamente pelo positivismo difuso da burguesia francesa (*avant la lettre*), para quem a fragmentação da universidade em instituições de ensino profissional, ainda que formalmente pertencentes à universidade, resolvia ao mesmo tempo dois problemas: a demolição de um dos aparelhos de formação dos intelectuais da antiga classe dominante e a preparação dos novos intelectuais para a viabilização do bloco histórico em formação.

Foi este modelo de ensino superior o implantado no Brasil, a partir de 1808. Um ensino secularizado, visando à formação dos burocratas necessários ao Estado e em instituições isoladas. Para Fávero (2000a, p.19), os cursos tinham como função “(...) formar, sobretudo, profissionais para o Estado e especialistas na produção de bens simbólicos, e, num plano talvez secundário, profissionais liberais.” Dentro desta lógica, foram criadas as primeiras faculdades de medicina do Brasil. O Curso Médico de Cirurgia na Bahia foi criado pelo Decreto de 18 de maio de 1808 e, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, por meio do Decreto datado de 5 de novembro do mesmo ano.

matemática nos colégios jesuítas no Brasil Colônia como ensino superior.

Cunha (1986) relata que os cursos de medicina nasceram nos hospitais militares, com o intuito de formarem médicos e cirurgiões para a Marinha e o Exército, tendo em vista a guerra da França. Nesta perspectiva, os médicos formados não se ocupavam do atendimento à população: ela era atendida pelos barbeiros e sangradores, muitos deles escravos. Exemplifica tal tendência, afirmando que na Capitania de São Paulo, em 1808, havia apenas dois profissionais formados em medicina em atuação: o cirurgião-mór das tropas e o físico-mór.

A partir de 1808, segundo Cunha (1986), o ensino superior brasileiro passou por um processo de reestruturação e ampliação¹⁰. Os estudos realizados nos cursos de filosofia dos colégios jesuítas, como a matemática, a física, a química, a biologia e a mineralogia, foram transferidos para os cursos de medicina, para a Academia Militar e, posteriormente, também para a Escola Politécnica. Portanto, durante todo esse período, o ensino superior no Brasil se constituiu dos cursos de medicina, engenharia e direito, a partir dos quais

formou-se o núcleo do ensino superior sobre o qual veio a ser edificado o que existe até hoje, ligado à sua origem por ampliação e diferenciação. (...) A independência política, em 1822, veio apenas acrescentar mais dois cursos, de direito, ao rol dos já existentes, seguindo a mesma lógica de promover a formação dos burocratas na medida em que eles se faziam necessários (CUNHA, 1986, p.76).

¹⁰ Vale ressaltar que esse processo de ampliação e reestruturação não se restringiu ao ensino superior. Com a transmigração da família real para o Brasil outras instituições passaram por processos similares, provocando alteração no panorama cultural do País. Foi construído um aparelho administrativo similar ao de Portugal, ampliou-se o aparelho militar bem como o aparelho repressivo do Estado para a manutenção da ordem interna. A produção agrícola e manufatureira foi fomentada pela política econômica joanina. E o

No processo de diferenciação dos cursos que constituíram o “núcleo do ensino superior” no Brasil, os de farmácia e odontologia, em algumas instituições - como as de Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Florianópolis -, antecederam os de medicina. O histórico das instituições de ensino na área da saúde, no período de 1832 a 1930, pode ser encontrado no *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, no sítio da Fundação Oswaldo Cruz. Nesta publicação, no verbete “Escola Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre” encontra-se o seguinte relato:

O fato de a Faculdade de Medicina de Porto Alegre¹¹ ter se originado de uma escola de farmácia era bastante comum na época. A partir da república, várias escolas de ensino médico de nível superior, principalmente de farmácia e de odontologia, começaram a surgir nas capitais ou mesmo nas maiores cidades dos principais estados do país. A escassez de recursos para a implantação dos cursos de medicina explica, em parte, a escolha pelos cursos menores e, por isso, menos dispendiosos. Quando se fundava um curso médico a partir dessas escolas de farmácia e odontologia, estas acabavam tornando-se apenas cursos anexos às faculdades de medicina. Em sua origem, o curso farmacêutico nasceu a partir da lei do ensino médico de 1832, que estabeleceu que ele deveria funcionar atrelado às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, as únicas reconhecidas no Império. A Escola de Farmácia de Ouro Preto era uma exceção, tendo sido criada em 1839, desvinculada do curso médico. Já o ensino da odontologia no país só foi autorizado pela Reforma Sabóia, aprovada pelo decreto nº 9.311 de 25/10/1884, como curso anexo aos cursos de ciências médicas e cirúrgicas das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Quanto à obstetrícia, desde a reforma do ensino médico de 1832 foi previsto um curso particular para parteiras ministrado pelo professor de partos nas faculdades de medicina. Pela Reforma Sabóia, a obstetrícia era também um dos cursos anexos às faculdades de medicina do Império. Logo, tornou-se costume uma mesma instituição de ensino reunir os cursos de medicina, de farmácia, de odontologia e de obstetrícia (ESCOLA LIVRE DE FARMÁCIA E QUÍMICA INDUSTRIAL DE PORTO ALEGRE, 2005, p.4).

equipamento cultural da Corte foi reproduzido na Colônia (CUNHA, 1986).

¹¹ A Escola Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre foi criada em fevereiro de 1896 e começou a funcionar em 1897. A criação desta escola foi facultada pela Constituição Republicana de 1891, que estabeleceu um ensino descentralizado, possibilitando aos estados organizarem o seu sistema escolar completo. No Rio Grande do Sul, o estado apenas ocupou-se com o ensino primário, liberou para a iniciativa particular o ensino secundário e superior. Tal atitude teve grande influência na Reforma de Ensino sabóia, como discute Luiz Antônio Cunha, em *A Universidade Temporã* (1988)

Os cursos de odontologia, como os de farmácia, não compunham o rol dos cursos superiores oficiais no Brasil, que para a área da saúde eram apenas o de medicina ministrados nas Escolas do Rio de Janeiro e da Bahia. Eram ministrados em instituições isoladas, normalmente particulares e ocasionalmente provinciais. Quando foram oficialmente reconhecidos, passaram a ser cursos anexos às faculdades de medicina.

Essas peculiaridades marcam a trajetória histórica desses cursos no País e sua vinculação, como cursos anexos, às faculdades de medicina.

1.2. Situando o ensino superior no império

Após a independência do Brasil, no campo educacional formaram-se dois segmentos de ensino: o estatal secular e o ensino particular religioso ou secular. Como explica Cunha (1986), apesar de o ensino estatal ser secular, a religião católica era a religião do Estado, por força da Constituição. Com isto, os funcionários governamentais, entre eles os professores, eram passíveis de punição se desrespeitassem a religião oficial. No entanto, o ensino superior continuava atribuição do nível central e não era gratuito.

Outra característica importante foi adicionada ao setor estatal de ensino, após a Independência, por meio do Ato Adicional de 1834. Este ato dividiu o setor em duas esferas: a nacional e a provincial. A esfera nacional compreendia os estabelecimentos de ensino criados por lei da Assembléia Geral

e abrangia as escolas de ensino primário e médio, no município da Corte, e o ensino superior, em todo o País. A esfera provincial era composta pelos estabelecimentos de ensino primário e médio criados pelas assembleias provinciais. Os títulos conferidos pelas unidades de ensino nacionais eram reconhecidos em todo território brasileiro, enquanto que os portadores dos títulos conferidos pela esfera provincial deveriam prestar exames de habilitação junto às escolas nacionais. O mesmo procedimento era adotado para os egressos das escolas particulares.

O ensino superior assim organizado (estatal e religioso) era fortemente combatido por diversas correntes políticas, envolvendo liberais, conservadores e positivistas¹², juntamente com a luta pela liberdade religiosa e pela liberdade do controle pelo Estado. A defesa da liberdade de ensino fazia parte de um quadro ideológico com forte dimensão política e econômica dentro do Império. Nessa época, devido as pressões inglesas pelo fim da escravatura no Brasil, intensificava-se o processo de imigração da força de trabalho livre, composta principalmente por protestantes, que não se sentiam atraídos pela possibilidade de se verem marginalizados em um país eminentemente católico. Daí que os setores considerados

mais progressistas das classes dominantes perceberam a necessidade de eliminar os obstáculos jurídicos e religiosos que se antepunham à separação entre o direito civil e o direito canônico, à liberdade de crença, de culto e de ensino (CUNHA, 1986, p.90).

¹² Para Cunha (1986) os motivos dessa convergência de interesses iam das razões geradas por convicções ideológicas, até as de ordem prática.

Em 1877, a Comissão de Instrução Pública da Assembléia Geral “propunha a inscrição livre para exame nas faculdades e a permissão para a abertura de cursos e estabelecimentos livres de ensino superior” (CUNHA, 1986, p.91). A proposta da Comissão não se efetivou; no entanto, contribuiu para consolidar o ideário positivista no ensino. Tinha como fulcro diminuir o controle do Estado sobre o ensino. A quem comprovasse ter passado no exame de admissão, permitia a matrícula em disciplinas aleatórias de um curso superior, sem o compromisso de cursá-lo integralmente ou, caso o fizesse, a partir do aproveitamento obtido em todas as disciplinas do curso, receberia o diploma correspondente. A proposta dava maior liberdade e reconhecimento ao ensino superior particular. Facultava também aos professores habilitados ministrar cursos livres, independente das disciplinas dos cursos regulares, situação que, como chama a atenção Cunha (1986), não era inédita no ensino superior brasileiro, apenas facilitava a sua generalização. Desde a Reforma Pederneiras, em 1854, essa prática era permitida dentro das faculdades de medicina.

Concomitante às reformas propostas e implementadas no ensino superior brasileiro, discutia-se, também, a criação de uma universidade no Brasil, idéia defendida pelos liberais e combatida pelos positivistas. A universidade brasileira não foi criada na época do Império. Para Cunha (1986, p.137), “a primeira e principal idéia francesa adotada no ensino superior, desde a

estada da Corte portuguesa no Rio de Janeiro, tenha sido a recusa de criação de uma universidade, fundando-se escolas isoladas”.

Aqui cabe uma digressão, para pontuar alguns aspectos que caracterizavam os positivistas e que contribuíram para conformar as propostas para a sociedade brasileira que eles defendiam, principalmente os militares. O positivismo teve os seus princípios básicos formulados pelo francês Augusto Comte (1798 - 1857), que considerava a ditadura republicana a melhor forma de governo para as condições históricas de sua época (FAUSTO, 2002). O positivismo no Brasil difundiu-se entre “os militares por meio dos professores da Escola Central que estudaram na Escola Politécnica de Paris, onde Augusto Comte proferia cursos livres” (CUNHA, 1986, p.96). Esta escola era responsável pela formação dos oficiais do Exército e dos engenheiros civis. Porém, a aceitação dos princípios positivistas não se deu de maneira ortodoxa entre os militares. Os aspectos que mais se afinaram a esse grupo bem como a dos estudantes e professores foram absorvidos e, assim, “a ditadura republicana assumiu a forma da defesa de um Executivo forte e intervencionista, capaz de modernizar o país” (FAUSTO, 2002, p.232).

Outros pontos defendidos pelos positivistas foram a defesa da separação entre a Igreja e o Estado, a preferência por uma formação técnica, pela ciência e pelo desenvolvimento industrial. A ênfase ao Estado e à “neutralização dos políticos tradicionais continha uma fórmula de modernização

conservadora do país” (FAUSTO, 2002, p.233). Os positivistas ganharam destaque por suas posições abolicionistas e republicanas, no final do Império (CUNHA, 1986).

Em consonância com a movimentação política, o ensino na área médica passou também por mudanças desde a sua criação, em função dos avanços do conhecimento científico, a maior oferta de profissionais para a área, a necessidade da sociedade e de interesses políticos. As escolas médicas do Rio de Janeiro e da Bahia, desde a criação até 1930, passaram por muitas reformas de ensino. No entanto, muitas propostas não foram efetivadas. Em 3 de outubro de 1832, foi assinada pela Regência Trina Permanente, referendada pelo ministro do Império, Nicolau Pereira de Campos, a Lei do Ensino Médico. Esta lei, de orientação liberal, entre outras modificações, propunha que: os estabelecimentos do Rio de Janeiro e da Bahia passassem a ter a mesma denominação, ou seja, Faculdade de Medicina; o curso teria a duração de seis anos; a obtenção do título de farmacêutico era facultada, desde que o aluno praticasse, por um período de três anos, “na botica de um boticário aprovado”; se instituísse um curso particular de parteira, ministrado pelo professor de partos; se emitissem títulos de médico, de farmacêutico e de parteira (ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA, 2005).

O Decreto nº 1.764¹³ de 14/05/1856 aprovou o Regulamento Complementar dos Estatutos das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio Janeiro. Estas ficaram responsáveis pela verificação dos diplomas de dentistas formados no exterior, uma vez que ainda não existiam cursos de odontologia. Quando o profissional era habilitado por este exame, recebia o título de “dentista aprovado”. No artigo 81 do referido decreto, o profissional seria avaliado em relação ao conhecimento dos seguintes conteúdos: anatomia, fisiologia, patologia e anomalias dos dentes; gengivas e arcadas alveolares; higiene e terapêutica dos dentes; descrição dos instrumentos que compõem o arsenal cirúrgico de dentistas; teoria e prática da sua aplicação; meios de confeccionar as peças de prótese e ortopedia dentária (ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA, 2005; OLIVEIRA, 1975/1981). No entanto, Samico (1992, p.7) fala que o exame era realizado para a obtenção do título de dentista e não somente para a validação, o que ocorria pelo fato de que os “candidatos eram compelidos a se preparar numa forma livre de ensino, com professores particulares”. Salles Cunha (1972: p,144) relata ter encontrado no Almanaque Laemmert, de 1884, na página 1.914 o seguinte anúncio:

João Antônio Ferreira. Cirurgião-Dentista da Armada Imperial. Tem um curso livre de Prótese Dentária, que funciona em uma das salas da Escola de Medicina, às segundas, quartas e sextas-feiras de cada semana, de 1 às 2 horas da tarde.

¹³ Esse decreto regulamentou o artigo 29 do decreto nº 1.387 de 28/04/1854, que estabelecia o exame para “Sangradores e Dentistas”.

Deste relato, pode-se concluir que a situação retratada no anúncio era a forma com que habitualmente os cirurgiões-dentistas eram formados no Brasil. Os candidatos à profissão faziam os cursos livres existentes ou aprendiam com os profissionais mais habilitados e, posteriormente, se submetiam aos exames para a obtenção do título de dentista.

Em 1879, o ministro do Império Carlos Leôncio de Carvalho, por meio do Decreto nº. 7.247, estabeleceu a reforma do ensino primário, secundário e superior. Ela ficou conhecida por “Reforma Leôncio de Carvalho” e foi projetada para o ensino médico, a partir de pareceres das faculdades e relatórios de professores que avaliaram o ensino nos países considerados mais adiantados. Tal reforma teria sido inspirada na universidade alemã e:

estabelecia a liberdade de freqüência nas faculdades; a permissão ao estudante de repetir os exames das matérias em que não tivesse conseguido habilitação, em época apropriada (art 20); a permissão a associações particulares para a fundação de cursos, nos quais as matérias ensinadas fossem integrantes do programa de qualquer curso oficial de ensino superior (art. 21); a concessão de salas do prédio das faculdades para funcionamento de cursos livres de matérias ensinadas nos seus cursos regulares (art.22). A reforma previa também que a cada uma das faculdades de medicina ficariam anexos uma escola de farmácia, um curso de obstetrícia e ginecologia e outro de cirurgia dentária; o aumento dos preparatórios exigidos para a matrícula nesses cursos; o direito das mulheres de se inscreverem nos cursos, para as quais eram reservados lugares separados nas aulas (art. 24)” (ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA, 2005, p.1)

Cunha (1986, p.91) relata que “o Decreto 7.247 foi aprovado *ad referendum* da Assembléia, instituindo a liberdade de ensino primário e secundário no município da corte e a de ensino superior em todo o país.” No entanto, o que resultou desta proposta, para além das reformas específicas para a

área médica, foi a possibilidade de “frequência livre nas escolas superiores e a liberdade efetiva de crença para alunos, professores e funcionários”, reivindicações que também compunham o ideário positivista para o ensino superior, no Brasil.

Para Cunha (1986, p. 94), o que estava em disputa era a manutenção do monopólio da “formação da força de trabalho habilitada para o desempenho de certas profissões, conforme certas doutrinas e práticas (...), e [a] garantia [dos] interesses de poder, remuneração e prestígio de certos grupos corporativos”. Era um aspecto fundamental para a consolidação das profissões do médico, engenheiro, advogado e do cirurgião-dentista. Analisando a transformação social da medicina no século XVIII e início do XIX, Star (1991) e Freidson (1978) relatam a existência de várias modalidades de cursos de medicina que seguiam várias “doutrinas e práticas”, como a quiromancia, a homeopatia e a nascente alopatia, entre outras, e mostram que uma das estratégias adotadas pela Associação Médica Americana para conseguir o monopólio na formação foi justamente a adoção do currículo uniforme, que conduziu à prática que se tornou hegemônica.

1.3. A institucionalização do ensino da odontologia no Brasil

O marco da institucionalização do ensino da odontologia no Brasil é dado pelo Decreto 7.247, artigo 24, de 19 de abril de 1879, que determinou a

cada Faculdade de Medicina a obrigatoriedade de instituir, anexos, uma escola de farmácia, um curso de obstetrícia e ginecologia e um de cirurgia dentária. No entanto, o curso de odontologia foi criado oficialmente por meio do Decreto Imperial nº. 9.311, de 25 de outubro de 1884¹⁴, que, segundo expressão de Oliveira (1975/1981), “usou da autoridade concedida pelo art. 2, § 7º da Lei nº3.141, de 30 de outubro de 1882, que deu Estatuto às Faculdades de Medicina”. O artigo 9º deste decreto estabelece que o curso de odontologia seria ministrado em três séries, conforme as matérias listadas no Quadro 1.

Quadro 1.

Currículo do curso de arte dentária instituído pelo decreto nº 9.311 de 25/09/1884

ANO	MATÉRIAS
1º	- física elementar, - química mineral, - anatomia descritiva - topográfica da cabeça.
2º	- histologia dentária, - fisiologia dentária, - patologia dentária e higiene da boca.
3º	- terapêutica dentária, - cirurgia e prótese dentária

FONTE: Escola de Cirurgia da Bahia, 2005.

Esse currículo base para os cursos de odontologia, estruturado em três anos, apresentava uma concepção restrita de formação do profissional, na medida em que restringia o conhecimento para a atuação do cirurgião-dentista a

¹⁴ Assim se manifestou Salles Cunha (1972) sobre esta legislação: “Foi tal decreto o marco de limite entre o empirismo dos profissionais em arte dentária de antanho e o preparo já um pouco científico dos odontólogos de então”. É necessário salientar que, embora o artigo tenha sido publicado em 1972, fora escrito em 1929,

extração e reposição dentária. Samico (1992, p.7) fez o seguinte comentário sobre esse currículo, que vigorou por seis anos:

era um currículo ainda acanhado e restritivo para sua época, de inspiração nitidamente francesa. Tinha, contudo, possibilidades de evoluir, com o correr dos anos. Já se exigia para matrículas de candidatos que tivessem sido anteriormente aprovados nos seguintes preparatórios: português, francês, inglês, aritmética e geometria. Podiam se matricular candidatos de ambos os sexos. E a aprovação final ao término do curso possibilitava aos concluintes o diploma de cirurgião-dentista.

O conhecimento adquirido nas disciplinas de física elementar e química mineral permitia ao cirurgião-dentista “fabricar” os materiais necessários para os tratamentos por ele realizados. As disciplinas foram se modificando à medida em que os meios de produção e distribuição dos materiais odontológicos foram se aprimorando (CHAVES, 1957). Vale salientar a inclusão da disciplina de higiene da boca nesse currículo, o que corrobora a informação de Samico (1992) sobre a influência francesa na sua elaboração.

A disciplina de higiene foi introduzida no currículo das escolas médicas no Brasil na Reforma de 1815, seguindo o mesmo enfoque dos países europeus (ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA, 2005). Miranda (2005, p. 2) esclarece que o conhecimento desenvolvido pela disciplina teve como base a medicina urbana da França, que tinha três grandes objetivos:

analisar os acúmulos de tudo que poderia provocar confusão, perigo e doenças no espaço urbano (...) [controlar] a circulação das coisas ou dos

conforme data aposta ao final (Rio de Janeiro, 12 de junho de 1929).

elementos, principalmente a água e o ar (...) [organizar] a distribuição e colocação dos diversos elementos necessários à vida na cidade¹⁵.

A disciplina de higiene foi introduzida no currículo médico, no Brasil, tendo como objeto de intervenção o espaço urbano, visando contribuir para saneá-lo, normalizando-o. Para cada espaço urbano – do lar ao cemitério – iam sendo construídas “táticas específicas de abordagem, domínio e transformação” (COSTA, 1999, p.30). “O que importa é notar que a eficiência científica da higiene funcionou como auxiliar na política de transformação dos indivíduos em função das razões do Estado” (*ibidem*, p.32).

A introdução da disciplina de higiene nos currículos da área médica teve também uma outra função ideológica: a higienização dos espaços domésticos. O discurso da higiene em relação à ocupação do espaço doméstico tornou o inevitável, desejado segundo expressão utilizada por Costa¹⁶ (2004, p.125). Segundo o autor, era inevitável a supressão dos escravos, devido aos ditames das mudanças econômicas e culturais que ocorriam no Brasil. O discurso médico passa a atribuir aos escravos o papel de portador dos males que

¹⁵ Na época a teoria que explicava a causa das doenças era a “teoria dos miasmas”.

¹⁶ Jurandir Freire Costa mostra no seu trabalho *Ordem Médica e Norma Familiar* como a concepção de saúde veiculada pela higiene contribuiu para a mudança de hábito nas famílias brasileiras, permitindo-lhes incorporar mudanças a fim de se integrar à ordem econômica que o Estado desejava implantar. Mostra como as concepções médicas auxiliaram o Estado a penetrar nos espaços domésticos: na sala, nos quartos, na cozinha, nos colégios, “analisar os acúmulos de tudo que poderia provocar confusão, perigo e doenças no espaço urbano” Miranda (2005, p. 2). Costa analisa a construção desse discurso pelos médicos nos trabalhos de conclusão do curso de medicina ao longo do século XIX, quando eram prescritas as normas de ocupação dos espaços que as famílias deveriam seguir, o que interferia até na arquitetura das casas, na amamentação dos filhos, no controle da sexualidade feminina, entre outros temas, modernizando a casa das classes dominantes - que comportava em média 20 pessoas - , pois era necessária a manufatura de tudo o que a família necessitava, para dispensar a mão de obra escrava e consumir os produtos ofertados no incipiente mercado interno.

atingiam a família e, principalmente, a criança, devido à sua presença abundante no âmbito familiar. A retirada dos escravos das lides domésticas, sob pressão da ordem econômica, passa a ser desejada pelas famílias, por prescrição médica. “A medicina engrossava o caudal da reeuropeização, responsabilizando os negros pela perpetuação dos hábitos incultos e maneiras rudes dos senhores” (COSTA, 2004, p.125). Nesse contexto, o autor salienta a importância de se ampliar a escolarização dos filhos das famílias coloniais. Com a chegada da Família Real ao Brasil, houve o aumento no número de colégios, em função do crescimento da demanda. Já a construção das primeiras vias férreas facilitou o acesso à escola, ao melhorar o sistema de transporte e diminuir a distância entre a zona rural e as cidades.

Salles Cunha (1972) informa que as matérias por ele chamadas de “não especializadas” eram ministradas no primeiro ano, em comum com o curso médico. Para o autor “ficava, por esse motivo, o aluno com acúmulo, por vezes, de conhecimentos, que não lhe aproveitavam, e com carência de outros indispensáveis à sua futura profissão” (*idem*, p.146). As disciplinas comuns ao currículo médico, que posteriormente foram agrupadas no ciclo básico, eram encaradas como desnecessárias para a formação do profissional, idéia compartilhada por muitos profissionais. Como ponto positivo desse currículo o autor cita a seriação das matérias, que ele considerou bem feita, e a avaliação por meio de provas escrita, prática e oral.

Outro aspecto refere-se à mudança na seleção dos candidatos à profissão. No decreto nº 9.311 de 25/09/1884, foram estabelecidos os conhecimentos necessários à admissão no curso de odontologia: português, francês, inglês, aritmética e geometria. A exigência do domínio de duas línguas estrangeiras - francês e inglês - configura a intenção de aumentar o capital cultural dos ingressantes e, conseqüentemente, de selecioná-los junto à classe social detentora de capital compatível. O processo de legitimação da odontologia é acompanhado pela gradativa exclusão do contingente de candidatos que anteriormente a exercia: os pardos e analfabetos.

Foi por sugestão do relatório de Visconde de Sabóia, então Diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que o Governo do Império criou oficialmente o laboratório de cirurgia e prótese dentária e os cargos de preparador, ajudante e conservador do mesmo (1881). Perri de Carvalho (1995) destaca como marco da formalização do ensino odontológico no País a Lei Orçamentária 3.141, de 30 de outubro de 1882, apesar de oficialmente criada apenas dois anos depois. Em 1883, o cargo de *preparador* foi ocupado, por concurso público, pelo cirurgião-dentista Thomas Gomes dos Santos Filho, que passou a ser professor do Curso de Odontologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (MENEZES, 1985). O laboratório então criado serviu como local de realização dos exames de habilitação para os candidatos ao título de dentista (SALLES CUNHA, 1972).

Em 1884, a Reforma Sabóia, por meio do Decreto nº. 9.311 de 25/10/1884, junto com a Lei nº 3.141 de 30/10/1882, efetivara as modificações instituídas pela Reforma Leôncio de Carvalho. O documento previa que as faculdades de medicina seriam integradas pelos cursos de ciências médicas e cirurgia e pelos três cursos anexos: farmácia, odontologia¹⁷ e obstetrícia e ginecologia. Já os cursos de farmácia e odontologia teriam a duração de três anos.

Os decretos acima mencionados criaram as condições legais e materiais para a institucionalização do ensino da odontologia. Em 1891, teve início o Curso de Cirurgia Dentária da Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia¹⁸. Em 1882, já fora iniciado o curso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em outubro de 1898, criou-se a Escola de Odontologia de Porto Alegre. Em 1901, a de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia na Faculdade de Medicina de São Paulo. A Faculdade de Farmácia e Odontologia de Juiz de Fora foi fundada em 1905. Até o ano de 1917, fundaram mais 14 cursos de odontologia. A Escola de Odontologia de Ouro Preto teve suas atividades encerradas em 1927, assim como a da Escola de Farmácia e Odontologia do Instituto Granbery (Juiz de Fora). Há referência da existência da Escola Livre de Odontologia do Pará, mantida, assim como a Faculdade de Medicina e Cirurgia, pela Associação Científica do Pará (FACULDADE DE MEDICINA E

¹⁷ A partir da Reforma Sabóia os cursos passam a ser citados como de odontologia e não mais de “cirurgia dentária”. Persiste a dúvida de quando e por que tal denominação foi adotada.

CIRURGIA DO PARÁ, 2005). As quinze escolas de odontologia fundadas no período e que não tiveram as atividades encerradas foram incorporadas às universidades federais dos respectivos Estados, quando da federalização do ensino superior na década de 1950 (Quadro 2).

Quadro 2.

Cursos de Odontologia existentes no Brasil no período de 1881 a 1917

ANO	NOME
1891 (reconhecimento, INEP) 1879 (INEP)	Curso de Odontologia anexo a Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia.
1892 (funcionamento) 1856 (criação)	Curso de Odontologia anexo a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
1898	Faculdade de Odontologia de Porto Alegre
1901	Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo
1904	Escola de Farmácia e Odontologia do Instituto Granbery (Juiz de Fora)
1905	Faculdade de Farmácia e Odontologia de Juiz de Fora
1905	Escola Livre de Odontologia do Rio de Janeiro
1907	Escola Livre de Odontologia de Belo Horizonte
1908	Faculdade de Odontologia de Minas Gerais
Posterior a 1909	Escola Livre de Odontologia do Pará
1911	Curso de Odontologia de Pelotas
1912	Curso de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia da Universidade do Paraná
1912	Escola de Odontologia de Ouro Preto
1912	Curso de Odontologia da Universidade de São Paulo, inaugurada em 23 de março de 1912
1912	Faculdade de Farmácia e Odontologia do Estado do Rio de Janeiro
1913	Escola de Odontologia de Pernambuco
1914	Faculdade de Odontologia do Pará
1916	Faculdade de Farmácia e Odontologia do Ceará
1917	Curso de Odontologia do Instituto Politécnico de Florianópolis

Fontes: *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Capturado em 13/05/2005. *On line*. INEP, (2005). Site da Faculdade de Odontologia de Juiz de Fora.

¹⁸ Foram mantidos os nomes das instituições da época da criação dos cursos de cirurgia dentária.

Apesar do Decreto nº 7.247, de 19/04/1879, ter previsto a criação de um curso de odontologia anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, este não foi instalado. Portanto, apesar da existência da base legal para a instalação dos cursos de odontologia, estes só passaram a funcionar a partir de 1884, com o apoio de Visconde de Sabóia, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (ESCOLA ANATÔMICA, CIRÚRGICA E MÉDICA DO RIO DE JANEIRO, 2005). O curso de odontologia, regulamentado pela legislação citada, tinha a duração de três anos, conforme se pode observar no Quadro 1. Fato que pode ser comprovado nos dados extraídos de Cunha, adaptados no Quadro 3, onde mostra que o curso de odontologia, anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, passou a matricular alunos em 1885; e que os primeiros concluintes datam de 1887. Como se observa no Quadro 3, o curso de odontologia, anexo à Faculdade de Medicina da Bahia, começou a funcionar, mesmo que precariamente, em 1888, com alunos que freqüentavam o curso e que, no entanto, não eram matriculados, situação que a lei facultava.

Quadro 3.

Números de alunos matriculados e de concluintes na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (RJ) e da Bahia (BA), 1878-88

Ano	Matriculados nos cursos de						Concluintes nos cursos de					
	Medicina		Farmácia		Odontologia		Medicina		Farmácia		Odontologia	
	RJ	BA	RJ	BA	RJ	BA	RJ	BA	RJ	BA	RJ	BA
1878	497	407	104	82			67	40	20	15	7*	
1879	587	411	131	78			91	53	19	14		
1880	626	433	140	82			66	67	39	20		
1881	911	433	168	71			61	42	35	9		
1882	1.012	428	177	59			78	63	25	18		
1883	1.145	283	205	49			101	59	31	12		
1884	862	390	172	73			106	36	40	6		
1885	529	777	128	133	6		81	106	30	31		
1886	783	---	217	---	58		98	105	25	28		
1887	560	400**	162	36**	27		126	108	26	44	12	
1888	437	398**	127	51**	26	2**	77	81	52	42	8	

* Na Tabela apresentada por Cunha constam estes 7(sete) alunos concluintes do cursos de odontologia - por isso o número foi mantido.

** Os números se referem aos alunos que freqüentavam e não aos matriculados.

Fonte: Adaptado de Cunha, 1986, p.143

Ao observar o Quadro 3, uma questão se coloca em relação ao número de alunos matriculados e o de concluintes. Nessa época, até 1888, não havia um número de vagas específico para cada curso; os alunos eram admitidos a partir da aprovação nos exames preparatórios. A fixação de vagas para cada curso só foi estabelecida na Reforma Rocha Vaz, pelo Decreto 16.782-A, de janeiro de 1925. Portanto, a seleção se dava no próprio transcorrer do curso. Isto pode ser confirmado, comparando-se o número de alunos matriculados com o número de concluintes. A taxa média de abandono do curso de medicina foi de 85,58%, atingindo 92,4% entre os alunos matriculados no ano de 1882.

Buscando entender o crescimento de matrículas no curso de medicina, principalmente entre 1881 e 1883, recorreu-se à legislação vigente na época. Estava em vigor a Reforma Leôncio de Carvalho, que estabeleceu a liberdade de frequência nas faculdades e que facultava ao aluno repetir os exames nas matérias em que não conseguira habilitação. Esta reforma permitiu também a inscrição de mulheres, reservando-se a elas lugares separados nas aulas. Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a gestão do Conselheiro Vicente Cândido Figueira (1881 a 1889) foi considerada o período áureo, quando foi publicada uma revista bimestral e instituído um prêmio de viagem à Europa para o melhor aluno concluinte dos cursos de medicina ou farmácia. A conjugação desses fatores parece ter contribuído para o aumento das matrículas mas não foi

muito eficaz para melhorar as taxas de conclusão dos cursos (ESCOLA ANATÔMINA, CIRÚGICA E MÉDICA DO RIO DE JANEIRO, 2005).

Com a promulgação da Constituição de 1891¹⁹, estava em curso um movimento de facilitação do acesso ao ensino superior e a sua desoficialização. Cunha (1986) relata a discussão da época sobre os exames preparatórios. Desde a sua criação, durante a transmigração da Corte Portuguesa para o Brasil, o ensino secundário não tinha um currículo estabelecido e seriado - portanto, foram criados mecanismos de preparação e verificação para o acesso ao ensino superior. Os candidatos faziam os exames preparatórios, constituídos de provas sobre determinadas matérias: se aproveitamento fosse considerado satisfatório, eles podiam se matricular em um curso superior. O acesso via exames preparatórios se constituía, assim, em uma via paralela e mais rápida, que substituía a considerada “longa e difícil instrução secundária”, chegando “a uma situação tal que os exames preparatórios já não serviam para identificar os estudantes capazes de seguir um curso superior” (CUNHA, 1986, p.128).

O embate relacionava-se à própria natureza do ensino secundário, o que pode-se observar no texto abaixo:

Premidos pela ideologia do bacharelismo, os jovens das classes dominantes e das camadas médias buscavam obter, de qualquer maneira, um diploma superior, qualquer que fosse. (...)

¹⁹ A primeira Constituição Brasileira Republicana foi promulgada em 24/02/1891 onde estabeleceu a república federativa liberal; estabeleceu a autonomia dos estados federados, estabeleceu o sistema presidencialista de governo, os três poderes: executivo, legislativo (senadores e deputados) e o judiciário. Para Boris Fausto (2002, p. 273) “o Estado [na Primeira República] se definiu como articulador de uma integração nacional que, mesmo frágil, nem por isso era inexistente. Tinha de garantir uma certa estabilidade ao país, conciliar interesses diversos, atrair investimentos estrangeiros, cuidar da questão da dívida externa”.

A reação contra esse quadro procurava mostrar o ‘desvio’ do ensino secundário de sua ‘função própria’, isto é, formativa, só por acréscimo ou por exceção propedêutica. Seria necessário corrigir esse ‘desvio’ impedindo que os estudantes, impulsionados pelo bacharelismo, deixassem de se submeter ao ensino secundário propriamente formativo e acabassem por se tornar advogados, médicos, engenheiros, farmacêuticos, dentistas e outros profissionais diplomados mas não habilitados científica, literária e tecnicamente (CUNHA, 1986, p.179).

Os exames preparatórios foram substituídos, em 1889, pelo exame de madureza, que deveria ser realizado sob a supervisão do corpo docente das faculdades, com a finalidade de corrigir esses desvios. Mas, segundo Cunha (1986), sua aplicação foi sofrendo sucessivos adiamentos, por pressão dos candidatos às escolas superiores. Em 1911, foi promulgada a Lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental²⁰, que, entre outras providências, instituía os exames de admissão.

Outro embate de grande repercussão no ensino superior foi sua desoficialiação, que, segundo Cunha (1986, p. 177), vinha desde o Império e se caracterizava “pela retração do setor estatal do ensino superior em proveito do setor privado, praticamente inexistente nesse grau de ensino”. Ainda segundo o autor, com a instituição do regime republicano, essa bandeira, até então defendida pelos liberais, passou a sê-lo também pelos positivistas, que a

²⁰ O decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911, que será discutido posteriormente (Quadro 6), teve influência na expansão do ensino superior, por permitir a criação de escolas pelos Estados e por particulares, sem que precisassem seguir os currículos oficiais. A crítica de Cunha (1986) é que o exame de admissão e a autonomia das escolas superiores favoreceram a baixa qualidade. Segundo Cunha (1986, p.184) “Os críticos da lei orgânica diziam que as exigências dos exames de admissão diminuíram para que as faculdades não ficassem sem alunos; livres de qualquer fiscalização abriram-se faculdades particulares que facilitavam ao máximo os exames de modo a aumentar suas receitas; os professores que participavam (ou esperavam participar) das bancas examinadoras ministravam aulas particulares aos futuros candidatos; os programas de ensino eram encurtados conforme as conveniências de alunos e professores (...)”. No mesmo dia em que foi

atrelaram à liberdade de profissão. Tais idéias influenciaram sobremaneira a política educacional posterior a 1910. Portanto, todas as reformas propostas ora aumentavam, ora restringiam a autonomia das instituições de ensino, acompanhando os embates políticos dos grupos no poder: os positivistas e os liberais.

As inspetorias, criadas nos Estados e subordinadas à Diretoria Geral de Saúde Pública (sediada então na Capital Federal, Rio de Janeiro), tinham, entre outras funções, de fiscalizar os responsáveis pelas farmácias, que deveriam possuir títulos conferidos por instituições de ensino. No entanto, as únicas instituições de ensino oficial de farmácia eram as faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, que mantinham anexos os cursos de farmácia, desde 1882. Em Ouro Preto, existia a Escola de Farmácia, criada em 1839, desvinculada do curso médico, única no Brasil e na América Latina. A exigência da fiscalização fez com que crescesse o número de cursos de farmácia no País.

A criação de escolas de nível superior pelos Estados foi facilitada pela promulgação da Constituição Republicana de 1891.

Esta propunha um sistema educacional descentralizado, cabendo ao Congresso Nacional e à União legislar sobre o ensino superior, secundário e primário do Distrito Federal. Em contrapartida, aos Estados era permitido organizar seus sistemas escolares completos. Nesse contexto, a partir do início do século XX, vários cursos de ensino médico de nível superior, principalmente de farmácia e odontologia, começaram a surgir nas capitais ou mesmo nas maiores cidades dos principais estados do país. A escassez de recursos para a implantação do ensino médico explica, em parte, a escolha para os cursos menores e, por isso mesmo menos dispendioso. A Escola

promulgado o decreto acima mencionado, saíram outros decretos, dentre eles o novo regulamento das faculdades de medicina (de nº 8.661).

Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre e a Escola Livre de Farmácia de São Paulo, fundadas ainda no final do século XIX, se anteciparam em alguns anos à expansão das instituições de ensino. (ESCOLA LIVRE DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO, 2005, p.2).

1.3.1. As implicações das reformas do ensino superior no currículo dos cursos de odontologia no Brasil.

As reformas do ensino superior de 1891, 1893, 1901 e 1911 reduziram a duração do curso de odontologia para dois anos (SAMICO, 1992). A do Visconde de Alvarenga, instituída por meio do decreto nº 1.482, de 24 de julho de 1893²¹, além de reduzir a duração do curso de odontologia, retirou as disciplinas de física e química, que passaram a ser exigidas nos exames preparatórios (Quadro 4). Neles, passou a ser exigido também aprovação em português, francês ou inglês, aritmética (até proporções, inclusive), geometria plana e elementos de física e química. Por esse decreto, os concluintes passaram a receber o título de cirurgião-dentista (SALLES CUNHA, 1972). O autor traz uma informação interessante, não por ser inédita, mas pela forma com que ele se expressa: “os candidatos que concluíam o curso de odontologia recebiam, então o título de cirurgião-dentista (...) e *assinavam* o diploma ...” (grifos meus). Após a reticência, o autor não faz nenhum comentário - talvez por querer lavar o seu protesto diante de prática discriminatória tão absurda ao cirurgião-dentista.

Quadro 4.

Currículo do curso de odontologia instituído pelo decreto nº 1.482 de 24/07/1893

ANO	MATÉRIAS
1º	- anatomia descritiva e médico-cirúrgica da cabeça - histologia da boca e anexos - fisiologia dentária - higiene dentária
2º	- patologia dentária, - terapêutica dentária,

²¹ Este decreto regulamentou o Código das disposições comuns às instituições de ensino superior dependentes do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, aprovado em 3 de dezembro de 1892 (SALLES CUNHA, 1972).

- prótese dentária - clínica odontológica
--

FONTE: SALLES CUNHA, 1972, p.148

Sobre o currículo apresentado no Quadro 4, observa-se, em relação ao currículo apresentado no Quadro 1, que a disciplina de higiene separou-se da patologia dentária; e foi suprimida a de cirurgia dentária. O artigo 33 desse decreto estabelece, além da série em que cada matéria deveria ser ministrada, também o período e como deveriam ser ministrados. Cada disciplina teria duração média de 10 dias, na maioria, na forma de preleção, com exceção das disciplinas de patologia e terapêutica dentária, de clínica odontológica e prótese dentária, como se pode constatar na transcrição abaixo do decreto nº 1.482 de 24/07/1893 (*apud* SALLES CUNHA, 1972, p.147):

Art 33 – §1º -O de anatomia, no primeiro mês do ano letivo, em preleções que terão lugar em dias alternados, acompanhado de demonstração, e exercícios práticos nos dias que forem de preleção,

§ 2º - O de histologia, no segundo mês do ano letivo do mesmo modo estabelecido para o curso de anatomia especial,

§3º - O de fisiologia, no terceiro mês do ano letivo, em preleções, que serão feitas em dias alternados,

§ 4º - O de higiene, no quarto mês do ano letivo, em preleções, que serão feitas em dias alternados,

§ 5º Os de patologia e terapêutica dentárias, durante a primeira metade do ano letivo, em preleções feitas em dias alternados,

§ 6º - Os de clínica odontológica e prótese dentária, diariamente para os alunos de ambas as séries.

Ainda nesse decreto, o artigo 32 cita as disciplinas que compõem o currículo, indicando os responsáveis por ministrá-las. No entanto, a responsabilidade pelo ensino das disciplinas de prótese dentária, patologia dentária, terapêutica dentária é tratada no artigo 34. Neste, o preparador do

laboratório de odontologia era o responsável pela prótese dentária e o das outras duas disciplinas seria escolhido por concurso. Conclui-se que existiam apenas dois professores exclusivos para o curso de odontologia: os de matérias especializadas e que, a partir desse decreto, passaram a ter “permissão de votarem (...) nos exames dos candidatos ao título de dentista, de cujas bancas faziam parte” (SALLES CUNHA, 1972, p.148). Não é mencionado nos artigos transcritos por Salles Cunha (1972) o responsável pela matéria de clínica odontológica.

Salles Cunha (1972, p.149) assim inicia a análise do decreto nº 3.902, de 12 de janeiro de 1901, que aprovou o regulamento para a Faculdade de Medicina:

Novo golpe sofreu a odontologia de 1901, - cognominada Francisco de Castro. Tinha-se a impressão de que o fito do reformador era extinguir o curso, por julgá-lo, quem sabe? mero luxo do ensino superior.

Tudo era reduzido, e pouco se exigia ao cirurgião-dentista. Mas, mesmo com essas facilidades aos pretendentes à profissão odontológica, houve uma freqüência exígua no curso. Pensou-se, então, em perpetrar a maior das ignomínias: fechar-se o curso de odontologia, voltando-se ao antigo exame de habilitação de outras eras. Isso em pleno século XX.

Mas a classe odontológica, já ciente e consciente do seu poderio, saiu a campo para lançar um brado de veemente protesto contra um atentado de conseqüências futuras tão desastrosas.

Daí conclui-se que a odontologia, enquanto profissão, ainda não tinha adquirido o atributo de universal e vital, no Brasil, de forma que o conhecimento adquirido pelo profissional o diferenciasse e a sociedade o reconhecesse como imprescindível. Ao mesmo tempo em que a possibilidade de extinção dos cursos de odontologia foi aventada, inclusive pela baixa procura, o

prestígio social dos ocupantes da incipiente profissão fez barrar esse processo.

A força da categoria profissional, que começa a se articular para delimitar e manter o campo de atuação profissional, pôde ser observada no decreto aprovado. A disputa no campo promoveu um ganho simbólico muito importante para a profissão: o cirurgião-dentista passou a ter direito de colar grau²² (SALLES CUNHA, 1972), como o médico e o advogado.

Quadro 5.

Currículo do curso de odontologia instituído pelo decreto nº 3.902 de 12/01/1901.

ANO	MATÉRIAS
1º	- anatomia descritiva da cabeça, - histologia da boca, - fisiologia dentária
2º	- anatomia médico-cirúrgica da boca, - patologia, terapêutica e higiene dentárias, - prótese dentária, - clínica odontológica

FONTE: SALLES CUNHA, 1972, p.150

As alterações mais significativas no currículo do curso de odontologia de 1901 (Quadro 5) foram a inclusão de uma disciplina de anatomia da boca e a reincorporação da matéria de higiene na disciplina de patologia. A disciplina de anatomia da boca, mesmo ministrada por um médico, versava sobre a especificidade da odontologia, demarcando um conhecimento circunscrito à

²² Outro ganho neste sentido já tinha acontecido na odontologia, quando da criação do anel simbólico cujo uso pelos profissionais da área se tornou oficial em 1895. O decreto nº 2.061, de 29 de junho de 1895 assim regulamentou a matéria: “O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil decreta: artigo Único – O distintivo para os alunos que concluírem o Curso de Odontologia das Faculdades de medicina será um granate engastado em aro de ouro, representando duas cobras entrelaçadas” (SALLES CUNHA, 1972, p.162).

profissão. A disciplina de higiene passa a ser ministrada por profissional específico da área - interessante notar que ele não é considerado um lente, mas um profissional encarregado do ensino de determinadas matérias.

A partir de 1905, as faculdades ou escolas de odontologia em funcionamento passaram a ser equiparadas às escolas oficiais, por determinação do decreto nº 1.731 de 28 de agosto. O decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911, seguiu a tendência de expansão do ensino superior no período de vigência da Lei Orgânica do Ensino Superior e Fundamental (1911-1915); e foram criadas, como observado no Quadro 2, sete escolas de odontologia nos diferentes Estados da Federação. Passou-se de dez para dezessete escolas de odontologia, no final do mencionado período.

1.4. A década de 1910: início da ocupação diferenciada da odontologia

A história da educação superior no Brasil apresenta-se entrecortada por idas e vindas quanto à sua estruturação e as bases legais de sua oferta consubstanciadas na reforma para esse nível de ensino. Cunha (1986), ao discutir o que ocorreu na Primeira República - da Proclamação, em 1889, até a Revolução de 1930 -, apresenta um cenário que facilita a compreensão do período e o ziguezague das reformas do ensino superior. Para o autor, o período

compreende a consolidação e a crise da hegemonia da classe latifundiária, principalmente da que tinha interesse na cafeicultura, e da jovem burguesia industrial, desafiada por um operariado crescente em número e em organização, e por movimentos insurrecionais de militares, apoiados por setores das camadas médias urbanas (CUNHA, 1986, p. 146).

Para Ianni (1985, p.14-15) o Estado nesse período (1889-1930) foi adquirindo características que o tornaram oligárquico, corporativo, populista e

militar. Estas características foram forjadas, apesar das formas jurídico-políticas das constituições republicanas. Havia uma violenta repressão aos setores populares, que se insurgiam contra as diferentes formas de exploração pelas classes dominantes ou que lutavam para ampliar as conquistas democráticas. Ao mesmo tempo,

desenvolvia-se a política dos governadores, que permitia às classes dominantes dos Estados mais poderosos capitalizar as disputas das oligarquias estaduais e as desigualdades regionais, de modo a preservar e fortalecer o poder do bloco agrário que dominava o aparelho estatal. (...) Por sobre os interesses do povo, ou às costas deste, o Presidente da República, os governadores estaduais e os coronéis locais articulavam-se como um vasto aparelho estatal de fato. Essa política, iniciada por Campos Salles (1898- 1902), garantia a submissão do legislativo, em todos os níveis, ao executivo.

Apesar da crise de hegemonia da classe latifundiária apontada por Cunha (1989), o Estado brasileiro mantinha o seu caráter autoritário, se organizando segundo “os interesses oligárquicos, burgueses, imperialistas” da classe no poder ou em ascensão (IANNI, 1985, p.11).

É nesse contexto que as soluções para os problemas enfrentados pela sociedade brasileira nos diferentes setores vão sendo apresentadas. Para Cunha, foi

(...) durante este período que surgiram as escolas superiores livres, isto é, não dependentes do Estado, empreendidas por particulares. Seu crescimento foi bastante grande, tendo ocorrido correlativamente à facilitação do ingresso no ensino superior. Esse fenômeno foi produto de determinações técnico-econômicas, tais como a necessidade de aumentar o suprimento da força de trabalho dotada de alta escolaridade, e, também, de determinações ideológicas, como a influência do positivismo (CUNHA, 1986, p. 146-7).

A economia brasileira baseava-se na produção agrícola, visando à exportação, caracterizada pelo modelo agro-exportador. As zonas portuárias constituíam uma área de preocupação das autoridades sanitárias, por serem a porta de entrada de doenças, exigindo permanente controle. A ocorrência de doenças nos portos e navios brasileiros comprometia a exportação, devido às medidas sanitárias adotadas na época. A mudança no modelo econômico, com a industrialização, a crescente migração de mão de obra e o aumento da população nos centros urbanos, também tem impacto na área da saúde.

A urbanização e a emergência do sistema de governo federativo acarretaram a necessidade de se ampliar a formação da força de trabalho para se ocupar das funções da máquina do Estado e das demandas do processo de produção. Como relata Cunha (1986), havia no período oferta incipiente de profissionais com formação de nível superior. Segundo o autor, havia apenas cursos da área médica, engenharia e correlatos, direito e agronomia, espalhados por sete cidades brasileiras. Portanto, colocava-se não só a necessidade de expansão do ensino superior existente, como a de instalação de centros formadores em diferentes localidades. E foi o que ocorreu.

Na Constituição Republicana de 1891, no artigo 35, §3º, o ensino superior era considerado atribuição do Poder Federal, mas cabia ao Congresso a criação de instituições de ensino superior nos Estados (FÁVERO, 2000a). Propunha-se um sistema educacional descentralizado, permitindo aos Estados a

criação de escolas de nível superior. Cabia ao Congresso e à União legislar sobre o ensino superior, secundário e primário do Distrito Federal (ESCOLA LIVRE DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO, 2005; CUNHA, 1986). Os Estados poderiam organizar sistemas de ensino completos. Eram instituídos cursos livres, o que possibilitou aos Estados a criação de universidades. Por meio deste dispositivo legal, são criadas, em 1909, a Universidade de Manaus, em 1911, a de São Paulo e, em 1912, a do Paraná (FÁVERO, 2000a).

Como pôde-se observar no Quadro 2, a partir da criação da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, em 1898, já sob a vigência da Constituição Republicana, outros 16 cursos livres de odontologia foram criados até 1917. Vale ressaltar que estes, junto com os cursos de farmácia, eram considerados menos onerosos e mais fáceis de serem mantidos do que os de medicina.

Ao mesmo tempo em que essas medidas permitiram a expansão do ensino superior nas províncias, o governo republicano decidiu que os diplomas das profissões, determinadas em lei, fossem registrados nas repartições federais. Para isto, deveriam ser expedidos por escolas que tivessem o mesmo currículo das oficiais, supervisionadas pelo ministério competente (CUNHA, 2004). Ou seja, mantinham-se também os mecanismos de controle e contenção do ensino superior.

As reformas que se seguiram ora aumentavam a autonomia didática e administrativa das instituições, ora as restringiam, obrigavam ou desobrigavam a

freqüência nas atividades de ensino, exigiam ou deixavam de exigir exames de admissão e escolarização prévia para o acesso ao ensino superior. Também as cadeiras (disciplinas) para a integralização dos cursos eram aumentadas ou diminuídas. Magalhães (1932, *apud* ESCOLA ANATÔMICA, CIRÚRGICA E MÉDICA DO RIO DE JANEIRO, 2005, p. 23) cita o médico baiano Antônio Pacífico Pereira, que assim se manifestou sobre o período:

A preocupação reformadora é sempre anular o precedente, com a prática de condenar em absoluto um regime inteiro sem haver nem onde haurir nem como inventar a inspiração renovadora, limitando-se a desenterrar velhas coisas e a provocar criações mais apropriadas ao interesse pessoal do que à vantagem coletiva. Aparecem e desaparecem princípios e conceitos. Nos exames, vão e vêm às provas escritas, na administração surge e esvai-se a autonomia; na docência afirma-se ou nega-se a sua independência. Todavia, há sempre lugares novos (...).

A Lei Orgânica do Ensino Superior e Fundamental da República, instituída pelo decreto nº 8.659, de 05/04/1911, conhecida como Reforma Rivadávia Correa, promoveu significativas mudanças no ensino superior. As unidades de ensino passaram a gozar de autonomia didática e administrativa. Esse decreto facultou, também, às faculdades privadas ou estatuais criarem os seus currículos, acabando com a obrigatoriedade de seguir os da Bahia e do Rio de Janeiro. Deixou também de exigir cursos preparatórios para o ingresso aos cursos superiores (ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA, 2005, p.15-16).

Ao mesmo tempo, a Reforma Rivadávia permitiu a transformação gradativa das escolas em entidades privadas subvencionadas pelos Estados. Por incentivo dessa reforma houve uma “inacreditável proliferação de Escolas de

Odontologia” nos Estados de São Paulo e Minas Gerais (PERRI DE CARVALHO, 1995, p.6). Cunha (1986) também relatou que, no período de vigência da Lei Orgânica (1911 a 1915), surgiram nove escolas, sendo seis na área médica, odontologia e farmácia. Dados que comprovam a expansão, especificamente nos cursos de odontologia, também foram apresentados no Quadro 2.

Durante a vigência da Reforma Rivadávia (1911- 1915), além da livre diplomação, houve um movimento pela eliminação dos privilégios dos diplomas escolares, entre eles o do ensino superior. Procurava-se difundir o que previa a Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, onde era facultado a qualquer pessoa exercer qualquer profissão, sem exigência de diploma. Essa tese já tinha sido apresentada e derrotada na Constituição de 1891, ganhando força com a Lei Orgânica do Ensino Superior e Fundamental, de influência positivista. No entanto, surgiram resistências à livre diplomação e à liberdade profissional dos mais diferentes campos da sociedade²³, o que resultou na promulgação do decreto nº 11.530, de 18 de março de 1915, que reorganizava o ensino secundário e superior.

²³ O controle sobre o acesso ao ensino superior foi um mecanismo para manter a sua raridade e consequentemente preservar o seu valor. “O Estado detinha o monopólio da formação da força de trabalho habilitada para o desempenho de certas profissões, conforme certas doutrinas e práticas (...), e garantia os interesses de poder, remuneração e prestígio de certos grupos corporativos. Essa era a razão por que o Estado não liberava o ensino superior (capaz de distribuir privilégios) aos particulares. (...) o aumento do número de diplomados poderia produzir, pela diminuição da raridade, a perda do valor intrínseco do diploma, em termos de poder, prestígio e remuneração, para os grupos corporativos compostos por indivíduos oriundos das classes dominantes ou cooptados por elas e interligados com os níveis mais elevados da burocracia do Estado” (CUNHA, 1986, p.94).

Esse decreto instituiu a Reforma Carlos Maximiliano, com profundas mudanças no ensino secundário e superior. A reforma reinstituuiu o exame de admissão, agora denominado de exame vestibular. E estabeleceu, assim, exigências de equiparação para as escolas superiores:

o inspetor deveria atestar seu funcionamento regular há mais de cinco anos, a existência de 'moralidade' na distribuição de notas e nos exames, a adequação dos currículos, a existência de exame vestibular 'e se é este rigoroso', a qualificação do corpo docente, a adequação do material didático, e outras condições (CUNHA 1986, p.187-8)

A “desorganização²⁴” do ensino e o descontentamento gerado em alguns setores da sociedade pela Reforma Rivadávia Correa - e que culminaram com a adoção das medidas já mencionadas - podem ser melhor compreendidos no relato de Perri de Carvalho (1995, p.6). O autor cita Lima em um trabalho sobre os cinquenta anos da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre que se refere ao “advento escandaloso da famigerada Lei Rivadávia”, quando os profissionais liberais da época começaram a “industrializar-se”. Afirma, ainda, que “no Rio de Janeiro os industrializadores do ensino tiveram a audácia de anunciar espetacularmente a venda de diplomas acadêmicos pelo preço único de sessenta mil réis”.

Ainda sobre o descontentamento e a qualidade do ensino decorrentes da Reforma Rivadávia, Perri de Carvalho (1995, p.7) transcreve a fala do professor Benedito Montenegro em suas memórias segundo a qual a criação das novas escolas de odontologia no interior do Estado de São Paulo “repercutiu

desfavoravelmente na escola da Capital, cujas salas de aula se esvaziaram, pois os estudantes, com má compreensão dos elevados desígnios da profissão que iam abraçar, preferiam as facilidades oferecidas pelas escolas de baixo padrão às excelências da escola mais rigorosa”.

Uma prática de efeitos imprevisíveis foi instituída por essa reforma, com o estímulo à autonomia financeira das instituições de ensino superior (por meio da cobrança de taxas dos alunos além das já existentes) que, em troca, ficariam isentas da dependência e fiscalização governamental (CUNHA, 1986). Sobre a implicação dessa autonomia financeira não foi encontrada nenhuma análise na literatura consultada, o que remete à necessidade de pesquisas futuras.

No entanto, iniciativas positivas também resultaram dessa reforma como a fundação, em 19 de novembro de 1911, da Universidade de São Paulo²⁵, solenemente inaugurada a 23 de março de 1912. Os cursos eram pagos pelos estudantes, como todo curso superior da época, mas esta instituição era considerada particular. Adotaram novos métodos de ensino, dando lugar à experimentação, à demonstração e à apresentação dos fatos²⁶. Promoviam palestras semanais, com assuntos diversos, abertas ao público. Cunha (1986)

²⁴ Na época foi criado o decreto nº 8.611 de 05/04/1011, que aprovou o regulamento das Faculdades de Medicina, apelidada por “Lei desorganizadora do ensino” (ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA, 2005).

²⁵ Esta universidade não é a atual USP. Ela teve as suas atividades encerradas por volta de 1917.

²⁶ Assim era desejado o ensino para a área médica, sob a influência dos paradigmas do positivismo, que se afirmava neste campo.

considera que a Universidade Popular, denominação dada a essas atividades semanais, foi a primeira experiência de extensão universitária no Brasil.²⁷

O decreto nº 8.661, de 05/04/1911, aprovou o regulamento das faculdades de medicina. Passou-se a exigir o exame de admissão para se ingressar no curso de odontologia (SOUZA, 1971). O artigo 56 desse decreto promoveu modificações no currículo do curso de odontologia, como pode ser observado no Quadro 6. Por uma interpretação desse artigo, que assim regulamentava: “O estudo completo das matérias, que compõem o curso de odontologia, deverá ser feito, no mínimo, em dois anos escolares, outros períodos letivos (...)” (SALLES CUNHA, 1972, p.151), o curso de odontologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro passou a ser ministrado em três anos. O artigo previa que as disciplinas a serem ministradas na segunda série teriam a duração de dois períodos letivos, como se pode observar no Quadro 6. No entanto, devido à baixa procura dos alunos por curso de maior duração, o então diretor da instituição, “(...) para erguê-la, teve que perpetrar esse ato estupendo: equiparar o ensino oficial ao ensino livre” (*ibidem*, p.152).

Samico (1992) relata que a obrigatoriedade de o curso ser ministrado em três séries letivas, para todas as escolas de odontologia, veio por meio do decreto nº 11.530, de 18 de março de 1915. Para serem equiparadas às oficiais e, portanto, terem seus diplomas reconhecidos, as escolas de odontologia deveriam

²⁷ Cunha (1986) relata que o maior contingente de alunos formados pela Universidade de São Paulo era o de odontologia. No entanto, eles não podiam exercer a profissão no Estado de São Paulo, por não terem diploma

se submeter à fiscalização, pela Delegacia de Ensino. No entanto, parece que a equiparação com as escolas oficiais não era sempre vantajosa e nem mesmo era possível às instituições de ensino se adequarem às exigências legais, como se deduz da transcrição abaixo:

Em março de 1923, a Escola de Farmácia e Odontologia [de São Paulo], abrindo mão da equiparação federal, ficou apenas sob o regime das leis estaduais até 24 de agosto de 1926, quando voltou a ser equiparada pelo Governo Federal.

Com a reforma de ensino Francisco Campos, instituída pelo decreto nº19.852 de 11/04/1931, as escolas de farmácia e de odontologia que não fossem fiscalizadas pelo Governo Federal, ficavam impedidas de funcionar (art. 313). Isto fez com que a Escola requisitasse mais uma vez inspeção federal para adaptar-se à nova legislação, que não lhe foi concedida (ESCOLA LIVRE DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO, 2005, p.4-5).

Quadro 6.

Currículo do curso de Odontologia instituído pelo decreto nº 8.661, de 1911, artigo 56.

ANO	Disciplinas
1º	anatomia descritiva (em particular da cabeça) – um período letivo; - anatomia microscópica (em particular da cabeça) - um período letivo; - fisiologia geral - um período letivo; - patologia geral e anatomia patológica - um período letivo.
2º	- clínica odontológica – dois períodos letivos; - técnica odontológica – dois períodos letivos; - terapêutica dentária – dois períodos letivos; - prótese dentária – dois períodos letivos; - higiene geral (em particular da boca) – dois períodos letivos;

FONTE: Escola de Cirurgia da Bahia, 2005, p.16; Souza, AF, 1971, p.187.

O Quadro 6 apresenta o currículo do curso de odontologia introduzido em 1911. A disciplina de higiene da boca passou a se chamar de *higiene em geral (em particular da boca)*, separando-a da disciplina de patologia. Adquiriu, assim, maior amplitude e destaque (SALLES CUNHA, 1972). Outra modificação foi a criação da disciplina de técnica odontológica, na qual eram

expedido por uma faculdade oficial, como previa lei estatuída pela Assembléia Estadual de São Paulo.

realizados exercícios em manequim (DOCUMENTA n° 260). No artigo 56 do decreto n° 8.661 aparece que as disciplinas da 1ª série teriam a duração de um período letivo e as da 2ª série, dois períodos letivos. Comparando-o aos decretos anteriores, que dispunham sobre a duração das disciplinas por mês, dentro do ano letivo, conclui-se que houve um aumento em sua carga horária e, conseqüentemente, aprofundamento dos conteúdos. Outra inovação foi o exercício em manequim - até então, o aprendizado se dava por meio da observação, sendo então incluída a experimentação como recurso didático. Até hoje, algumas disciplinas, principalmente as pré-clínicas, utilizam esse recurso no treinamento dos alunos.

Em 1915, instituída a Reforma Carlos Maximiliano, decretada na Lei dos Meios (Lei Orçamentária para 1916), o curso de odontologia passou a ter a duração de três anos (Quadro 7) e as três séries letivas tornaram-se obrigatórias para todas as escolas, fossem estaduais ou livres (SAMICO, 1992).

Quadro 7

Currículo do curso de Odontologia instituído pelo decreto nº11.530 de 18/03/1915- Reforma Carlos Maximiliano.

ANO	Disciplinas
1º	- anatomia descritiva e médico-cirúrgica da boca e suas dependências, - anatomia médico-cirúrgica - histologia geral da boca e suas dependências, - microbiologia geral,
2º	- noções de patologia geral - anatomia patológica aplicada, - prótese dentária, - clínica odontológica,
3º	- prótese - ponto de terapêutica aplicada, - higiene da boca - medicina legal aplicada à arte dentária - clínica odontológica.

Fonte: SALLES CUNHA, 1972, p.154.

O currículo de odontologia instituído pela Lei Maximiliano vigorou por dez anos. Deste período, Salles Cunha (1972) relata a movimentação dos dentistas pela reforma do ensino que atendesse às reivindicações da categoria por um ensino de melhor qualidade, inclusive por apoio governamental para a melhoria das condições físicas do curso²⁸. O autor salienta que, nessa época, “a odontologia ficou ao abandono, não merecendo os favores governamentais. A classe odontológica movimentou-se então, tendo-nos o Conselho de Ensino dado ganho de causa” (SALLES CUNHA, 1972, p.153).

Outras tentativas para ampliar a duração do curso de odontologia ocorreram como o decreto nº 3.830, de 28/07/1919, que, além de criar a Faculdade Odontologia do Rio de Janeiro, determinava que o curso fosse ministrado em quatro anos. No entanto, nenhuma dessas medidas foi efetivada (SAMICO, 2002). Para Salles Cunha, o que tornou esse decreto inexecutável foi o exposto no artigo primeiro, que determinava a criação da faculdade, no entanto, sem ônus para o Tesouro Nacional.

As primeiras instituições de ensino com o nome de universidade surgiram no Rio de Janeiro, em 1920, e em Minas Gerais, em 1927. Em 1920, por meio do decreto nº. 14.343, de 7 de setembro, foi criada a Universidade do Rio de Janeiro, instituída a partir da agregação dos cursos de medicina, direito e

²⁸ Salles Cunha conta a história dos cursos de odontologia a partir da Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro e das condições históricas desse contexto.

engenharia (FÁVERO, 2000a). Em 1945, havia no País cinco universidades²⁹: a do Brasil, a de Porto Alegre, a de São Paulo, a de Minas Gerais e a Católica do Rio de Janeiro (CUNHA, 1986, 1989).

A partir do decreto 15.003, de 15 de novembro de 1921, o exercício profissional da odontologia passou a ser assegurado aos portadores de títulos conferidos pelas faculdades de medicina ou equiparados. O exercício era assegurado, também, aos formados por faculdades estrangeiras, desde que os títulos fossem reconhecidos pelas similares nacionais ou pelos professores das faculdades estrangeiras licenciados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. Por um lado, tal decreto possibilitou maior regulamentação do exercício profissional e, por outro, legitimou as escolas e as faculdades como “*locus*” da formação.

A odontologia começa a se consolidar como profissão ao se instituir o controle de um sistema de conhecimento técnico, que necessitava de treinamento específico para quem a queria exercer. Ao controlar esse sistema de conhecimento, passou a exercer, também, o controle sobre os seus membros (QUEIROZ, 1997).

No entanto, somente com a Reforma Rocha Vaz, por meio do decreto nº 16.782 A, de 13/01/1925, o ensino superior passou a abranger os cursos de direito, de medicina, de engenharia, de farmácia e de odontologia (art.33).

²⁹ Luis Antônio Cunha (1989, p.14) considera que nesta época só essas cinco instituições eram “organizadas conforme os requisitos estabelecidos em lei para serem reconhecidas formalmente como universidades”.

Portanto, só a partir de 1925 o curso de odontologia passa a ser considerado de nível superior. Para Samico (1992, p.8), “Mais uma vez criava-se a Faculdade de Odontologia, chegando Rocha Vaz a ‘simbolicamente’ instalá-la. Mas o curso continuou efetivamente na mesma situação de ‘curso anexo’, com algumas modificações”. No artigo 126 desse decreto, definiram-se as cadeiras privativas do curso de odontologia nos quais os professores seriam escolhidos por concurso e deveriam ser cirurgiões-dentistas. As cadeiras eram relativas às disciplinas de metalurgia e química aplicada, técnica odontológica, patologia e clínica odontológica, prótese e ortodontia e prótese dos maxilares. O curso de odontologia passou a ter a duração de três anos e a seguir o currículo constante no Quadro 8. Nesse decreto, encontra-se, também, no artigo 119, a informação de que o curso de odontologia foi transformado em Faculdade de Odontologia, continuando ainda anexa à Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 1975/1981).

Quadro 8

Currículo do curso de odontologia instituído pelo decreto nº 16.782-A de 13/01/1925.

ANO	Disciplinas
1º	- anatomia geral, especialmente da boca, - histologia e noções de microbiologia, - fisiologia, - metalurgia e química aplicada.
2º	- patologia geral e anatomia patológica, especialmente da boca, - técnica odontológica, - prótese (1ª parte), - patologia e clínica odontológica.
3º	- clínica odontológica, - ortodontia e prótese dos maxilares, - higiene, especialmente da boca,

O currículo apresentado no Quadro 8 é composto por um total de 12 disciplinas, duas a mais do que no currículo de 1915. Foi acrescentada, apenas, a disciplina de metalurgia e química aplicada, e a disciplina de prótese foi desmembrada em duas partes; na 2ª parte foi acrescentado o conteúdo de ortodontia. Nas demais, houve alteração dos nomes ou fusão de conteúdos, como patologia e clínica odontológica. Portanto, não houve mudanças substanciais no conteúdo do ensino da odontologia implementado por esse currículo.

O decreto nº 16.782-A, de 13/01/1925, estipulou a equiparação dos critérios de seleção dos candidatos aos cursos de medicina, farmácia e odontologia. Passou-se a exigir, dos candidatos ao curso de odontologia, preparatórios integrais, exame vestibular versando sobre física, química e história natural. A reivindicação por melhor seleção dos candidatos aos cursos superiores foi encarada como estratégia para melhorar o nível dos cursos de graduação. Salles Cunha (1972) relata a negociação entre o ministro da Justiça, Dr. João Luiz Alves, e o Dr. Rocha Vaz, relator da reforma, em torno das reivindicações da categoria odontológica. As reivindicações constituíam da equiparação dos preparatórios aos dos cursos de medicina e da ampliação do tempo de duração do curso de odontologia para quatro anos. Sobre esse acordo, o autor fez o seguinte relato:

O Dr. Rocha Vaz (escreveu o professor Frederico Eyer³⁰), em nosso consultório, declarou que o ministro achava muito forte esta exigência, propondo que se fizesse uma modificação, ou diminuindo os preparatórios ou o número de anos do ensino superior, e como era natural – lembramos a diminuição do curso para não prejudicar o ensino básico, e assim foi feito (SALLES CUNHA, 1972, p.155).

Ainda sobre o decreto, Salles Cunha (1972, p.155) fez a seguinte análise:

Se esse decreto tivesse sido aplicado com rigor; se entre outras cousas tivesse sido instalada condignamente a Faculdade de Odontologia, por ele criada, um grande avanço daria o ensino da odontologia no Brasil. Mas, para infelicidade nossa, muitos dispositivos legais jazem no esquecimento. A instalação da Faculdade de Odontologia só foi feita TEORICAMENTE em 12 de junho de 1926, não se tendo materialmente, até hoje [1929], nada organizado. (grifo do autor)

Apenas em 1930 foi criada a Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro, porém com o curso de três anos de duração, apesar do relato da movimentação dos cirurgiões-dentista pela ampliação do tempo de escolarização.

Com a adoção e aperfeiçoamento dos critérios de seleção e a passagem do ensino secundário para o superior, a Reforma Rocha Vaz serviu como contenção das demandas pelo último nível de ensino. Os mecanismos estabelecidos foram: introdução de exames vestibulares (exame de admissão), em 1910, exigência do certificado do ensino secundário, em 1915, e limitação de vagas e de critérios classificatórios, em 1925 (CUNHA, 1986). Foram medidas celebradas pelos que viam na restrição à diplomação um mecanismo de

³⁰ O professor Frederico Eyer era diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro nessa época e durante a

conferir prestígio e qualidade intelectual aos candidatos às carreiras do ensino superior. No relato acima transcrito, com o então ministro da Educação, fica evidente esta opção dos que podiam influir nas decisões tomadas. A necessidade de recrutar candidatos com boa capacidade cognitiva para os cursos de odontologia foi amplamente debatida nos Estados Unidos, no início do século XX, e no Brasil até a década de 1960, como estratégia para consolidar o prestígio da profissão.

No período estudado até aqui, a odontologia deixa de ser uma ocupação³¹ e inicia o seu processo de profissionalização. As grandes conquistas da profissão no período, no entanto, estão muito mais no campo legal do que, de fato, no real. Mesmo que do ponto de vista legal a odontologia passe a ser um curso de nível superior e ganhe prestígio com a possibilidade de restringir a atuação profissional para os “iniciados”, isso não foi o usual. A profissão continuou a ser exercida pelos homens formados pela “ciência” e pelos homens formados pela “experiência”. Citando Carvalho (2003, p.57):

(...) a criação de uma imagem científica estava estreitamente ligada ao processo de escolarização da odontologia, uma vez que se concebia a ciência como um privilégio das instituições destinadas a esse fim. Na verdade, a urgência em estabelecer fronteiras entre o homem educado, adequadamente treinado, e os leigos e empíricos faz parte das estratégias de profissionalização com vistas a eliminar a competição e proteger o mercado.

sua gestão deu um grande apoio ao curso de odontologia.

³¹ O que caracteriza uma ocupação é o fato de não ter um corpo específico de conhecimento, ou seja, mais de uma área ministra a mesma formação; ela não é exercida em tempo integral, pode ou não prover as condições materiais de subsistência ao seu ocupante e não é reconhecida socialmente como “universal e vital”.

Outras estratégias de profissionalização para as quais a autora chama a atenção se firmam no período pós-década de 1930. As mais significativas são a criação das associações de classe, a consolidação da profissão como “universal e vital” para a sociedade, os avanços técnicos e científicos, que criam um campo de conhecimento mais específico e mais restritivo ao leigo. Neste aspecto, ressalte-se a incorporação do domínio das “matérias básicas” ao campo do conhecimento do cirurgião-dentista, constituindo o que Larson (*apud* CARVALHO, 2003) chama de demanda de superioridade cognitiva. Ou seja, “a existência de um corpo padronizado de conhecimentos, socialmente aceito como superior aos conhecimentos adquiridos tanto pela experiência adquirida no trabalho, quanto pela vocação – que ele divide com outros profissionais e que o distingue do leigo” (*ibidem*, p.42).

Vale a pena adiantar que, no decreto de nº 19.851, de 11/04/1931, que aprovou o Estatuto das Universidades Brasileiras, o artigo 217 dispõe que: “O ensino da odontologia tem por finalidade ministrar conhecimentos técnicos e científicos necessários ao exercício legal e eficiente da profissão de cirurgião-dentista”. Os adjetivos grifados passam a constituir qualidades desejáveis, que iriam acompanhar a materialização do ideário do ensino de “qualidade” da odontologia.

A história dos cursos de odontologia foi marcada, até aqui, pela edição e o descumprimento dos dispositivos legais. Isso imprimiu a prática de os cursos

se organizarem à margem e à revelia do disposto nas legislações. Embora não constituísse uma prerrogativa dos cursos de odontologia e não tenha, infelizmente, acabado nesse período, há elementos que podem elucidar esse fato, de acordo com Ianni (1985). O autor defende a tese de que, historicamente, a revolução burguesa no Brasil foi uma conciliação pelo alto, através da manipulação do aparelho do Estado, visando à manutenção dos privilégios dos grupos dominantes. Tal arranjo na organização do Estado brasileiro condicionou, para o autor, o predomínio do Poder Executivo sobre os outros poderes, a saber, o Judiciário e o Legislativo, cunhando a fragilidade da sociedade civil brasileira e minando a possibilidade de construção da cidadania. Várias foram as formas com que o Estado autoritário engendrou o “controle” sobre o cidadão; uma das mais eficientes talvez tenha sido a burocracia. Daí, passam a fazer parte da cultura brasileira as leis que “pegam” e as que “não pegam”, vinculadas aos interesses dos grupos dominantes, como forma ideológica de “escamoteação cotidiana dos direitos ou das petições do ‘cidadão’, em face da autoridade” (IANNI, 1985, p.38).

1.5. Contextualizando as mudanças do ensino superior no Estado Populista

A Revolução de 1930 resulta da crise da oligarquia cafeeira no Brasil, agravada pela crise da economia internacional capitalista, em 1929. Essas crises

facilitaram a emergência de um novo modelo de acumulação de capital. A economia brasileira se baseava na produção de produtos primários destinados à exportação, como café, açúcar, borracha e algodão. No entanto, na medida em que se expandia, a economia aumentava o mercado para bens manufaturados, o que permitiu o surgimento de empresas destinadas a suprir o mercado interno brasileiro. Isso possibilitou que a economia passasse a se orientar para a substituição de importações:

Este novo modelo de acumulação tinha três características principais: (I) monopolização, com base em mercados regionais isolados, onde a oferta estava concentrada em algumas poucas empresas, (II) política monetária do estado, determinando mudança dos preços relativos a favor do setor industrial, voltado para o suprimento do mercado interno de produtos antes importados, principalmente bens de consumo não-duráveis (tecidos, alimentos, calçados etc) mediante favores fiscais e creditícios, e fazendo com que parte da renda gerada na agricultura fosse transferida para a indústria; (III) inversões de capital a partir de lucros acumulados nas empresas, independentemente de um 'mercado de capitais'. (CUNHA, 1989, p.33).

Ianni assinala que a revolução de 1930, além de marcar a transição da economia brasileira, possibilitou também que outros processos fossem dinamizados como o político, o cultural, o demográfico. Nesse período, intensificaram-se a

industrialização, urbanização, sindicalismo estatal, intervencionismo governamental crescente na economia, fortalecimento do aparato estatal, principalmente do executivo. Devido à “nova” configuração das classes sociais urbanas e às relações de forças, o estado começa a expressar um novo arranjo de classes: burguesia cafeeira, comercial, industrial e imperialista, em associação com setores de classe média e operários (IANNI, 1985, p.16).

O processo de industrialização no Brasil, tal como se desenvolveu, contribuiu para intensificar o processo de urbanização, bem como a intervenção do Estado na economia e a sua monopolização. Estes fatores resultaram no deslocamento dos canais de ascensão das camadas médias da população uma vez que:

À medida que o duplo processo de centralização/concentração de capital fez aumentar o porte das empresas, deslocando as pequenas, aquelas tiveram que substituir o proprietário gerente por uma burocracia grande e complexa, composta de departamentos inteiros para cada função (CUNHA, 1989,p.46)

Mais uma vez, havia a necessidade de formação de uma força de trabalho diversificada, que pudesse atender às demandas tanto da burocracia privada como da pública. Os postos de trabalho criados por essa burocracia - que se organizavam hierarquicamente - passaram a utilizar os graus escolares como “requisito de admissão e promoção aos diversos níveis de poder, remuneração e prestígio” (CUNHA, 1989,p.47). Houve um aumento acentuado na demanda pela escolarização no Brasil, principalmente no ensino superior, que ainda era incipiente. Apesar da multiplicação das instituições de ensino superior nas duas décadas do regime republicano e iminente desvalorização econômica e simbólica do diploma, foram criados mecanismos de contenção desse grau de ensino: o exame vestibular em 1911 e a adoção do número de vagas para cada curso como critério de ingresso em 1925.

A Revolução de 1930 criou condições de diferenciação das instituições que se dedicavam à educação superior. A crítica que se fazia à

universidade, criada em 1920, era a de que ela era um “amontoado” de unidades de ensino, sem, no entanto, redundar em verdadeira universidade. Nesse sentido, duas correntes passaram a empreender medidas para que seus projetos implementados: a liberal e a autoritária (CUNHA, 1986).

A Reforma Francisco Campos, de 1930, apresentada por Cunha (1986) como ligada à corrente autoritária, estabeleceu, entre outras medidas, a Reforma do Ensino Superior. Na exposição de motivos do ministro Francisco Campos sobre essa reforma, ele concebe a universidade como

(...) unidade administrativa e didática que reúne, sob a mesma direção intelectual e técnica, todo o ensino superior, seja de caráter utilitário e profissional, seja o puramente científico e sem aplicação imediata, visando, assim, a Universidade o duplo objetivo de equipar tecnicamente as elites profissionais do País e de proporcionar ambiente propício às vocações especulativas e desinteressadas, cujo destino, imprescindível à formação da cultura nacional, é o da investigação e da ciência pura (FÁVERO, 2000b, p.22).

O curso de odontologia dentro dessa instituição foi concebido como de “caráter utilitário e profissional”, tendo como objetivo “equipar tecnicamente as elites profissionais”. De certa forma, os objetivos da educação superior continuaram os que Cunha (1986) e Fávero (2000a) apontam como os estabelecidos desde sua “instalação” no Brasil: a formação de profissionais para o Estado, de produtores de bens simbólicos e de profissionais liberais.

Na Era Vargas o setor privado do ensino superior em expansão foi beneficiado pela concessão da imunidade fiscal. Também nesse período foi reconhecida a primeira universidade privada: a Católica do Rio de Janeiro

(CUNHA, 2004). O primeiro curso de odontologia em uma universidade privada foi criado em 1950, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (GALVÃO NETO, 1990).

1.5.1. O ensino odontológico a partir da legislação do ensino superior na década de 1930.

Em 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, sendo nomeado ministro Francisco Campos, que elaborou a reforma de ensino – secundário, superior e comercial (Fávero, 2000a). A criação desse ministério, bem como as medidas por ele tomadas durante a era Vargas, veio consolidar o papel da educação para o governo. Ou seja, preparar as elites e os trabalhadores para assumirem as tarefas que o processo de “modernização”, via intensificação da industrialização e conseqüente urbanização, passaria a exigir. Como assinala Fávero (2000a), é nesse contexto que o governo propõe e executa o seu projeto de universidade. Os mecanismos legais que implementam esse projeto foram explicitados no Estatuto das Universidades Brasileiras (decreto n° 19.851 de 11/04/1931), na organização da Universidade do Rio de Janeiro (decreto n°19.852 de 11/04/1931), na reestruturação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1935, até a institucionalização da Universidade do Brasil (Lei n° 452, de 5/07/1937).

No decreto n° 19.852, de 11 de abril de 1931, artigo 1°, o curso de odontologia passa a constituir a Universidade do Rio de Janeiro, na qualidade de

instituto de ensino superior, passando a se denominar Faculdade de Odontologia (FÁVERO, 2000b, p.85). Até então, era um instituto isolado, anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, mantido pelo governo federal. No artigo 5º desse decreto, que dispõe sobre a constituição do Conselho Universitário, pode-se ler no parágrafo 2º que, após a organização em faculdades autônomas, os diretores das escolas de farmácia e de odontologia fariam parte desse conselho. Complementou, no artigo 308, que, enquanto essa organização não efetivasse, os “cursos oficiais” seriam “realizados em escolas anexas às faculdades médicas federais” (p.163). No artigo 312, especificava as disciplinas que deveriam ser ministradas por professores exclusivos das escolas de odontologia: metalurgia e clínica aplicada, patologia e terapêutica aplicada, técnica odontológica, ortodontia e odontopediatria, e prótese bucofacial. As demais disciplinas, listadas no Quadro 9. deveriam ser ministradas por professores ou docentes livres das faculdades de medicina.

A Faculdade de Odontologia, recém-criada, não possuía estatuto próprio, por isso foi previsto, no artigo 220, que os candidatos aos cursos de odontologia, além de certificado de conclusão do curso ginasial “Com adaptação didática ao curso respectivo (...) [deveriam] preencher as demais condições exigidas para a inscrição nas Faculdades de Medicina”. O artigo 221 previa a aplicação “igualmente, ao ensino da Odontologia as disposições relativas à

didática, programas, trabalhos práticos, provas parciais e exame final, estabelecidas no ensino da Medicina”.

Quadro 9
Currículo do Curso de Odontologia instituído pelo decreto nº19.852 de 11/04/1931, artigo 219.

ANO	DISCIPLINAS
1°	Anatomia Histologia e Microbiologia Fisiologia Metalurgia e Clínica Aplicada
2°	Técnica Odontológica Clínica Odontológica (1ª parte) Prótese Higiene e odontologia Legal
3°	Clínica Odontológica (2ª parte) Patologia e Terapêutica Aplicada Ortodontia e Odontopediatria Prótese Bucofacial

FONTE: Fávero, 2000b, p.141

O currículo apresentado no Quadro 9, bem como as exigências para a seleção dos candidatos ao curso, foi seguido pelos cursos de odontologia já existentes, como os da Bahia, de Porto Alegre, da USP, de Minas Gerais. Vale ressaltar que ele vigorou até 1962, portanto, por mais de 30 anos. Comparando com o currículo de 1925, apresenta maior ênfase nas chamadas disciplinas clínicas. A partir da segunda série, acrescentou-se a disciplina de clínica odontológica (1ª parte), continuando a de técnica odontológica e a de prótese. A disciplina de higiene passou a dar conta do conteúdo de odontologia legal, que até então não aparece como conteúdo explícito e migra para a segunda série. O que parece mais lógico, haja vista que esse conteúdo deveria permear a atuação

clínica do aluno, já em contato com o paciente. No entanto, o conteúdo de patologia, considerado também pré-clínica, passa para a última série. Esse currículo inclui, também, uma disciplina dedicada ao estudo das peculiaridades do atendimento odontológico às crianças, o odontopediatria.

Nessa época, a influência do ensino de odontologia norte-americano já estava presente no Brasil. Gies, em 1926, como apresenta Cordon (1998), publica, sob os auspícios da *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, relatório intitulado “*Dental Education in the United States and Canada*”. Para Cordon (1998), nas conclusões preliminares de seu trabalho, Gies recomenda a realização dos estudos preparatórios em odontologia, similares aos estudos pré-médicos. Recomendava, também, que nos cursos de odontologia implantados:

Deveriam enfatizar-se as ciências biológicas aplicadas à odontologia, em especial a ‘normalidade oral e a saúde dental’ (higiene oral) como parte do trabalho universitário, bem como os princípios de mecânica, estética, arte, desenho, escultura, modelagem, moldagem, trabalho em metais em laboratórios e outros.

As críticas ao ensino superior brasileiro no que se refere à necessidade da sua “modernização”, segundo Cunha (1989), nascem com essa modalidade de ensino. No Império reivindicava-se uma universidade; na primeira República, criticava-se a universidade, comparando-a a um aglomerado de faculdades; na Era Vargas, houve a tentativa de se criar, na contramão da política nacional, a “verdadeira” universidade, a de São Paulo, em 1934, e a do Distrito Federal, em

1935, a UDF, extinta em 1939. Entretanto, no período de 1946 a 1964, o discurso sobre a necessidade de modernização do ensino superior, subsidiado pelo Estado, como forma de superar a dependência econômica, ganhou maior amplitude, (CUNHA, 1989).

A modernização se consubstanciou na adoção dos padrões de organização universitária vigentes nos Estados Unidos. Esse processo, conduzido pelo Estado, foi apoiado por diferentes entidades da sociedade civil: Sociedade para o Progresso da Ciência (SBPC) e União Nacional dos Estudantes (UNE) (CUNHA, 1989).

As universidades norte-americanas tiveram atuação marcante na produção de tecnologia durante a Segunda Guerra Mundial, representando “modelos incontestes” (CUNHA, 1989, p.151). A idéia da modernização do ensino superior passou a ser defendida como estratégia de rompimento da dependência econômica por meio do desenvolvimento da tecnologia nacional. Entretanto, a realidade “mostrou que essa esperança não tinha base, pois a industrialização acionada pelo capital ‘internacional’ tinha na compra/venda de tecnologia um de seus motores internos” (CUNHA, 1989, p.255). Assim, as técnicas e tecnologias nacionais não eram absorvidas pelas empresas.

Modernização também significou “copiar” traços dos países considerados mais adiantados para que o Brasil se parecesse cada vez mais com os Estados Unidos. Portanto, modernizar a universidade tinha como objetivo

“(re)produzir aqui a ciência ‘internacional’, a ser ensinada segundo padrões de idêntica categoria, sem veleidades autonomistas” (CUNHA, 1989, p.255).

O que estava subjacente à idéia de modernização do País e do ensino superior era o seu modelo de desenvolvimento político e econômico. Em jogo, por um lado, estava a proposta que “implicava na consolidação e no crescimento do capitalismo nacional” (IANNI, 1985, p.47), apoiado por uma aliança de classes urbanas e rurais. Por outro, havia a proposta de “desenvolvimento econômico capitalista [que] deveria ser realizado por um estado autoritário” (IANNI, 1985, p58), o que resultou em “crescente comprometimento do Estado com o capital monopolista” (*ibidem*, p62).

No nível internacional, a defesa do “mundo livre” do avanço socialista estava em curso, desde 1946, um conjunto de medidas de luta ideológica que ficou conhecido como Guerra Fria. No bojo dessa luta política, foi assinado, em 1947, no Rio de Janeiro, pelos representantes dos governos dos países americanos, o Tratado Interamericano de Assistência Recíproca (TIAR) ou Defesa Hemisférica. Nesse mesmo ano, o Partido Comunista foi declarado ilegal pelo Governo Dutra. Em 1949, é criada a Escola Superior de Guerra (ESG), que passa a ter um papel estratégico na formulação de outro modelo de desenvolvimento econômico e político brasileiro: o modelo de segurança e desenvolvimento (IANNI, 1985).

Também em 1949, o governo norte-americano colocou em prática o Ponto IV³², que previa a assistência técnica aos países em desenvolvimento. Por esse mecanismo, formalizou-se a “assistência e cooperação norte-americana para questões econômicas, militares, educacionais, policiais e outras” (IANNI, 1985, p64). As medidas adotadas fazem parte do que Ianni chamou de “diplomacia total”, que visavam pôr em prática a doutrina norte-americana da Guerra Fria, como resposta às “contradições entre o capitalismo e o socialismo, por um lado, e as contradições de classes dentro dos países capitalistas dominantes e dependentes, por outro” (*ibidem*). Portanto, é nesse contexto que as propostas de modernização do ensino superior devem ser entendidas. A formação de profissionais por meio dos acordos firmados, desde então, contribuiu para mudanças culturais que fizeram com que os diferentes modelos “copiados” dos Estados Unidos fossem os desejados.

Nesse cenário político, as medidas implementadas pelo decreto n° 16.782-A deram um *status* ao curso de odontologia similar ao de medicina, ao equiparar as exigências de seleção dos candidatos de ambos os cursos. No entanto, na bibliografia consultada não há referência de como essas mudanças influenciaram a formação do cirurgião-dentista. Freitas (2001) cita Rosa (1988), que estudou a odontologia catarinense, quando relata que os cursos de odontologia da época optaram por continuar com dois anos de duração e, no

³² Segundo Cunha (1989), ponto IV é alusivo aos pontos enumerados pelo presidente norte-americano Truman em um discurso proferido em janeiro de 1949.

nível técnico, não adotando a estrutura de um curso superior, devido à ausência de estrutura e de corpo docente capacitado. Mas esse comentário se refere ao decreto nº 3.830, de 29 de outubro de 1919, assinado pelo então presidente Epitácio Pessoa, que criava a Faculdade de Odontologia, passando o curso anexo à da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para quatro anos, com a criação das cadeiras de metalurgia, ortodontia e prótese dos maxilares. Essa reforma não foi implementada à época, como afirmam Oliveira (1975/1981), Samico (1992) e Salles Cunha, (1972).

No trabalho de Cunha (1986) encontram-se dados sobre o número de alunos do curso de odontologia nas escolas superiores brasileiras, no período de 1934 a 1945 (Gráfico 1). Em 1932, já estavam implantadas as reformas instituídas pelo decreto nº 19.852. A efetiva separação da Faculdade de Odontologia da de Medicina do Rio de Janeiro foi realizada pelo decreto nº 23.512, de 28 de novembro de 1933. Até 1935, aumentou o número de alunos nos cursos de odontologia. Após esse ano, houve decréscimo acentuado, até 1940. Paradoxalmente, no período foram criadas três escolas de odontologia no País, como se observa na Tabela 1. Nos dados apresentados por Werner (1988), no entanto, não foi criada nenhuma escola de odontologia no período. Como a Tabela 1 foi construída a partir do cadastro das faculdades de odontologia no INEP, a partir da data de criação e não de seu reconhecimento, pode-se deduzir que algumas faculdades funcionavam sem serem fiscalizadas e reconhecidas

pelo Governo Federal. Os dados apresentados por Cunha (1986) foram coletados nos documentos do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde. Talvez isso consiga explicar em parte o decréscimo de alunos.

No documento publicado pelo Ministério da Educação e Cultura, em 1970, intitulado *Estabelecimentos de Ensino Superior no Brasil*, encontra-se uma relação nominal das instituições de ensino de odontologia por localidade e outra de atos expedidos em nome desses estabelecimentos. Podem-se constatar, aí, que no período de 1933 a 1944 foram expedidos 14 atos, entre proibição de funcionamento e cassação de inspeção, sendo cinco só no ano de 1944. Após esse período, até 31/12/1969, nenhum estabelecimento de ensino odontológico foi impedido de funcionar por determinação do MEC. O fechamento das escolas, então, contribui para explicar a diminuição do número de matrículas nos cursos de odontologia.

O fechamento das escolas livres fazia parte, portanto, das estratégias do Estado Populista da Era Vargas de contemplar os interesses “inconciliáveis” do bloco de poder que sustentava o seu governo.

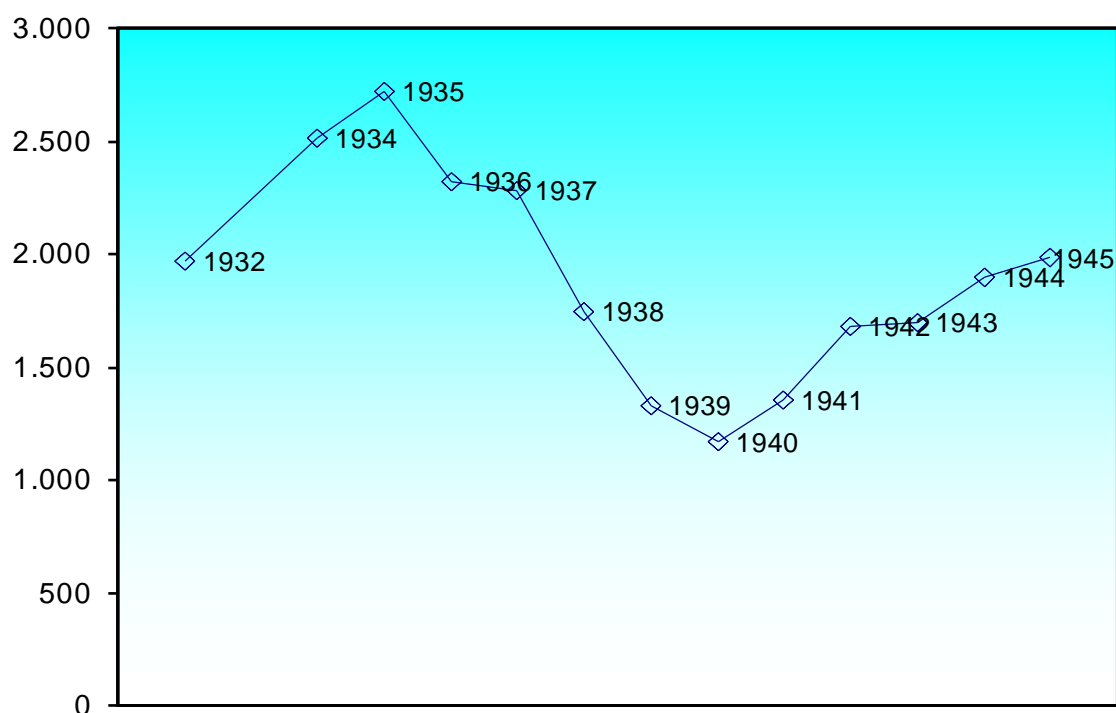
De um lado, negociava com a elite promovendo o fechamento das escolas livres e estabelecendo um único sistema de formação profissional, fortemente fiscalizado desde o nível central e, de outro, abria possibilidades alternativas de assistência aos indivíduos carentes, abrindo espaço para o exercício da odontologia pelos dentistas práticos (CARVALHO, 2003, p.126).

No período de 1932 a 1945, o ensino superior expandiu-se pouco no Brasil. Cunha (1986) mostra que ele se inicia com 21 mil alunos no ensino

superior e termina com 27 mil alunos. O autor salienta a tendência declinante do que chama de cursos mais populosos: direito, engenharia e medicina. O mesmo aconteceu com os cursos de odontologia. Mas conclui afirmando que, no período, houve um crescimento de 31% de estudantes, o que leva a crer que houve, também, uma migração para outros cursos.

Gráfico 1.

Distribuição do número de alunos matriculados nos cursos de odontologia das escolas superiores no Brasil, no período de 1932 a 1945



Fonte: Adaptado de Cunha, 1986, p.331. 332.

Os cursos de odontologia seguiram a tendência de expansão do ensino superior no Brasil, no mesmo período. Nas três décadas seguintes, fase de implantação do regime republicano, houve uma multiplicação das escolas isoladas de ensino superior. No período Vargas (1930 a 1945) aconteceu a

estagnação dessa expansão. Cunha (1986) relata que, de 1932 a 1945, houve o crescimento de matrículas da ordem de 31,4%, ou seja, 2,4% em média ao ano. Corroborando a informação, na década de 1930 haviam sido criados três cursos de odontologia, sendo dois no Estado de São Paulo (Tabela 1).

Tabela 1
Cursos de odontologia no Brasil, distribuídos segundo ano de criação e organização administrativa Brasil, 2005*

Década	Federal	Estadual	Particular	Total
antes de 1900	3	-	-	3
1901-1910	2	-	-	2
1911-1920	5	-	-	5
1921-1930	-	2	-	2
1931-1940	1	2	-	3
1941-1950	6	1	2	9
1951-1960	4	5	3	12
Total	21	10	05	36

*Os dados foram coletados e sistematizados a partir das informações sobre os cursos de odontologia existentes no Brasil no *site* do INEP, portanto são dados sobre os cursos em funcionamento (não constam os cursos de odontologia que encerraram suas atividades).

Fonte: INEP,2005

1.5.2. A década de 1930: marco da profissionalização da odontologia no Brasil.

A criação dos cursos de odontologia, principalmente fora das instituições oficiais, não era bem vista pela categoria profissional, devido à ausência de controle. No entanto, a expansão da oferta do ensino serviu para legitimar a necessidade de formação especializada para o exercício profissional. O combate ao “charlatanismo”, que Salles Cunha (1972) qualifica como desenfreado, constituiu o grande mote para que os cirurgiões-dentistas se

organizassem em associações. A primeira associação de cirurgião-dentista de que se tem notícia foi o Instituto de Cirurgiões-Dentistas, que funcionou no Rio de Janeiro, de 1868 a 1869 (SALLES CUNHA, 1972). Outra associação, que merece destaque devido à sua atuação em defesa dos interesses da categoria profissional, foi a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), criada no Rio de Janeiro, em 1904. Embora tenha tido duração efêmera, Salles Cunha (1972, p.172-173) assim comenta o seu programa de atuação:

Cuidava da repressão do charlatanismo, dos meios para obrigar os profissionais estrangeiros a submeterem-se ao exame de habilitação, da publicação de uma revista, da criação de uma biblioteca, da participação em congressos, de beneficiar os seus sócios. De pugnar pela equiparação do nosso curso ao da Escola da Pennsylvania, de interessar-se pela criação de fiscais do exercício profissional, da organização do Anuário Odontotécnico, de propor o aumento dos preparatórios para a admissão ao curso, e, finalmente, cuidava de zelar pela conduta da classe.

Enfim, um programa muito amplo e que enumera os problemas enfrentados para a consolidação da profissão. Vale salientar que desde o início do século XX o modelo de ensino da odontologia desejável é o adotado pelas faculdades norte-americanas, haja vista a menção da Escola de Baltimore. Mecanismos de controle e difusão do conhecimento odontológico já eram desejados pela categoria profissional em formação.

No processo de profissionalização da odontologia merece destaque a criação do primeiro Sindicato de Odontologia, em 1931, com sede no Rio de Janeiro. A principal bandeira de luta da entidade era a demarcação do território profissional. Para Teixeira et al (1995: 189-191):

A ação política dos sindicatos centra-se, portanto, na questão do exercício ilegal da profissão, já que os práticos conseguiram regulamentação de sua prática através de decretos governamentais no final de 1931 e início de 1932. Neste período a ilegalidade do exercício profissional foi desprezada, reconhecendo assim os práticos e desconhecendo as exigências legais, que conferiam apenas ao cirurgião-dentista diplomado o direito ao exercício profissional.

Ainda segundo os autores, só em 1934 a atividade de dentista prático foi considerada ilegal. Mas os que exerciam a ocupação tiveram a oportunidade de legalizar o exercício profissional através de uma prova de habilitação. Mas, já no decreto nº 19.852, de 11/04/1931, foi anunciada esta medida:

Art. 314. O Governo Federal expedirá decreto regulando no País o exercício da Odontologia, só permitindo aos profissionais diplomados por faculdades oficiais e equiparadas.

Parágrafo único. No regulamento a que se refere este artigo, o Governo Federal autorizará às repartições de Saúde Pública estaduais, mediante provas de habilitação que entender convenientes, a expedição de licenças aos atuais práticos com mais de três anos de exercício da profissão e, ao mesmo tempo, discriminará a natureza da atividade que possa ser pelos mesmos, exercida. (Fávero, 2000b, p.164)

Transcrevendo as análises de Carvalho (2003, p.126) que apontam duas possíveis explicações para isso:

Uma delas seria o reflexo da postura populista do novo governo, preocupado em resolver tanto questões sociais quanto administrativas. Assim, ao mesmo tempo em que apontava soluções eficientes e racionais para o problema da condução administrativa da nação, o governo se comprometia a atender as carências do povo. (Grifos meus)

Tais processos de estruturação do ensino de odontologia no Brasil articulam-se ao cenário político marcado pelo populismo, fenômeno político surgido após a revolução de 1930 que resultou na emergência e, paradoxalmente, no controle da participação das massas na política. O

populismo caracterizou-se pela tentativa de conciliar um estilo de governo e uma política de massas. “Como estilo de governo, estava marcado pela sensibilidade às pressões populares; como política de massas buscava a mobilização controlada destas em proveito das classes dominantes” (CUNHA, 1989, p.48).

O poder burguês passou a ser exercido por uma combinação tácita, ou declarada, conforme a ocasião, de vários grupos e classes sociais. Os desenvolvimentos das forças produtivas e relações capitalistas de produção (...) provocaram tais desenvolvimentos das classes sociais, suas relações e antagonismos, que surgiu a necessidade de os governantes (...) exercerem o poder estatal a serviço de um bloco de poder no qual não havia uma classe hegemônica. (...) O bloco de poder populista expressa tanto a crise de hegemonia como a importância da aliança de classe” (IANNI, 1985, p81)

Nesse período não só o Sindicato de Odontologia foi criado como também vários outros, que pressionavam o governo populista em favor de suas reivindicações. Foi um período marcado por compromissos e conciliações nem sempre conciliáveis. Neste sentido, o Estado se colocava na função de defensor dos direitos do povo, adotando políticas que provocassem o menor desgaste entre os parceiros do compromisso e que pudessem resultar em maior apoio popular (CUNHA, 1985).

Da dupla necessidade imposta pelo Governo Vargas, vale ressaltar o decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, que determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para os empregados de cada empresa ferroviária existente no Brasil, nessa época. A lei ficou conhecida como Lei Elói Chaves, considerada o ponto de partida da Previdência Social no Brasil

(BRASIL, 2005). Essas Caixas eram organizadas por empresa.

Administração e financiamento eram feitos por empresários e trabalhadores (MENDES, 1995). Segundo relata Mendes (1995, p.21), em 1930, havia no Brasil 47 CAP, com 142.464 beneficiados, cuja atribuição “central, permanente e obrigatória” era a assistência médica. Mesmo assim, beneficiava poucas categorias profissionais (Fundação Getúlio Vargas, 2005). Em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com a atribuição de orientar e supervisionar a Previdência Social. Para amortecer as tensões entre capital e trabalho e mudar o padrão das relações de trabalho no País, o governo instituiu, por meio do decreto nº 19.770, a Lei de Sindicalização, que, entre outras modificações introduzidas, previa a criação de sindicatos por categoria profissional e não mais por empresas. Com isso, foram criados os institutos de Aposentadoria e Pensão por categoria profissional. O primeiro a ser criado foi o dos Marítimos, por meio do decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933.

Segundo Mendes (1995, p.21), esses institutos, controlados pelo Estado, “onde a preocupação da Previdência Social era de caráter contencionista, com vistas a uma acumulação, a assistência médica colocava-se como função provisória e secundária”. Outra diferença entre a CAP e os institutos era que estes tinham um financiamento tripartite, onde o Estado entrava, também, como contribuinte.

Para Roncalli (2003, p. 30), o que caracterizava a atuação do Estado brasileiro na busca de solução para os problemas de saúde da população era “uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e as de assistência social”. A dualidade entre ações de saúde e assistência era visível até administrativamente na criação de dois ministérios: um, responsável pelas ações de saúde pública, o Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública, e, o outro, responsável pela assistência, o Ministério do Trabalho, por meio da Previdência Social, ambos de 1930. Com isso, o segmento populacional com direito à assistência à saúde era constituído pelos trabalhadores que contribuía com as CAP ou institutos e seus dependentes, ou seja, uma parcela muito restrita da população. Ao restante, que necessitava de assistência, no caso odontológica, os práticos eram a alternativa socialmente aceita, e, portanto, não cabia nesse momento acirrada fiscalização sobre esse contingente ocupacional.

Carvalho (2003) chama atenção para um aspecto relevante no processo de profissionalização das atividades de saúde no Brasil, e especificamente da odontologia. Desde o Período Colonial, até a Primeira República, foram as elites governantes que criaram as normas e regulamentações que direcionaram esse processo. Os movimentos profissionais não aparecem como agentes relevantes, embora Salles Cunha (1972) tenha relatado sua mobilização esporádica e descontínua em defesa da categoria. A

observação de Carvalho pode ser sustentada também pela afirmação de Ianni (1985, p11)

Todas as formas históricas do Estado, desde a Independência até ao presente, denotam a continuidade e reiteração das soluções autoritárias, de cima para baixo, pelo alto, organizando o Estado segundo os interesses oligárquicos, burgueses, imperialistas.

Em 1931, o decreto nº 20.86 foi expedido com o único objetivo de regulamentar o exercício da odontologia pelos dentistas práticos. Por meio desse decreto, os dentistas práticos poderiam exercer a *arte dentária*³³, após a comprovação do exercício por três anos e a aprovação em exame de habilitação, ou comprovação de exercício por mais de 10 anos ininterruptos. Após o que poderiam se inscrever nos órgãos competentes, recebendo licença permanente, e sendo denominados “dentistas práticos licenciados” (CARVALHO, 2003).

O decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, regulamentou as profissões de saúde no Brasil. Facultou aos profissionais legalmente habilitados pelas leis federais exercer a profissão em todo território nacional, após registro do diploma no Departamento Nacional de Saúde Pública (no caso do Distrito Federal) ou nos similares estaduais, ou seja, no mesmo local que expedia a licença para os práticos.

Em dezembro de 1933, foi promulgado o decreto nº 23.540, que limitava em seis meses o prazo para o licenciamento dos práticos, estabelecendo

³³ Cristiana Carvalho (2003) em seu trabalho sobre os dentistas práticos no Brasil relata que os atos oficiais sobre a regulamentação das profissões ou campos de atuação profissional dessa época usavam a expressão

que, a partir de junho de 1934, não teriam mais o direito de requerer a licença para o exercício da arte *dentária*. O exercício da odontologia passaria, a partir dessa data, a ser restrito, legalmente, ao profissional diplomado pelas instituições de ensino reconhecidas e devidamente registrado.

1.6. O ensino superior no período de 1945 a 1964

Como vimos no item anterior, o populismo como lógica política permeou o cenário brasileiro no período pós 1945, assumindo contornos diversos, efetivando-se sobre bases de manutenção de estrutura de participação sob forte controle estatal.

Ianni (1985, p78) assim caracteriza este período:

Sob vários aspectos, os avanços do processo democrático brasileiro estão ligados ao populismo. O populismo dominou boa parte da vida política brasileira nesses anos. Como movimento político, proposta ideológica, organização sindical e partidária, governo, regime político ou forma de organização do Estado (...) todos esses aspectos o populismo domina largamente a vida política nacional em 1945-64.

As contradições produzidas durante o Estado Novo (1937 a 1945) acabaram por solapar o regime. Tanto a classe dominante como a classe dominada estivessem satisfeitas com o desempenho do governo e o apoiassem, pois a política econômica adotada neste período se orientou por duas direções contraditórias:

“arte dentária”, quando se tratava do dentista prático. Em se tratando do cirurgião-dentista, referiam-se ao

A primeira direção consistia na redistribuição da renda em proveito dos trabalhadores, o que foi tentado pelo aumento do salário mínimo, em 1952 (...). A segunda direção consistia na mudança do modo e da elevação da taxa de acumulação para fazer frente às necessidades da nova etapa do processo de substituição de importações, passando a se fabricar no país os meios de produção, isto é, bens intermediários (...). A contradição consistia no fato de que os aumentos salariais, elevando o preço da força de trabalho limitavam a acumulação de capital necessário à construção de usinas siderúrgicas, refinarias de petróleo, estradas de rodagem, usinas hidrelétricas e outros empreendimentos exigentes de grandes volumes de capital (CUNHA, 1989, p35).

O período (1945-1964) se caracteriza por “razoável progresso democrático” (IANNI, 1985, p.77). Foi quando se desenvolveram uma sociedade civil cada vez mais nacional, a cidadania como princípio e prática política, e a “massa, o povaréu, começou a sentir-se, compreender-se e atuar como classe” (*ibidem*, p.91). Também se desenvolveram o capitalismo, a indústria e a cidade (*ibidem*).

Entre as reivindicações dessa sociedade civil encontrava-se a expansão da oportunidade de escolarização, nos diferentes níveis, para suprir as necessidades do crescente processo de industrialização e garantir a oportunidade de ascensão social às classes subalternas. Impulsionada por esse contexto, processou-se no País a expansão do ensino superior.

A ampliação da escolarização ocorreu principalmente com a criação de diferentes modalidades do ensino secundário. A ascensão ao ensino superior pelos que optavam pelas diferentes modalidades foi facultada pelas chamadas “leis de equivalência”, a primeira instituída em março de 1950, sob o número

1.076 e, outra, editada em março de 1953. Na LDB de 1961, a equivalência foi estabelecida plenamente e o exame vestibular passou a ser o único gargalo para acesso ao ensino superior.

No Brasil, essa modalidade fora sempre paga pelos estudantes, até que, em 1950, por um processo de corrosão dos valores das taxas cobradas pelos estabelecimentos públicos, chegou-se à gratuidade total. No entanto, as instituições de ensino recebiam subvenções estatais e, com a progressiva redução nas taxas pagas pelos alunos, a participação do Estado, principalmente a da União, cresceu progressivamente. A lei nº 1.254, de dezembro de 1950, promoveu a “federalização” das instituições de ensino estaduais, municipais e particulares. Nesse sentido, Cunha (1989, p.95) afirma que a junção de “escolas isoladas foi um dos principais vetores da transformação do ensino superior na república populista, que chegou ao seu fim, em 1964, com 39 universidades”.

Teixeira (1989) relata que, entre 1945 e 1960, foram criados 223 estabelecimentos isolados de ensino superior. Entre 1930 e 1968, o número de escolas cresceu nove vezes e o da matrícula, mais de 14 vezes. Em sua maioria, os estabelecimentos isolados de ensino eram particulares e se dedicavam somente ao ensino de determinadas matérias, que compunham o currículo mínimo dos cursos de administração e economia, direito, filosofia, ciências e letras, formando principalmente mulheres para o exercício do magistério.

1.6.1. O ensino da odontologia nesse período

Com o objetivo de esclarecer o cenário político no qual o ensino odontológico passa a ser desenvolvido, é interessante resgatar a análise de Carvalho (2003, p.124):

ao findar-se o ano de 1930, estavam delineadas as principais preocupações desse novo governo, quais sejam, o fortalecimento da organização administrativa federal, partindo do setor social e a introdução de medidas de racionalização administrativa, visando a maior economia e eficiência. O Governo Provisório deu atenção especial ao recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública, principalmente no que se refere à reforma do ensino e à regulamentação das profissões.

A partir de 1931, os cursos superiores passaram a ter um currículo único. A expansão do ensino se deu pela criação de novas escolas e não pela ampliação do número de matrículas, como se podia esperar, tendo em vista os custos de manutenção das instituições, com espaço físico, biblioteca, laboratórios, entre outros. Teixeira (1989, p112) explica essa tendência, chamando atenção para o caráter paradoxal da expansão:

Criados o *catedrático* e o *currículo único* do curso, cada escola não podia crescer além da capacidade individual do catedrático. Multiplicar os alunos seria imediatamente deteriorar o ensino, pelo aumento da relação professor-aluno. A ampliação só se podia fazer com a criação de uma nova escola.

A expansão do ensino superior também não seguiu um plano e não teve um propósito deliberado. Para Teixeira (1989, p112), ele continuava a ser um “serviço de distribuição de *credenciais* para certos cargos e profissões (...).

E, por isso, as escolas podiam se multiplicar, apesar das limitações do saber existente no tempo e lugar, e da imensa falta de recursos financeiros”.

Tabela 2
Distribuição das faculdades de odontologia, em 1959, por categoria administrativa, número de vagas e região geográfica. Brasil

Região	Categoria administrativa			Vagas 1ª série		
	Federal	Estadual	Particular	Federal	Estadual	Particular
Norte	1	0	0	30	-	-
Nordeste	4	2	2	245	70	80
Centro-oeste	0	0	1	-	-	30
Sudeste	4	8	5	275	470	385
Sul	3	1	2	170	40	75
Total	12	11	10	720	580	570

Fonte: Guimarães Jr, 1961, p.13,14,17

Na Tabela 2, observa-se concentração das faculdades de odontologia na Região Sudeste, mantidas pelos Estados, particularmente no Estado de São Paulo, com a criação, em 1934, da USP.

No final do ano de 1959, recomendava-se a proibição da abertura de novas faculdades de odontologia, até que os problemas detectados nas existentes fossem solucionados. Argumentava-se que o número de vagas existentes supria a demanda, tendo em vista que “para 1820 vagas nas trinta e duas faculdades em funcionamento, a média anual de matrículas foi de 1.581,5, o que representa um saldo anual, em média, de 238,5 vagas” (GUIMARÃES, Jr, 1961, 39). Recomendava-se, também, que fosse melhor detalhado o conteúdo das diferentes disciplinas do currículo mínimo, favorecendo, assim, a padronização na formação do cirurgião-dentista.

O período até aqui discutido se encerra com a odontologia se firmando como profissão, muito mais como concessão do Estado do que uma necessidade reconhecida pelo campo. O subcampo do ensino odontológico se apresenta como agente capaz de articular os seus pares na construção de uma formação profissional que atendesse aos apelos de modernização característicos do início da década de 1960.

A odontologia se consolidava como profissão dentro do processo de constituição de uma sociedade envolta por um Estado predominantemente autoritário.

A revolução burguesa brasileira, marcada pelo populismo, acentuou as contradições da sociedade brasileira, produzindo-as e reproduzindo-as. A odontologia se consolidou como profissão nesse contexto, e, por ser uma prática social, também contribuiu para produzir e reproduzir essas contradições. Tentou incorporar discursos irreconciliáveis. Tentou se desenvolver, contemplando as necessidades de classes sociais cujas necessidades e interesses eram díspares.

CAPÍTULO 2

O PROCESSO DE LEGITIMAÇÃO DAS MUDANÇAS NO ENSINO ODONTOLÓGICO

Este capítulo tem como objetivo discutir a atuação de três agentes importantes no processo de legitimação do discurso de mudança no ensino de odontologia, a ABENO, a OPAS e a Fundação Kellogg.

A ABENO teve a função de articular as unidades de ensino da odontologia em espaços destinados à apresentação e discussão do ideário³⁴ da OPAS e da Fundação Kellogg para a formação dos profissionais de saúde. A criação de associações de representantes das unidades de ensino na área da saúde foi uma estratégia apontada pela OPAS como forma de divulgar o ideário que estava sendo construído, bem como de buscar a padronização do ensino na área da saúde. A OPAS e a Fundação Kellogg desempenharam o papel de formuladoras e financiadoras das propostas de inovação na área da saúde na América Latina, portanto, de produtoras do discurso da necessidade de mudança no ensino na área da saúde, e, neste caso, no da odontologia.

Para Bourdieu (2002, p.14), todo campo possui um “corpo de

³⁴ Ideário é definido como “conjunto internamente coerente de idéias sobre desenvolvimento articulado e sincrônico da educação dos profissionais da saúde, dos serviços de saúde, e das comunidades em seu

produtores especializados de discursos e ritos” que tem como função criar o monopólio da cultura legítima, do arbitrário cultural, que reproduz a estrutura do campo e das classes sociais. A posse dos bens simbólicos produzidos por essa cultura legítima implica uma divisão social do trabalho, que determina a posse ou não dos instrumentos de produção social e a circulação desses bens. No campo da saúde, podem ser reconhecidos vários produtores de discurso. Discursos que implicavam práticas sociais, visões de mundo, que ora se opunham, ora se complementavam, e que se tornaram objeto de disputa no campo específico.

O ensino na área da saúde, chefiado pela medicina, teve uma grande influência do relatório Flexner, elaborado em 1910. No início do século XIX, nos Estados Unidos, o ensino da medicina era realizado, além das universidades, em escolas particulares, onde o controle do processo de formação era mínimo. Tentando unificar a formação, a Associação Americana de Medicina, junto com a Fundação Carnegie, encomendou o diagnóstico do ensino médico naquele país. Ao final do estudo, realizado pelo pedagogo Flexner, algumas recomendações foram formuladas, no que ficou conhecido como Relatório Flexner. A consequência imediata desse relatório foi o fechamento de algumas escolas de medicina cujo ensino foi considerado de baixa qualidade e insatisfatório para os padrões da época. Muitas das escolas restantes tiveram que se adequar às mudanças propostas tanto em termos curriculares como em

entorno” (CHAVES;KISIL, 1999,p.9).

relação ao espaço físico, com a criação de laboratórios e a adoção de práticas

intra-hospitalares. Nessa época, as escolas médicas norte americanas:

criaram departamentos de ciências básicas, instalaram ou melhoraram seus laboratórios de pesquisa, reforçaram seus vínculos com alguns hospitais que se transformaram em hospitais de ensino ou universitários, e passaram a dar uma maior atenção para a formação docente e de investigadores dentro do ensino médico. Com sua ênfase na pesquisa biológica e na prática hospitalar, e em paralelo com o desenvolvimento científico de um modelo geral, estimulou um avanço na tecnociência da saúde quase inimaginável no início do século (CHAVES; KISIL, 1999, p.3).

Esse modelo de ensino médico ficou conhecido como modelo flexneriano. Ele passou a ser organizado em departamentos, de acordo com a divisão anatômica dos sistemas que compõem o corpo humano. O hospital passou a ser considerado o espaço “natural” do aprendizado, visando à cura da doença, desvinculada do seu contexto social e em um espaço segregado, com ênfase na concepção biológica da prática médica e uni-causal da doença. Essa influência passou a ser mais acentuada na América Latina a partir da década de 1950³⁵ (CHAVES; KISIL, 1999).

As propostas de inovação do ensino da área de saúde, principalmente na América Latina, tinham como interlocutor privilegiado o modelo de ensino flexneriano. No entanto, quando da sua maior penetração na região, as

³⁵ Cordon (1998) afirma que o modelo de ensino da odontologia foi influenciado pelas recomendações de Gies, consubstanciados no documento *Dental Education in the United States and Canadá*, publicado em 1926, também patrocinado pela Fundação Carnegie. No entanto, há um consenso, entre os estudiosos da área da educação dos profissionais da saúde, em admitir que o modelo flexneriano de ensino médico influenciou sobremaneira o ensino odontológico. O ensino odontológico foi analisado, buscando uma aproximação com as recomendações do Relatório Flexner, principalmente por Mendes (1986). Já o relatório de Gies só foi redescoberto por Cordon em 1998. No entanto, nos artigos publicados nos anais do primeiro e do segundo seminários latino-americanos sobre o ensino da odontologia há referências a esse relatório; portanto, a sinalização de Cordon para estudos que aprofundem análise da influência do relatório Gies no ensino da odontologia é pertinente, mas extrapola o objetivo do presente trabalho.

experiências que se contrapunham aos aspectos considerados indesejáveis desse modelo destacavam como suas características: hospitalocentrismo, desvinculação da realidade, fragmentação, centralização na doença, alto custo, entre outros. Isto já vinha sendo discutido nos Estados Unidos. O modelo, assim como as experiências visando à sua superação foram quase que simultaneamente importados para a América Latina. Para Chaves e Kisil (1999, p.8):

Foi a partir da década de 50 que começaram a surgir as críticas ao paradigma flexneriano e as tentativas de introduzir novas ênfases nos modelos de ensino das profissões da saúde, reforçando dimensões preventivas, psicossociais, comunitárias e ambientais.

Portanto, foi nesse cenário de consolidação de um modelo de ensino odontológico - assentado nas características do modelo flexneriano e na tentativa de sua desconstrução por meio da introdução do ideário de inovação recomendado no Seminário de Viña del Mar³⁶, no Chile em 1955 e divulgado pela OPAS e pela Fundação Kellogg - que o ensino da odontologia no Brasil foi se configurando.

A reforma da universidade brasileira se dá sob o auspício de um processo de modernização fortemente marcado pelo modelo organizacional norte-americano. Para Cunha,

se a doutrina da reforma universitária de 1968 foi elaborada com base no idealismo alemão, o modelo organizacional proposto para o ensino superior brasileiro era o norte-americano. Não se tratava de fazer tabula rasa do ensino superior existente no Brasil, mas de promover sua modernização na

³⁶ O Seminário recomenda que sejam formados médicos generalistas na graduação, que se criem departamentos de medicina preventiva, invistam na preparação de docentes para o ensino dessa disciplina, preconiza os serviços de saúde, bem como a comunidade como campo de prática da educação médica.

direção do modelo norte-americano, pelo menos na direção de certos aspectos desse modelo, devidamente selecionados pelos dirigentes do aparelho educacional (CUNHA, 1988, p. 18).

É fundamental destacar que a modernização do ensino superior, na direção do modelo norte-americano, vinha sendo desenhada desde os anos de 1940. A esse respeito Cunha (1988, p.22) defende a seguinte tese:

a concepção de universidade calcada nos modelos norte-americanos *não foi imposta* pela USAID com a conivência da burocracia da ditadura, mas, antes de tudo, *foi buscada*, desde fins da década de [19]40 por administradores educacionais, professores e estudantes, principalmente aqueles, como um imperativo da modernização e, até mesmo da democratização do ensino superior em nosso país. Quando os assessores norte-americanos aqui desembarcaram, encontraram um terreno arado e adubado para semear suas idéias. (grifos do autor)

Outro aspecto que deve ser lembrado como ponto fundante para compor o cenário de proposta de inovação no ensino da área de saúde é o acordo bilateral de cooperação entre os Estados Unidos e os países latino-americanos em desenvolvimento - Ponto IV, assinado em 1949, que previa a cooperação técnica inclusive na área educacional. A necessidade de estreitar essa cooperação passa a ser mais premente com a Revolução Cubana (1959) e o alinhamento de Fidel Castro com a União Soviética (1961). Como estratégia política do governo norte-americano para conseguir aglutinar os demais países latino-americanos e conseqüentemente afastá-los dos ideais comunistas é implementada a *Aliança para o Progresso*, em Punta del Este, no Uruguai, em 1961,

Medida aprovada na Reunião extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social que *grosso modo* procurava estimular

reformas sociais e estruturais nos países vizinhos americanos. O evento também marca a criação da Carta de Punta del Este, documento assinado pelos países membros da Organização dos Estados Americanos (PAIVA, 2004, p2)

Um dos documentos anexos a essa Carta é direcionado à área da saúde e denomina-se *Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso*. Um dos temas abordados nesse plano é a reforma dos currículos médicos. Paiva (2006) considera o documento as bases de um movimento de vanguarda no campo da saúde pública, se constituindo no “marco político-institucional e simbólico dessa mudança no entendimento do papel das políticas de saúde e dos profissionais deste campo, no desenvolvimento social e econômico” (idem, p.2) dos países latino-americanos. Em que pese a conotação política intervencionista que pautava o documento, basicamente todas as ações da saúde pública no Brasil foram respaldadas nessas recomendações. Elas lançaram as bases de uma discussão no campo sobre o planejamento em saúde, a extensão de cobertura dos serviços de saúde pública e a reforma dos currículos médicos “que serão pautas importantes de congraçamento e tensão dos campos médicos nacionais e internacionais” (PAIVA, 2006, p. 2)

Nos próximos itens serão analisadas as linhas gerais das estratégias de atuação adotadas pelos três agentes: ABENO, OPAS e Fundação Kellogg, que “araram e adubaram” o terreno para receber as sementes das mudanças do ensino da odontologia.

2.1. *A Organização Panamericana da Saúde (OPAS): buscando entender o seu papel na formação de recursos humanos na área da saúde*

A OPAS³⁷ é o mais antigo organismo de cooperação na área da saúde, e uma das primeiras instituições de cooperação internacional, cujo centenário foi comemorado em 2002. Desde a sua criação, até 1957, a atuação da OPAS foi marcada pela difusão de idéias científicas sobre ações de saúde e pela tentativa de padronizar a regulamentação e as formas de combate às doenças transmissíveis. Para atingir o primeiro propósito, foram criadas as Conferências Sanitárias Pan-Americanas e o Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana, que passou a ser publicado mensalmente, a partir de 1922. Essas instâncias contribuíram para suscitar uma “cultura institucional e profissional” que pudesse instituir uma agenda para a saúde pública na América Latina. O Código Sanitário Pan-Americano, de 1924, serviu para difundir a padronização e o controle das doenças transmissíveis (LIMA, 2002).

A cooperação técnica entre o Brasil e a OPAS, no período que vai da sua criação até 1947, é considerada por Lima (2002) como incipiente. Restringiu-se às visitas do representante itinerante (*viajero*) e ao programa de bolsa de estudo, iniciado em julho de 1939. Esse programa oferecia três

³⁷ Para buscar entender a atuação da OPAS no Brasil, o trabalho de Nísia Trindade Lima, intitulado O Brasil e a Organização Pan-Americana da saúde: uma história em três dimensões foi fundamental. A autora expressa no texto o objetivo de avaliar historicamente o “papel de elaboração e divulgação de idéias” que a OPAS desenvolveu no país (LIMA, 2002, p.26). O trabalho servirá como referência para a discussão do papel da OPAS na formação dos recursos humanos em saúde no Brasil, bem como o Boletim da ABRASCO, alusivo aos 100 anos da instituição.

modalidades de bolsas: em saúde pública, em medicina e em residência médica.

Para entender a relação entre o Brasil e a OPAS, no período de 1958 a 1974, dois fatos são considerados fundamentais, por Lima (2002, p.63-64):

(...) de um lado, a decisão dos Estados Unidos da América do Norte em estabelecer acordos bilaterais entre o Instituto de Assuntos Interamericanos, criados em 1942 e subordinado ao Departamento de Estado, e os governos latino-americanos, e, de outro, a criação da Organização Mundial da Saúde, em 1946. Ambos os fatos, relacionados à conjuntura que se inaugura com a Segunda Guerra, indicam a importância estratégica atribuída à saúde na nova ordem mundial e continental que se configurava. (grifos meus)

A perspectiva de atividade “estratégica da saúde para a nova ordem mundial” parece ser um nexos que pode levar à compreensão da atuação da OPAS, subsidiando, divulgando e promovendo as chamadas “experiências inovadoras” no ensino na área da saúde, no caso da odontologia. Nunes (1999), ao relatar a experiência da Faculdade de Medicina da UNICAMP na implantação das modificações desenvolvidas pela Disciplina de Medicina Preventiva, durante um período de 25 anos, assim afirma:

esta preocupação com um novo modelo de educação médica estava associada a mudanças ocorridas após a Segunda Guerra Mundial. A influência européia, em declínio, cedia lugar à liderança norte-americana sobre países latino-americanos. Registra-se igualmente nesse período o estabelecimento de uma nova estrutura de poder no plano mundial, em que se produzia uma confrontação entre os sistemas capitalista e socialista (NUNES, 1999, [s.p.]).

No Brasil, na década de 1940, acentuou-se o processo de industrialização e de urbanização, propiciando novas necessidades e demandas,

“particularmente aquelas relacionadas à expansão do ensino e à reformulação das propostas de seguridade social” (NUNES, 1999, [s.p.]). Essas demandas contribuíram para as modificações na área da saúde, fazendo com que o setor se expandisse, particularmente a rede hospitalar, exigindo a reorganização dos profissionais médicos, refletindo mudanças tanto na sua formação quanto na sua inserção no mercado de trabalho.

Em 1942, aconteceu no Rio de Janeiro a IIIª Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, quando foram negociados acordos com os Estados Unidos, entre eles os relativos à saúde e ao saneamento, que permitiram a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O órgão teve importância fundamental também para a odontologia, por ter sido o pioneiro em várias ações de saúde pública na área: o Programa Incremental de Aimorés (1955), MG; a fluoretação das águas de abastecimento de Baixo Gandú, no Espírito Santo (1953). Nesse contexto, a Fundação Rockefeller teve importância relevante na formação de novas gerações de sanitaristas, como ressaltava Lima (2002), e foi um importante agente nesse campo, financiando programas de formação de recursos humanos na área da saúde, principalmente na USP.

Os dados da atuação da OPAS na odontologia se respaldou na pesquisa realizada, em 1950, pelo Prof. Mario Chaves, sobre a odontologia na América Latina. A instituição adotou a estratégia de incorporar as ações de

saúde bucal aos programas nacionais existentes de prestação de serviço, educação e capacitação, solicitando aos países:

- Ø Um centro regional de capacitação em odontologia de saúde pública;
- Ø Ênfase na prevenção e saúde pública dentro do ensino da odontologia;
- Ø Melhor capacitação para as enfermeira dentais³⁸ e pessoal auxiliar;
- Ø Programas de saúde bucal mais contundentes, incluindo medidas de prevenção de cárie, como a fluoretação (CHAVES; CUTHBERT,s.d., p.32)³⁹.

Nessa época no Brasil vigorava o currículo do curso de odontologia instituído em 1931, de onde se supõe que o conteúdo pertinente à prevenção das doenças bucais era ministrado pela disciplina de higiene e odontologia legal. Segundo levantamento realizado nas 33 faculdades de odontologia em 1959, em 65,21% delas a mencionada disciplina sequer foi criada (GUIMARÃES, Jr, 1961). Tal situação reflete a distância entre o legal e o efetivado nos cursos de formação na área da saúde, destacando-se os de odontologia.

Segundos dados da OPAS, havia no Brasil, em 1961, 23 cidades com água fluoretada. Em três anos, esse número triplicou, passando, em 1963, para 69 cidades; no entanto, esse número correspondia a 3,6% da população brasileira (OPAS, 1966). Os cirurgiões dentistas sanitaristas ligados ao Serviço Especial de Saúde Pública se identificavam com a corrente desenvolvimentista de atuação na saúde pública. O sanitarismo desenvolvimentista era uma das

³⁸ Esse tipo de recursos humanos em odontologia não foi introduzido no Brasil. Na década de 1970, com a influência da Odontologia Simplificada foi criada a função de Técnico em Higiene Dental (THD). As outras ocupações auxiliares da odontologia no Brasil são o Atendente de Consultório Dentário (ACD) e o Técnico de Prótese Dentária (TPD)

³⁹ Esta é uma publicação da Fundação Kellogg em comemoração aos 60 anos de parceria com a OPAS, intitulada *Um hemisfério unido*, redigido por Mário Chaves e Glen Cuthbert. A publicação pode ser solicitada na página da Fundação Kellogg: <http://www.wkf-lac.org>

vertentes de atuação em saúde pública, mais efetiva no interior do País, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, e defendia o saneamento básico como a principal medida a ser adotada para a solução dos problemas de saúde da população brasileira. As suas pesquisas e intervenções eram financiadas, na área médica, principalmente pela Fundação Rockefeller⁴⁰.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi criada em julho de 1946, por meio de uma Constituição elaborada por 61 Estados Nacionais. Após ampla negociação, em 1948, durante a 2ª Assembléia Mundial de Saúde, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) converteu-se na Oficina Regional para as Américas da OMS. Houve negociação para preservar sua autonomia e identidade e sua sustentação financeira foi garantida por meio do aumento das contribuições dos países latino-americanos, entre os o Brasil.

Nos documentos da OPAS, a saúde da população é considerada componente essencial para o desenvolvimento dos países, condição explicitamente reconhecida na “Carta de Punta del Leste”, de 1961. No entanto, a discussão sobre o conceito de desenvolvimento estava presente desde a década de 1950, bem como os seus múltiplos significados e as concepções divergentes.. Adjetivos como econômico, social, humano, sustentável se sucederam à palavra desenvolvimento, que exigia definições e revisões. A partir da década de 1960, a discussão que se travava nesse campo teve presença marcante na proposta de

⁴⁰ A esse respeito consultar os trabalhos de Luiz Castro S. Campos, principalmente.

saúde como direito (LIMA, 2002, p.82).

A “Carta de Punta del Leste” foi elaborada em reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social. O documento definiu dois objetivos, que marcariam a sua atuação:

aumentar a esperança de vida em no mínimo cinco anos e ampliar a capacidade para a aprendizagem e a produção mediante o melhoramento da saúde individual e coletiva. Como objetivos específicos, estabeleceu o abastecimento de água e saneamento, a redução da mortalidade infantil, o controle das enfermidades transmissíveis, melhorias na nutrição, capacitação e desenvolvimento de pessoal de saúde, fortalecimento de serviços básicos e intensificação da investigação científica (LIMA, 2002, p.82).

A saúde e a educação foram consideradas áreas estratégicas para a expansão desigual e combinada do capitalismo. A Carta enfatizava, também, a necessidade do planejamento centralizado no Estado para se atingir:

Os objetivos nacionais de bem-estar, democracia e segurança. Em termos políticos e estratégicos, deu fundamentos para a Aliança para o Progresso, proposta pelos EUA, para a cooperação regional e para a legitimação, civil e política, da doutrina de segurança nacional desenvolvida pelo Colégio Interamericano de Defesa. Um ano antes, reunião realizada em Bogotá já havia contribuído para esse processo mediante o estabelecimento de Fundo para o Desenvolvimento Econômico e Social (LIMA, 2002,p.82).

Na Resolução A.4 da “Carta de Punta del Este” ficou estabelecida a necessidade da criação de grupos de estudos em diversos campos do desenvolvimento econômico e social, com o propósito de recomendar medidas para a sua solução. Os campos recomendados eram educação, reforma agrária, desenvolvimento agrícola e saúde pública. As recomendações para enfrentar os problemas prioritários no campo da saúde pública deveriam contemplar, também, “medidas para a educação e treinamento de pessoal de saúde e para o

melhoramento dos serviços de saúde” (OPAS, 1963,p.1)

O grupo de estudos na área de educação e treinamento de pessoal inspirou-se nas recomendações do Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas, que sugeriam a ampliação e melhoria da qualidade dos recursos humanos para a saúde não só em nível superior mas, também, em nível médio.

Na educação superior, as recomendações centravam-se na formação do médico, por entender que ele teria, entre as suas funções, a de planejamento e organização dos serviços de saúde. Recomendavam, para tanto, “a colaboração de um ministério de saúde pública com as escolas profissionais para ajudar, como consumidores do produto, a prepará-los melhor para satisfazer suas necessidades” (OPAS, 1963, p71). Nesse sentido, sugeriam a revisão do ensino da medicina, a fim de (re)estabelecer as funções do médico e melhorar os serviços de saúde.

A partir da década de 1950, começaram a surgir propostas na OPAS acerca da “formação de profissionais afinados com novas concepções de saúde pública, que substituíssem o tradicional domínio da higiene” (LIMA, 2002, p. 90). Assim, foi incentivada pelo seu coordenador de educação e treinamento, Abrahan Horowitz⁴¹, a difusão de propostas que modificassem a formação do médico e os modelos de escola de saúde pública. O Seminário sobre o Ensino Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, no Chile, em 1955 foi um marco na história da educação médica na América Latina. A partir de então

surgiram departamentos de medicina preventiva ou social em vários países do continente. Sobre esse tema, Nunes (1999) relata:

São particularmente importantes os seminários realizados em Viña del Mar, em 1955, e em Tehuacán, em 1956. Algumas das idéias defendidas nesses dois fóruns vinham sendo apresentadas desde o início da década de 1950. Assim, a chamada "educação integrativa" tinha sido objeto de discussão na Conferência de Colorado Springs, realizada em 1953, e a medicina social era mencionada nos documentos apresentados na reunião de especialistas que a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou para a conferência realizada em Nancy, França, em 1952, (...) tais orientações pautam-se na necessidade de se desenvolver um modelo pedagógico integral e integrado. (...) um ensino que integrasse horizontal e verticalmente as disciplinas já existentes, que enfatizasse a prevenção e introduzisse novas disciplinas de caráter humanístico.

Na perspectiva da formação de recursos humanos capazes de mudar os serviços de saúde, a OPAS, a partir da década de 1960, intensifica sua atuação a fim de reformular os cursos de saúde pública. Eles deveriam trabalhar com a concepção de multicausalidade da doença, dentro da já assinalada “compreensão da saúde como problema técnico, social, econômico, jurídico e cultural”, do Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas, de 1963. Portanto, a atuação em saúde deveria contemplar outro olhar, para além do biológico. Estimulou-se, assim, a utilização das ciências sociais, momento em que os trabalhos do sociólogo Juan César Garcia tiveram grande influência na produção de novos modelos de ensino na área médica (LIMA, 2002).

Na capacitação e desenvolvimento de pessoal em saúde, a OPAS estabeleceu o Programa de Livros-texto, que tornou acessível a literatura especializada a estudantes e professores. Na divulgação da informação, vale

⁴¹ Abrahan Horowitz assume posteriormente a Direção geral da OPAS.

ressaltar a criação, em 1967, da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde (BIREME), de São Paulo, “de modo sistemático e altamente profissionalizado” (LIMA, 2002, p. 86). Ainda com esse objetivo, foi criado o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES), no Rio de Janeiro, atual Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (NUTES/UFRJ), a fim de “adaptar a tecnologia docente à política de saúde e ao sistema de saúde” (idem). O curso de pós-graduação em medicina social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro foi criado em 1973 com o apoio da OPAS, Fundação Kellogg e da Financiadora de Projetos (FINEP).

Em agosto de 1963, a Fundação Kellogg fez uma doação de 5 milhões de dólares para a construção da sede própria da OPAS, em Washington, D.C., na condição de que, em contrapartida, os países membros da instituição investissem quantia idêntica em programas de “ensino e treinamento, nutrição e melhoria da água no hemisfério”, por um período de 20 anos (ARNET, 1986, p.32). Em seu edifício sede foi cunhada a missão da OPAS:

Promover e coordenar esforços dos países do hemisfério ocidental para combater a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental dos povos. O gozo dos mais altos padrões de saúde alcançáveis é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, credo, crença política, condição social ou econômica (*idem*).

Em 1966 foram publicados pela OPAS “feitos que revelavam progresso” em relação às metas estabelecidas para a saúde na Carta de Punta del Este, onde se reafirmava a necessidade de planejar a quantidade e a qualidade da

formação dos recursos humanos na área da saúde. “A planificação de recursos humanos para a década deverá estar baseada no crescimento previsto da população e das necessidades e demandas do serviço” (OPAS, 1966, p 28). Por isso, era necessário determinar o número de profissionais exigidos para cada função; capacitá-los de acordo com as exigências dos serviços; ampliar ou criar centros educativos destinados à formação dos recursos humanos para a saúde.

O documento ressalta como ponto favorável o incremento na formação do cirurgião-dentista em toda a América Latina e também as pesquisas sobre as condições de ensino da odontologia, além dos seminários sobre o ensino da odontologia, em 1963 e 1965. Ressaltava, ainda, a criação dos

Departamentos de Odontologia Preventiva e Social em seis escolas situadas no Brasil, Colômbia, El Salvador e México. O primeiro Centro Internacional de treinamento em epidemiologia e Investigação criado em 1965 na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil, com a colaboração da Fundação Kellogg, e o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 1966, p.34)

Como estratégia para a melhoria da saúde bucal da população da América Latina, além da formação adequada de recursos humanos, o documento enfatiza a adoção e a ampliação das medidas preventivas de caráter coletivo, como a fluoretação das águas de abastecimento. Tais medidas extrapolavam o processo formativo, vinculando-se à adoção de políticas mais amplas na área da saúde.

A partir da década de 1980, atuação da OPAS na América Latina

passa a ser marcada pela crise econômica mundial, calcada no discurso da necessidade de reajustes estruturais, o que afeta o financiamento das políticas sociais. A partir de então, começa a tomar corpo a proposta de rumos alternativos à reforma da saúde (LIMA, 2002) – com o objetivo de, entre outras medidas, diminuir a centralidade do Estado nas ações de saúde. Tais propostas passam a tomar corpo no Relatório Lalonde⁴² (1974), segundo o qual os indivíduos, a comunidade e as parcerias também deveriam se responsabilizar pelos cuidados com a saúde. O relatório defende a impossibilidade de o Estado assumir sozinho a responsabilidade pela saúde, dentro do modelo flexneriano e passa a propor o modelo da promoção da saúde⁴³. A Carta de Promoção da Saúde de Ottawa (1986) propõe a mudança na formação dos recursos humanos para a saúde, como uma das áreas de atuação para a implantação do novo modelo.

É consenso na área que a OPAS desempenhou papel fundamental no avanço do conhecimento na saúde pública. A atuação da OPAS na América Latina e especificamente no Brasil se deu prioritariamente onde as políticas

⁴² Marc Lalonde foi Ministro da Saúde e Bem-Estar no Canadá e publicou documento cujo título era: *Nova perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses*, em que propunha uma mudança radical no setor. Pereira, Penteadó e Marcelo (2000) afirmam que a Conferência de Alma-Ata – I Conferência Internacional sobre Assistência Primária a Saúde, em 1978 – foi realizada sob o impacto produzido por esse relatório.

⁴³ O conceito de promoção da saúde presente na Carta de Ottawa (1986) é o que se segue: “Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar as suas aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”. As áreas prioritárias de atuação dentro do modelo da promoção da saúde são: criação de ambientes favoráveis

publicas de saúde silenciaram. Portanto, teve importância estratégica na amortização das tensões sociais, tanto em relação à população, quanto ao conjunto dos profissionais de saúde. Organizou cursos para os administradores de saúde dos países membros, visando à “formação de planejadores de saúde para fomentar os planos nacionais de saúde da América Latina, então apontados na Carta de Punta del Este” (PAIVA, 2006, p.3). Criou uma rede de conhecimento capaz de implementar as recomendações internacionais para a área da saúde, de produzir dados para a implementação das ações e divulgá-los.

Manteve, também, publicações regulares, com o intuito de divulgar experiências de reorganização dos serviços e formação profissional na América Latina, como o *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, a *Revista Innovaciones*, o periódico *Educación Médica y Salud*. Organizou comitês de especialistas para formular recomendações para áreas específicas, como forma de subsidiar as discussões nas conferências dos ministros da saúde dos países membros, entre outras. Incentivou a criação de associações de ensino na área da saúde. Enfim, atuou na “oferta de idéias” que pudessem ser reproduzidas localmente, divulgando experiências bem sucedidas.

A OPAS tornou-se parceira das iniciativas nacionais, principalmente dentro do Ministério da Saúde e da Educação, na formulação de programas para reorientar a formação dos profissionais de saúde. Destaca-se o Programa de

à saúde, reforço a ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais para o cuidado da saúde, reorientação dos serviços de saúde.

Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), de 1975, elaborado pelo Ministério da Saúde, com apoio do MEC e da OPAS, com o objetivo de “preparar a adequação da formação de pessoal de saúde (quantitativa e qualitativamente) às necessidades e possibilidades dos serviços através de uma progressiva “integração” das atividades de formação na ‘realidade do Sistema de Serviços de Saúde’” (PPREPS, 1975, p.3). Este foi o primeiro de uma série de programas interministerial instituídos no Brasil com o objetivo de (re)orientar a formação dos recursos humanos em saúde.

A atuação da OPAS, principalmente na odontologia, se confunde muito com a atuação da Fundação Kellogg. O item a seguir será apresentada a atuação dessa Fundação no Brasil, enfatizando seu papel na odontologia.

2.2. A Fundação Kellogg e o seu ideário

A Fundação Kellogg atua na América Latina desde o início da década de 1940. Suas doações ao continente iniciaram-se em 1941 e foram motivadas pelo

reconhecimento do futuro comum dos países do Ocidente. A Fundação buscava uma parceira na resolução de problemas para os povos da América Latina e acreditava que poderia dar uma contribuição valiosa para o fortalecimento dos laços entre os Estados Unidos e seus vizinhos ao sul (ARNETT, 1986, p.1-2).

Ela inicia sua atuação na América Latina no período da Guerra Fria com o propósito explícito de contribuir para o “fortalecimento dos laços entre os Estados Unidos e seus vizinhos ao sul”. A forma com que atuou parece ter

contribuído também para orientar a filosofia dos acordos bilaterais
construídos por meio do Ponto IV:

O método da Fundação era, e continua sendo, participar com os líderes cívicos e educacionais – através da provisão de fundos e consultorias – para florescer ou projetar as estruturas e processos que fossem melhores para as pessoas por eles atingidas. Nesse aspecto, a conjugação da educação com o serviço prático sempre foi a marca registrada na elaboração de programas tanto na América Latina como nos Estados Unidos (idem).

No período de 1941 a 1959, a Fundação atuou na formação dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiras e dentistas - e na melhoria da infra-estrutura das universidades – bibliotecas e laboratórios, devido à existência de um contingente razoável de administradores de saúde pública e à escassez de médicos, enfermeiros e dentistas bem preparados para a assistência à saúde. Para a Fundação, “a região carecia de quase tudo que era necessário para o treinamento do pessoal de assistência à saúde: programas universitários adequados e hospitais-escola, professores, instalações e suprimentos” (ARNETT, 1986, p.5). Tendo a prevenção das doenças e a promoção da saúde como eixos orientadores, concedia bolsas de estudos aos profissionais de saúde, para que fossem “aprender nos Estados Unidos o que havia de moderno na área de medicina e odontologia preventiva” (W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2005).

Ao estabelecer sua crítica à Medicina Preventiva, Arouca (2003) discute sua formação discursiva, fruto de três vertentes: (a) da higiene, estreitamente ligada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal;

(b) do aumento do custo na prática médica nos Estados Unidos, nos anos de 1930 e 1940, e o surgimento do Estado interventor, dentro do contexto dos dois blocos que disputavam a hegemonia internacional; (c) da responsabilidade médica oriunda do interior da educação médica: *aprender o que tinha de mais moderno nos Estados Unidos na odontologia preventiva, segundo Arouca, subentende que a prática deveria buscar a eficiência na lógica do capitalismo.*

Durante os dez primeiros anos de atuação da Fundação Kellogg, a concessão de bolsas para profissionais em saúde latino-americanos totalizou 456 para estudo e viagem. Segundo a Fundação, “deste total, 242 foram concedidas para médicos, 89 a dentistas, 70 a enfermeiros, 26 a engenheiros sanitaristas e 29 a especialistas em administração hospitalar e saúde pública” (ARNETT, 1986, p.6). O programa foi interrompido em 1970, na forma que era executado, para a concessão de bolsas a profissionais “promissores” em enfermagem, administração hospitalar, odontologia, saúde pública, medicina, agricultura e educação⁴⁴. A partir dessa data, as bolsas passaram a ser concedidas dentro das subvenções a projetos específicos (*idem*, p.53).

Na década de 1950, a Fundação instituiu o programa de professores visitantes. Professores norte-americanos visitavam as instituições de origem dos bolsistas. Os primeiros participantes foram três professores de odontologia das universidades da Pensilvânia, Illinois e Califórnia, que vieram para Colômbia,

⁴⁴ É interessante notar a similitude entre as propostas e as áreas de atuação da Fundação Kellogg e a Carta de Punta del Leste, e os demais documentos produzidos como desdobramento dessa Carta.

Brasil e Venezuela, por três meses. A Fundação passou a financiar as instituições de origem dos bolsistas na aquisição de materiais e equipamentos educacionais. A medida pretendia diminuir as diferenças entre as condições de ensino em que o bolsista era formado e as da sua instituição de origem. “Para a Universidade de São Paulo, a Fundação forneceu 35 conjuntos de instrumental cirúrgico e diversas unidades odontológicas completas, dessa forma colocando sua faculdade de odontologia dentro dos padrões atuais de ensino e prática” (ARNETT, 1986,p.19). Essa contribuição da Fundação Kellogg para a Universidade de São Paulo aconteceu antes de 1954, portanto antes da criação da ABENO.

Em 1960, o então chefe do programa de saúde bucal da Fundação Kellogg, Dr. Philip E. Blackerby, começou a incentivar as faculdades latino-americanas a criar departamentos de odontologia social. O objetivo era suscitar nos dentistas a necessidade de adotar medidas preventivas em saúde pública, integrar os serviços e despertar nos profissionais o interesse pelo bem estar geral. Os seminários sobre o ensino da odontologia na década de 1960 serviram como fórum para a divulgação da proposta. A OPAS e a Fundação Kellogg prometeram aporte para a implantação de um departamento de odontologia social em uma faculdade latino-americana e, em 1962, foi criado o primeiro Departamento de Odontologia Social na Universidade de Antioquia, em Medellín na Colômbia. Nele, desenvolveram-se importantes experiências na

área da odontologia social: trabalho na comunidade e com pessoal auxiliar.

Assim, “o projeto pioneiro na Antioquia serviu como modelo e estímulo para os programas de odontologia preventiva e social pela América Latina” (CHAVES, CUTHBERT, s.d. p,35)

A Fundação financiou, também, a tradução e distribuição de textos médicos para Continente. Forneciam materiais de ensino para serem utilizados nas salas de aula das instituições de origem dos bolsistas (ARNETT, 1986). Na década de 1960, a Fundação investiu 250.000 dólares para que a instituição *Franklin Book Programs* publicasse e distribuísse, na América Latina, textos médicos em português e espanhol. Foi escolhida bibliografia básica em nove especialidades médicas. Na tradução das obras para o português, o governo brasileiro pagou 50% dos custos e recebeu, em troca, 4.390 livros, que foram distribuídos entre 38 faculdades de medicina de todo o País (ARNETT, 1986).

No relatório para os curadores da Fundação Kellogg, acerca dos anos de 1954 e 1955, elaborado por B.G. Horning, então diretor da divisão latino-americana, encontra-se a seguinte análise:

A Fundação Kellogg foi o principal organismo não latino-americano a cooperar na educação médica, uma das mais importantes na cooperação no campo da enfermagem e a única envolvida com a educação odontológica⁴⁵. A fim de conseguir uma melhor cooperação entre os órgãos que possuem programas na América Latina e, bastante importante, para evitar a duplicação de esforços, os representantes da Administração de Operações Estrangeiras, o Comitê Sanitário Pan-Americano, a organização Mundial da Saúde, a Fundação Rockefeller, a Fundação Kellogg e outros órgãos se

⁴⁵ Para se ter uma idéia desse apoio impar, a OPAS criou o cargo de Consultor de Educação Dental, que foi ocupado pelo prof. Mário Chaves, graças a uma doação efetuada pela Fundação à OPAS (CHAVES, CUTHBERT, s.d.)

reúnem duas vezes por ano para o planejamento conjunto dos programas.

Esses foram “anos pioneiros” e muito se aprendeu com relação à história, cultura, recursos, economia e problemas. O pessoal da Fundação agora está bem familiarizado com todas as principais universidades. Acredita-se que a abordagem da Fundação em fornecer assistência técnica aos países latino-americanos se mostrou frutífera. Deve-se vislumbrar um programa de no mínimo 10 anos de duração (*apud* ARNET, 1986, p.21).

Única instituição que investia na área da odontologia, a Fundação Kellogg apoiou a iniciativa do Comitê Sanitário Pan-Americano, em meados dos anos 1950, na realização de um abrangente levantamento acerca das “principais necessidades da América Latina em termos de ensino e tratamento odontológico” (ARNETT, 1986, p.24). Nas visitas aos países da região, o professor Mário Chaves, ex-blosista da Fundação, realizou a observação dos programas de ensino, serviço e saúde pública odontológica. Para este autor, o estudo tinha o objetivo de obter dados para um programa de colaboração internacional de odontologia sanitária da Oficina Sanitária Pan-Americana (CHAVES, 1957).

As recomendações elaboradas por este estudo foram:

(...) desenvolvimento de um centro regional para treinamento em saúde pública odontológica (...) apoio para o ensino odontológico preventivo e para o treinamento e promoção do uso de técnicas dentais auxiliares (...) [auxílio aos] departamentos nacionais de saúde (...) no fortalecimento de seus programas odontológicos (ARNET, 1986, p.24).

Mário Chaves, junto com Alfredo Reis Viegas, foi responsável pela consolidação, em 1958, do Curso de Especialização em Saúde Pública para Dentistas, na Universidade de São Paulo. O curso, segundo Narvai (1994, p.33),

foi responsável pela “formação de centenas de cirurgiões-dentistas sanitaristas brasileiros e de outros países da América Latina”. A criação de cursos regionais em saúde pública faz parte das recomendações elaboradas pela OPAS, em 1950. A estratégia de formação de formadores pautou a atuação dessas duas instituições na América Latina. Para desenvolver a área era necessário investir na formação de profissionais capazes de gerar conhecimento na área, que conhecessem a realidade sócio-cultural da localidade e desenvolvessem experiências passíveis de reprodução.

A escolha da USP para desenvolver o projeto de um centro regional de treinamento em saúde pública fundamentou-se no fato dessa instituição ser considerada uma das melhores da América Latina pelos dirigentes da Fundação Kellogg, além da recomendação do “Dr. Chaves” (ARNET, 1986). A expectativa da Fundação é que esse centro “produzisse dentistas de saúde pública bem preparados, elevando os padrões regionais de assistência odontológica, e se tornasse um centro de pesquisas sobre a epidemiologia das doenças dentárias, fluoretação e tratamento” (*idem*). Essas expectativas foram amplamente correspondidas, principalmente no que se refere à qualidade dos profissionais formados e às pesquisas realizadas.

Dizer que o centro foi determinante seria uma afirmação modesta. Entre 1958 e 1962, se graduaram em seus programas mais dentistas que os graduados em todas as faculdades latino-americanas de saúde pública desde 1937 – combinadas. Durante este tempo se graduaram 85 dentistas de 19 países – 42 deles estudando com bolsas da OPAS e OMS. Esta experiência rendeu frutos para toda a região. Equipados com seu novo conhecimento e capacidade, muitos dos graduados do centro voltaram a seus

países para liderar programas nacionais de saúde bucal ou para ensinar. Levaram consigo as recomendações do informe OPAS original e começaram a pô-las em prática (CHAVES; CUTHBERT, s.d,p.33).

A criação do Centro Regional de Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública da USP, foi uma estratégia conjugada da OPAS e da Fundação Kellogg, o que legitimou a produção e a divulgação do discurso das duas instituições no campo da odontologia.

Com essa mesma estratégia de produção de discurso, a OPAS traduziu para o espanhol o livro do professor Mário Chaves, *Manual de Odontologia Sanitária*, e a Fundação Kellogg encarregou-se da sua publicação e distribuição. Outra publicação da época que influenciou os profissionais formados na área foi o livro do prof. Alfredo Reis Viegas, *Manual de Odontologia Preventiva* (CHAVES; CUTHBERT, s.d).

Na década de 1960, a Fundação Kellogg ampliou sua atuação para a área da nutrição, visando à melhoria da agricultura na América Latina. A partir do ensino e do treinamento de profissionais nessa área, passou a estabelecer parcerias com as faculdades de agronomia latino-americanas⁴⁶.

Na década de 1960, a Fundação subvencionou no Brasil, com a cooperação da CAPES e da ABENO, cursos de formação para professores das

⁴⁶ No projeto da Fundação para a agricultura surge um interesse muito grande em incentivar as pesquisas na Colômbia. Foram criados nesse país dois centros de pesquisa: o Instituto Colombiano de Agricultura (ICA), que não teve a atuação esperada por falta de contrapartida de investimento do país, e o Centro Internacional de Agricultura Tropical (CIAT), em Cali. Para desenvolver as pesquisas de interesse da Fundação foi criado um organismo “internacional” e não sujeito às ingerências locais. “Através de suas atividades de treinamento e comunicações, cooperando com outras instituições do mundo inteiro e transferindo tecnologias e práticas bem sucedidas, a ambição do CIAT era acelerar o desenvolvimento agrícola e econômico em todas as

faculdades brasileiras. Continuou subvencionando cursos de curta duração e o então mestrado em odontologia em saúde pública na Universidade de São Paulo, ainda na perspectiva de um centro regional de treinamento para a América Latina. Devido ao sucesso alcançado desse programa, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública em São Paulo foi escolhida como centro regional de ensino e pesquisa em epidemiologia. “O apoio para as atividades no centro partiu do Comitê Sanitário Pan-Americano (PSAB), precursor da Organização Pan-Americana de Saúde, do serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e da Fundação Kellogg (ARNETT, 1986, p.41)”. Outras duas instituições de ensino odontológico brasileiras são citadas na publicação consultada: a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Estadual de Porto Alegre. As duas instituições são citadas devido às experiências de ensino principalmente em materiais dentários, implantadas por ex-bolsistas da Fundação. É citada também a Universidade Estadual do Recife, devido ao fortalecimento do seu departamento de histologia oral.

No Relatório da Diretoria da ABENO, apresentado durante a sua VII Reunião, em 1970, além do agradecimento à Fundação Kellogg por sua ajuda a esta instituição, aparece, também, uma solicitação:

Não podemos deixar de salientar, de dar o devido crédito e de apresentar publicamente os nossos mais legítimos agradecimentos à W.K. Kellogg Foundation, pela inestimável colaboração que, através de vários lustros vem prestando às atividades da ABENO. Não teriam sido possíveis nenhum dos cursos de atualização, organizados pela ABENO, se não fosse o amparo

várzeas tropicais do mundo.” As pesquisas foram iniciadas com a construção de “diques de irrigação para testar novas variedades de arroz” (ARNETT, 1989, p.35)

financeiro e moral dessa Instituição americana. (...) Esperamos que, nos poucos meses que restam à esta Diretoria, seja possível concretizar um plano que temos, e do qual a KELLOGG foi oficialmente informada, de conseguir uma pequena biblioteca básica, para cada uma das escolas brasileiras, e para o que é indispensável a colaboração dessa Instituição (ABENO, 1970, p. 51-52).

A Fundação Kellogg também subvencionou a criação da Associação das Faculdades de Odontologia da América Latina (ALAFO). Em suas publicações sobre a sua atuação na região, isso é registrado, tal como os seminários, como marco de sua intervenção no ensino da odontologia. A ALAFO tinha como objetivo aglutinar as faculdades de odontologia da região em torno das propostas de padronização e inovação do ensino da odontologia, a partir do ideário construído pela Fundação Kellogg.

Na América Latina, são relatadas intervenções da Fundação em faculdades de odontologia da Colômbia, do Chile, da Guatemala, da Costa Rica, do Peru, do México, do Uruguai. Os financiamentos iam da reconstrução de prédios (caso da Universidade de Concepción, no Chile, que perdeu oito prédios em um terremoto), até o pagamento do salário de professores (caso da Universidade de San Carlos, na Guatemala, e da Universidade de Costa Rica), passando pelo apoio a programas de assistência odontológica (no caso, o de Medellín, com a formação de pessoal auxiliar).

Intervenção marcante no ensino odontológico da América Latina patrocinada pela Fundação foi a realização de três seminários regionais para 77

representantes das faculdades de odontologia da região. Chaves (1984) fez a seguinte análise dos eventos:

Não é despropositado dizer que o ensino de odontologia na América Latina nunca foi o mesmo a partir de então. Foi como se o sentido de existência e finalidade por parte de uma instituição de ensino de odontologia finalmente se tornasse realidade. Os efeitos dos três seminários podem ser percebidos durante o resto da década de 60 e parte da década de 70, levando, em 1976, à criação do Programa de Prestação de Serviços e Ensino Odontológico com auxílio da Fundação (*apud*, ARNETT, 1986, p.38).

Na década de 1970, após a avaliação de sua atuação, que acontecia a cada década, a Fundação passou a concentrar-se na assistência à saúde de qualidade⁴⁷, “enfazando a educação dos prestadores de assistência à saúde na prática real, bem como nos bancos da escola” (ARNETT, 1986, p.55). Na definição dos objetivos para a década, a Fundação estabeleceu critérios de seleção dos projetos a serem financiados: sua elaboração deveria visar à assistência à saúde a grupos populacionais, comprovando a *melhoria* em relação ao existente, a *inovação* na abordagem do problema, a *modernização* de tecnologia ou organização da assistência prestada, a partir de uma abordagem *racional* do problema, com *flexibilidade* para adaptá-las à realidade que se

⁴⁷ Definiram assistência de saúde de qualidade como; “A *prevenção* de doenças - não deixar as pessoas ficarem doentes, através da melhoria de suas condições de vida bem como de sua imunização contra as doenças - teria preferência em relação ao tratamento das doenças. O *acesso* aos serviços de saúde deveria ser compartilhado pelas pessoas de todas as classes econômicas e sociais, rurais e urbanas, de toda região. A *continuidade* do contato entre as pessoas e o sistema de assistência à saúde deveria ser medida através de sua eficácia em reduzir ou eliminar a ocorrência de certas doenças chave, em reduzir a duração da doença e na distribuição de recursos para proporcionar o máximo de bem-estar para o maior número de pessoas. A *eficiência de custos* deveria aumentar através da utilização máxima de recursos limitados, como no uso de pessoal treinado para prestação de assistência à saúde em lugar de médicos formados em áreas onde simplesmente não houvesse médico” (ARNETT, 1986, p.54-55). Percebe-se uma similitude com a definição de Atenção Primária em Saúde discutida na Conferência de Alma-Ata em 1978. Esse rol de procedimentos foi adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro nas políticas de saúde instituídas, principalmente, na década de 1980, e até hoje informa as ações básicas de saúde do SUS, denominadas Atenção Básica Ampliada, por

pretendia mudar (ARNETT, 1986). Desse financiamento surgiram os programas docentes assistenciais na América Latina. A articulação entre o ensino e a docência resultou em programas de intervenção, na área da saúde, que produziram práticas inovadoras nos dois campos.

Chaves (apud ARNETT, 1986) foi o responsável por divulgar essa modalidade de intervenção na saúde e o fez por meio da publicação *Estratégias para a melhoria da saúde na América Latina*, em 1976. É onde ele conceitua a área docente-assistência como “uma extensão do campus, onde os estudantes observam e participam da prestação real de assistência à saúde” (ARNETT, 1986, p.56). Pretendia-se, assim, a formação dos alunos para atender às reais necessidades da população.

Nessa década acontece a Conferência de Alma-Ata na União Soviética, precisamente em setembro de 1978, quando passa a ser difundida a idéia de que entre 80 a 90% das necessidades de cuidados com a saúde poderiam ser solucionados com cuidados primários de saúde, que deveriam incluir, pelo menos:

Educação, no tocante a problemas prevalentes à saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

incluir a assistência odontológica, a partir de 2002.

Os cuidados primários em saúde passaram a compreender ações que extrapolam a atuação no setor específico da saúde, fruto da ampliação do conceito de saúde para além do preconizado pela OMS –“estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” - embora na mesma conferência esse conceito tenha sido ratificado. No conclave, a saúde passou a ser defendida como direito; as ações restritas à área da saúde ficaram definidas como educativas, de proteção específica contra doenças endêmicas; e priorizou-se ações com crianças, gestantes e nutrizes, com ênfase no planejamento familiar. Aí começou-se a discutir o “tratamento apropriado”, que deveria levar em conta: recursos humanos qualificados para as ações de saúde, condições econômicas e sociais dos países, passando-se a incentivar o desenvolvimento de “tecnologias apropriadas em saúde”.

As ações deveriam ser fruto de políticas públicas mais abrangentes. Nessa perspectiva, o ensino teria a função fundamental de desenvolver tecnologias apropriadas a tornar o serviço mais racional e, portanto, eficiente. Subvencionar projetos docentes-assistência nessa perspectiva já vinha sendo realizado pela Fundação Kellogg na América Latina. Para a Fundação, a cooperação entre ensino e serviço, universidade e prestadores de serviço, além de gerar modelos reproduzíveis de atenção à saúde, teria a função, também, de aprimorar e modernizar “tanto o ensino de assistência à saúde como a prestação

da assistência à saúde” (ARNETT, 1986, p.56).

Várias foram as experiências desenvolvidas em toda a América Latina, a partir da proposta de Integração Docente-Assistencial (IDA). Para Macedo⁴⁸ (1999), a proposta pretendia incentivar “processos de mudança simultâneos e sinérgicos na organização e nas práticas da atenção e nos currículos e modelos pedagógicos da formação, sobre o fundamento de que são as condições de trabalho as que definem essencialmente os modelos de formação⁴⁹”. A premissa apontada por Macedo apoiou o desenvolvimento das experiências que poderiam resultar em práticas de ensino e serviço contra-hegemônicas. Numa perspectiva mais ideologizada, *a priori* elas eram consideradas contra-hegemônicas. Para o campo da saúde pública, participar de um projeto IDA financiado pela Fundação Kellogg era, e, ainda é, uma chancela de prática inovadora.

Ainda na década de 1970, a partir das diretrizes que iam se delineando no setor e que culminaram na Declaração de Alma-Ata, a Fundação começou a definir uma política de assistência odontológica. Em parceria com a OPAS realizou-se a conferência que resultou na publicação: *Sistemas de Prestação de*

⁴⁸ Carlyle Guerra de Macedo é ex-diretor da OPAS e ex-Diretor Regional da OMS para as Américas no período 1983-1995, Diretor Emérito da OPAS e Membro do Conselho Nacional de Saúde. É, portanto, um importante agente no campo da saúde pública.

⁴⁹ Este entendimento, que pode ser vislumbrado no pensamento de Carlyle Macedo acerca do trabalho, como uma categoria ontológica, na formação dos profissionais de saúde, produziu várias experiências nos projetos IDA, de diferentes abrangências e concepções do processo de trabalho. Estas experiências foram conduzidas a partir dos processos de educação permanente em saúde e das diferentes denominações e concepções que, ao longo do tempo, esta prática foi produzindo. Sobre o tema ver ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L; LLANOS, M (org.) Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999,

Odontológica, compreendendo vários artigos que analisavam e propunham sistemas de prestação de assistência odontológica (ARNETT, 1986).

Entre os projetos de inovação do ensino e prestação de assistência financiados pela Fundação Kellogg e pela OPAS, destacam-se no Brasil as clínicas odontológicas comunitárias, desenvolvidas pela Universidade Católica de Minas Gerais (hoje PUC-MG). Nessa época, nove programas foram financiados pela Fundação, em toda América Latina:

A finalidade do programa era colocar os estudantes em contato estreito com comunidades para melhorar a assistência e, conseqüentemente, revisar os currículos para aproveitar novos métodos educacionais e aumentar a utilização de auxiliares na prática odontológica. Os novos métodos de ensino e tratamento foram aplicados no ambiente da universidade e em clínicas satélite.

A experiência de ensino e serviço desenvolvida pela PUC de Minas Gerais constituiu-se em um marco no ensino odontológico, devido ao fato de instituir uma unidade de ensino odontológico muito diferente do ensino tradicional vigente. As diferenças iam desde a forma com que o currículo estava estruturado, não mais em disciplinas, mas a partir dos problemas prevaletentes da odontologia, passando pela contribuição dos diferentes conteúdos para entendê-los e solucioná-los, até onde esses problemas eram vistos: fora dos muros das clínicas das faculdades de odontologia. A experiência teve influência muito grande de uma prática odontológica desenvolvida em outros países da

América Latina, conhecida como Odontologia Simplificada⁵⁰. Essa prática, que se dizia alternativa à odontologia tradicional, baseava-se no tripé: prevenção, simplificação e desmonopolização do saber; afirmava que muitas das tarefas realizadas pelo cirurgião-dentista durante um tratamento poderiam ser delegadas ao pessoal auxiliar treinado para tanto; e, também, que muitos dos passos das tarefas, bem como o material e os equipamentos utilizados pelo cirurgião-dentista, poderiam ser eliminados sem que o atendimento perdesse em qualidade. Com isso, pretendia-se racionalizar o tratamento dentário, tornando-o mais rápido e menos oneroso, conseguindo, assim, aumentar a cobertura populacional. Quando o cirurgião-dentista trabalhava com pessoal auxiliar, a quantidade de procedimentos realizados em conjunto quase triplicava, concorrendo para aumentar a cobertura dos serviços. Outra vantagem apregoada por esse modelo de assistência era que as ações e tarefas consideradas reversíveis poderiam ser executadas pelo pessoal auxiliar, incluindo, aí, as ações de educação e prevenção, dedicando-se o cirurgião-dentista às demais tarefas.

Os programas que se utilizavam do ideário da odontologia simplificada na América Latina contemplavam as prioridades estabelecidas tanto pela Fundação Kellogg, como pela OPAS, na tentativa de estabelecer práticas de saúde de qualidade e aumentar a cobertura da assistência, sem aumentar o custo,

⁵⁰ A Odontologia Simplificada foi conceituada por Mendes e Marcos (1984, p12) “como uma prática profissional que permite, através da padronização, da diminuição de passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. E que, ao tornar-se mais produtiva, torna viável os programas de extensão de cobertura”.

com a utilização de pessoal auxiliar. Lembrando que a saúde era considerada estratégica para a manutenção da paz e a diminuição de conflitos, havia um benefício para as comunidades assistidas e se garantiam as condições mínimas para o desenvolvimento econômico da América Latina. A avaliação que a Fundação fez, no final da década de 1960, das condições no Continente e que os encorajavam a continuar a atuação na região eram:

Construções modernas nas grandes cidades, melhoria na agricultura, reformas tributárias, crescimento dos produtos nacionais brutos, e uma consciência generalizada das ações necessárias para superar os obstáculos ao progresso. Havia também evidência de maior estabilidade política: em 1967, pela primeira vez em 15 anos, não ocorrera nenhuma revolução em nenhum país latino-americano (ARNETT, 1986, p.47).

A odontologia simplificada se identificava, em seus propósitos e conceitos, com a medicina comunitária. A base conceitual da medicina comunitária foi expressa no Relatório Carnegie, em 1970, nos Estados Unidos. Ele recomendava, frente à crise da medicina tradicional, principalmente por seu alto custo - consequentemente baixa cobertura e resolutividade -, as seguintes medidas:

- a) integração docente-assistencial;
- b) expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico;
- c) integração de matérias básicas e profissionalizantes;
- d) incremento das matrículas com prioridade para estudantes provenientes de família de baixa renda e de grupos minoritários;
- e) estruturação de um programa sanitário nacional (MENDES, apud NARVAI, 1994, p.57).

Na prática, as experiências de assistência à saúde concedidas a partir da medicina comunitária ficaram circunscritas a uma população marginalizada

urbana ou rural.

Nas formações sociais capitalistas, a medicina comunitária é uma prática médica de caráter complementar, num sistema dual onde ela coexiste com a medicina científica sendo, seu objeto, as categorias sociais excluídas do processo de medicalização flexneriano. Desta forma, a emergência desse novo modelo de prática médica não substitui, pela exclusão, a medicina científica que continua a ocupar o seu espaço hegemônico, o de atendimento às demandas das categorias sociais privilegiadas. Antes, viabiliza-a ao completar um sistema de medicina de classes nacional (MENDES, apud NARVAI, 1994, p.56).

Nas unidades de ensino, a assistência à saúde a partir da concepção da medicina comunitária, na área médica, e da odontologia simplificada na odontologia, ficava restrita aos departamentos de saúde pública ou de odontologia sanitária. O restante da formação do aluno era feito na ótica da prática hegemônica. As práticas alternativas eram vistas como uma atuação sem prestígio, sem retorno financeiro. Para os profissionais de saúde, essa perspectiva significava, e ainda significa, abrir mão de uma profissão liberal, para se tornar um funcionário público ou um médico ou dentista de “postinho de saúde”. O embate entre os dois projetos de profissão em disputa sempre foi um obstáculo para a adoção de experiências visando à inovação do ensino na área da saúde. Vale ressaltar que o entendimento de inovação do ensino esteve sempre na dependência dos critérios estabelecidos para os projetos a serem financiados.

Mendes e Marcos (1984), mentores do programa de inovação do ensino na PUC de Minas Gerais, propuseram uma prática odontológica conhecida como odontologia integral, que pretendia ser contra-hegemônica à odontologia tradicional, por questionar e propor outros elementos ideológicos

que a configurariam, tais como: trabalho em equipe, ênfase na prevenção, determinação social da doença além da biológica, tecnologia apropriada em saúde, prática integral de saúde. Em sua conceituação, a odontologia integral era uma prática de ensino e serviço que contemplaria as transformações pretendidas pela Reforma Sanitária, que estava sendo discutida no Brasil⁵¹. O formato de prestação de assistência odontológica em clínicas comunitárias localizadas nas periferias, com utilização de pessoal auxiliar, foi seguido por algumas instituições de ensino como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Alguns serviços também se utilizaram dessa forma de organização da prestação da assistência odontológica. No entanto, o que foi mais reproduzido da experiência foi a organização física das clínicas, ambientes amplos, com as cadeiras odontológicas distribuídas de tal forma, que o cirurgião-dentista pode supervisionar o trabalho do pessoal auxiliar.

A atuação da Fundação Kellogg na década de 1980 é marcada pela limitação das subvenções aos projetos desenvolvidos nos Estados Unidos, na América Latina e Caribe⁵². Nessa década, os projetos financiados pela Fundação

⁵¹ O curso de odontologia da PUC de Minas Gerais tirou C no “Provão”, na qualificação do corpo docente e tempo dedicado à instituição, a partir dos critérios estabelecidos pelo Sistema Nacional de Avaliação, então vigente no País. Martins (2004) assim relata o impacto dessa “nota” para o curso: “o anúncio do resultado em 1997 (C em todos os quesitos) trouxe tanto constrangimento e revolta na comunidade acadêmica envolvida no Curso, até então considerado modelo inovador e desbravador de ensino e de prática odontológica, que medidas imediatas foram tomadas, entre as quais destacamos a demissão de 41% de seu corpo docente”. Segundo a autora, a demissão de 32 dos 79 professores do curso recaiu sobre os que tinham em média 16 anos de docência na instituição, eram especialistas e ministravam 11 horas-aula por semana. Pelo tempo de casa, foram demitidos aqueles que foram contratados para atuar na proposta da odontologia integral. O trabalho “Impactos do Exame Nacional de Curso e de qualificação do corpo docente sobre o Curso de Odontologia da PUC Minas” pode ser encontrado no site www.anped.org.br, nos Anais da 19ª Reunião.

⁵² Até então, atuava em outros países, como Canadá, Austrália, Nova Zelândia e alguns países europeus. Justificam a medida pela constatação de que os Estados Unidos estavam passando por uma nova forma de

passam a ter mais uma característica: a integração das áreas de conhecimento. Eles deveriam também contemplar a atuação na atenção básica de saúde para as famílias. No Brasil, as universidades contempladas com subvenções em projetos que atendiam a esses critérios foram: Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, em Piracicaba e na Grande São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal de Pelotas (ARNETT, 1986).

A partir da meta de saúde para todos até o ano 2000, da OMS, lançada na Conferência de Alma-Ata, a Fundação Kellogg assim sintetizou suas ações na área da odontologia, na América Latina:

A Fundação Kellogg começou a apoiar programas odontológicos na América Latina na década de 40. Entre 1950 e 1984, a Fundação apoiou um total de 99 projetos odontológicos individuais na América Latina. Esses projetos variados incluíram: bolsas destinadas a preparar profissionais para a prática e ensino odontológico; a colocação de um profissional de odontologia na Organização Pan-Americana de Saúde em 1954; três seminários sub-regionais da OPAS sobre ensino odontológico na Colômbia; apoio à Associação Latino-Americana de Faculdades de odontologia para sua primeira reunião geral em 1962 e para o estabelecimento de um escritório no Rio de Janeiro em 1968; apoio à OPAS para promover fluoretação da água, assistência a faculdades de odontologia em vários países para programas inovadores, e assistência em 1977 a 1983 a programas odontológicos que combinam ensino com prática comunitária ou familiar (ARNETT, 1986, p.99)

inflação, a “estagflação”, que era pouco compreendida, e, ao mesmo tempo, na América Latina, a Fundação tinha uma experiência de quatro décadas na “assistência a mudanças sociais construtivas”, que a levavam a crer que a região necessitava de uma “contínua” assistência externa. Para as outras regiões continuariam a desenvolver o Programa Kellogg Internacional de Bolsas de Estudos. Dessa forma, a Fundação pôde empenhar até 18% dos seus gastos nos programas da América Latina e Caribe, ou seja, em 1982 o montante foi de US\$ 7,4 milhões e, em 1984, foi de US\$ 8,4 milhões (ARNETT, 1986).

Os projetos de Inovação em Educação e Serviço Odontológico, iniciados, na década de 1970, em 12 instituições de ensino, contribuíram, para a melhoria da qualidade da odontologia latino-americana, segundo a avaliação da instituição. Na segunda fase desse programa, entre 1980 a 1983, a atuação se concentrou na divulgação de experiências desenvolvidas nessas 12 instituições. Assim, foi criada a publicação *Innovaciones*, de circulação bimestral, distribuída entre as faculdades de odontologia e os ministérios da saúde dos países latino-americanos. O conteúdo contemplava “trabalhos teóricos, artigos sobre projetos, resenhas de livros, transcrições de legislação em estudos e bibliografias” (ARNETT, 1986, p.100). Segundo a Fundação:

O programa estabeleceu o valor de vários conceitos importantes em odontologia: a integração entre ensino e prática; a simplificação dos procedimentos odontológicos; o uso de auxiliares; a delegação adequada de responsabilidades, ritmo próprio de aprendizado; currículo baseado em competência; participação comunitária e cooperação entre as instituições (ARNETT, 1986, p.101).

Ao financiar os programas de ensino e serviço da odontologia, e, na década de 1980, ao incentivar os programas integrados, a Fundação Kellogg contribuiu para legitimar a odontologia, no Brasil, como profissão universal e vital. Nessa perspectiva, as ações da odontologia passam a integrar as ações de saúde. A Fundação divulga e subvenciona a idéia de que “tudo está ligado a todo o resto” (ARNETT, 1986, p. 110).

Gradualmente a Fundação chegou à idéia da programação integrada, que começa com o reconhecimento de que a maioria dos problemas que afligem os povos na América Latina, ou em qualquer outro lugar, não é tão simples

e isolada, mas complexa e interligada. A análise dessas complexidades e conexões no final possibilitou à Fundação projetar programas integrados que coordenam atividades de ensino, assistência médica e odontológica, saúde familiar e da comunidade, nutrição, agricultura e outros fatores.

Muitos desses “conceitos importantes” foram introduzidos nos cursos de odontologia, principalmente na década de 1980, por meio do currículo introduzido pelo CFE em 1982, e que será apresentado no próximo capítulo. Outros, como ritmo de aprendizado e currículo baseado em competência, só foram incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia, em 2002. Esses eram os conceitos que compunham a concepção de ensino inovado apregoada pela Fundação Kellogg.

A partir de agosto de 1984, *Innovaciones* foi substituída por uma circular de nome *Redes*. Os programas de inovação de ensino e serviços na área da saúde passaram a integrar uma Rede de Ensino de Profissões da Área de Saúde. A *Rede* representa a metáfora da integração, da colaboração e da divulgação que a Fundação Kellogg sempre defendeu e implementou por meio de suas subvenções nos países latino-americanos.

As atividades da Rede de Ensino para Profissões da Área de Saúde complementam os esforços de outros projetos tipo “guarda-chuva”. A rede ajuda projetos de desenvolvimento integrado e fornece pequenas verbas a projetos relacionados que não obtêm apoio da Fundação. A Rede também mantém contato com projetos relevantes subvencionados pela Fundação nos Estados Unidos e Canadá; com participantes do programa Nacional de Bolsas de estudo da Fundação Kellogg, mantém um programa de desenvolvimento de liderança para líderes emergentes em agricultura, educação e saúde nos Estados Unidos (ARNETT, 1986, p.105)

Na década de 1990, a Fundação Kellogg ampliou o campo de atuação dos projetos IDA que, além do ensino e do serviço, deveriam ser desenvolvidos

em parceria com as comunidades locais. Portanto, deveriam fazer da comunidade parceira nas ações. A parceria deveria ser operacionalizada por meio de comissões tripartites, nos diversos níveis do projeto (TANCREDI, 1999). Para tanto,

Desde 1992 e por convite da Fundação W.K. Kellogg, 23 universidades e 103 cursos de graduação; 23 secretarias municipais e/ou órgãos regionais de saúde, 197 unidades de prestação de serviços de saúde nos três níveis de atenção e 644 organizações comunitárias distribuídas em 11 países da América Latina, participam de um programa inovador conhecido pela sigla UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos profissionais de Saúde – União com a Comunidade (ALMEIDA, FEUERWERKER, LLANOS C. 1999).

A proposta UNI, criada pela Fundação, tinha como objetivo agregar as experiências desenvolvidas pelos projetos IDA com as do serviço – desencadeadas pela meta da OMS “saúde para todos no ano 2000”, com ênfase na proposta da atenção primária à saúde (APS) e da participação popular – e a das comunidades parceiras da universidade ou dos serviços.

Em síntese, tratava-se, como um possível próximo passo, de articular na prática, por meio de projetos abrangentes, o trabalho de três atores sociais, que mantinham entre si relações bilaterais. Deveriam constituir-se sob a forma de um sistema mais complexo, compondo uma quarta estrutura relacional, sob a forma de um projeto comum inovador (...) Esperava-se que dessa forma houvesse potencialização dos resultados a ser obtidos, maiores do que se cada parte trabalhasse isoladamente. Tratava-se como se vê, de um objetivo ambicioso que partia do princípio de que o todo é maior do que a soma de suas partes (CHAVES; KISIL, 1999, p.8-9).

Os objetivos a serem alcançados pela nova iniciativa na formação dos profissionais da saúde foram assim formulados:

[desenvolver] modelos de ensino-aprendizagem, prestação de serviços de saúde aos indivíduos, melhorias ambientais, e práticas de autocuidado em nível pessoal, familiar ou comunitário. (...) desenvolvimento de líderes, tanto para a gestão de projetos tripartites, quanto para as inúmeras

modificações, reajustes e inovações a serem feitas gradualmente nos componentes de cada projeto (CHAVES; KISIL, 1999, p.10).

Na proposta UNI, a universidade tem o papel de catalisar as propostas tripartites e é a instituição que iria receber os recursos doados pela Fundação. Em relação à universidade⁵³, os objetivos a serem alcançados pelo ideário UNI foram assim formulados:

- A educação das profissões de saúde (...), orientada para os problemas de saúde da comunidade (...) com ênfase especial à saúde familiar.
- O currículo deve enfatizar o desenvolvimento do raciocínio e da capacidade de continuar aprendendo, bem como a aquisição de competências para o exercício profissional (...).
- 3. O ensino interdisciplinar (...).
- 4. A aprendizagem das várias competências necessárias ao exercício profissional deve combinar experiências intramurais, (...), com experiências em cenários da vida real, tanto em serviços de saúde quanto em ambientes comunitários. As mudanças no processo ensino-aprendizagem, (...), necessitam da construção de consensos, ao nível dos corpos docente e discente, envolvendo capacidade docente para introdução de novas metodologias de ensino ou adequação das atuais metodologias ao ensino-aprendizagem em cenários da vida real.
- 5. No campo da investigação científica, (...), deve ficar clara a natureza aplicada dos projetos com os serviços e, sempre que possível, a natureza participativa dos projetos com a comunidade. Os resultados da pesquisa devem ser compartilhados e sentidos como ganhos reais para um melhor desempenho dos serviços e uma melhor saúde da comunidade (CHAVES; KISIL, 1999, p.10-11).

Por meio dessa orientação, as unidades acadêmicas e os serviços de saúde passaram a produzir e divulgar as experiências de saúde junto às famílias, intervindo “localmente⁵⁴” nos problemas, ampliando os cenários de prática já alargados pelos Programas Docente Assistenciais, para além dos serviços de

⁵³ Esse ideário foi totalmente contemplado nas DCN dos cursos de graduação da odontologia por recomendação do Parecer nº 1.300/01, sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia, que será objeto de análise do Capítulo 4, deste trabalho.

⁵⁴ A OMS divulga a seguinte diretriz que deve orientar as ações em saúde: “Pensar globalmente e agir localmente”.

saúde e de alguns aparelhos sociais, como escolas, creches, associações de moradores. Pesquisando novas possibilidades de desenvolver tecnologias de ensino mais ativas. Essas experiências foram desenvolvidas por 23 projetos em 11 países latino-americanos⁵⁵ (ALMEIDA, FEUERWRRKER, LLANOS, 1999).

Quando da publicação do Edital 04/97 da SESu/MEC, que convocava as instituições de ensino, associações das categorias profissionais, entre outros, a apresentarem sua contribuição para as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, a Rede UNIDA elaborou um documento, fruto da contribuição dos participantes dos projetos UNI. Nele estão traçadas as diretrizes gerais defendidas pela instituição para a educação dos profissionais de saúde no século XXI; defende-se, também, uma proposta curricular que tenha como eixo central a promoção da saúde e a ética, centrada na competência, na integração e na adoção de metodologias “ativas” de ensino/aprendizagem. Ou seja, no documento elaborado pela REDE UNIDA ratifica-se o ideário UNI na formação dos profissionais de saúde, sustentado pela divulgação das “boas práticas”, desenvolvidas a partir dos projetos apoiados pela UNI, por meio do financiamento da Fundação Kellogg.

As recomendações das agências internacionais para a saúde pública no Brasil, principalmente a partir da década de 1960, faziam parte do Plano

⁵⁵ Em relação a esses projetos, ver a publicação: *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*, Tomos 1 e 2, organizados por ALMEIDA,

Decenal de Saúde para as Américas, formulado em 1961, e detalhado em diversos documentos e conferências de saúde. Esse período da história do Brasil, recorrendo à análise de Ianni (1985, p.102-103),

é uma época em que se completa uma transição estrutural importante na sociedade brasileira. Tanto se desenvolveu o capitalismo, que a indústria, a cidade, as classes sociais urbanas afirmaram amplamente o seu predomínio sobre a agricultura, o campo, as classes sociais rurais. (...) As várias forças produtivas principais (...) desenvolveram-se bastante, ainda que em diferentes gradações, conforme o lugar e a ocasião. Há desigualdades. (...) São várias as formas de organização social da produção na cidade e no campo, (...). Ao mesmo tempo, por dentro desse desenvolvimento desigual e combinado, desenvolvem-se as classes subordinadas, simultaneamente ao da burguesia nacional e estrangeira.

Nesse contexto de desenvolvimento desigual e combinado cabem várias práticas de saúde para as diferentes classes sociais. As práticas defendidas e desenvolvidas pela saúde pública tinham uma classe social bem definida a ser trabalhada – os que foram sendo excluídos do processo produtivo pelo desenvolvimento desigual e combinado. Assim, como foi lembrado pelos ministros da Saúde em 1963, os gastos em saúde são investimentos que podem contemplar parcela da população excluída dos bens materiais produzidos pela sociedade e, ao mesmo tempo, criar condições para a reprodução do capital.

A Fundação Kellogg é uma instituição filantrópica, cujo objetivo era levar as pessoas a um conhecimento capaz auxiliá-las a resolver os problemas cotidianos a partir de tecnologias desenvolvidas localmente. Nesse sentido, investem no que eles chamam de “pessoas talentosas”, aptas a se tornarem “um

FEUERWRRKER, LLANOS, 1999.

líder, um professor, um catalisador do progresso”, ao voltarem a seus lugares de origem (ARNETT, 1986, p.109). Mesmo que, ao longo de sua história, a instituição tenha dirigido as soluções, apontando as diretrizes por onde o conhecimento deveria se desenvolver, o seu papel foi extremamente relevante para a saúde pública na América Latina. Pois ela investiu na formação dos recursos humanos na área, contribuiu para melhorar as condições de ensino no País e para o financiamento dos projetos de intervenção na realidade que subsidiaram a criação do SUS, apoiou a criação de grupo de pesquisa acerca do ensino na área da saúde e a pós-graduação na saúde pública - embora o seu papel tenha extrapolado o da filantropia, tendo em vista que influenciou as políticas públicas adotadas pelos países. O que para ela era uma questão de filantropia, para os povos latino-americanos era uma questão de direito; e direitos devem ser contemplados na adoção de políticas públicas amplas e democraticamente elaboradas.

Pela leitura dos documentos produzidos por essa fundação percebe-se uma coincidência marcante com as políticas externas formuladas pelo Estado norte-americano para preservar os seus interesses econômicos no País. Há, também, interesse dessa instituição em apoiar o desenvolver pesquisas na área de produção agrícola na América Latina .

Apesar de reconhecer a importância da Fundação Kellogg no financiamento e desenvolvimento de experiências marcantes no ensino e serviço

na área da saúde, ela condicionou a subvenção à adesão dos parceiros ao seu ideário. Apesar de prática comum entre órgãos financiadores, tratava-se de uma forma de manipulação, indo de encontro ao direito de soberania dos povos. Ao mesmo tempo em que divulga um discurso de solidariedade e de filantropia, nega, assim, a possibilidade de autonomia e de emancipação. Por trás da prática que pretendeu demonstrar as possibilidades de atuação eficiente da otimização dos recursos, contribuiu para encobrir as causas das desigualdades sociais, condicionadas pela expansão desigual e combinada do capitalismo, sendo ela própria um exemplo de intervenção “civilizatória” desenvolvida pelo processo de globalização.

1.3.A Associação Brasileira de Ensino Odontológico

Em 1956, em reunião em Poços de Caldas no período de 30 de julho a 04 de agosto, foi criada a Associação Brasileira de Estabelecimentos de Ensino Odontológico (ABEEO). Ela foi incentivada pela Campanha Nacional de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), que buscava conhecer as condições do ensino da odontologia no Brasil (MENEZES e LORETTO, 2006). Comparecem 28 diretores ou representantes das escolas de odontologia brasileiras. Ressalte-se que, na época, havia trinta e duas instituições de ensino odontológico (ABENO, s.d.).

Estavam presentes, também nessa reunião, membros da Comissão Especial de Reforma do Ensino Odontológico, criado pelo Ministério da

Educação e Cultura, e o presidente da União Odontológica Brasileira⁵⁶, representando as entidades da categoria. A discussão central da reunião foi a busca de alternativas que permitissem “mudanças de atitudes em face ao problema do ensino odontológico”. A pauta da reunião foi a seguinte: “a) aperfeiçoamento do pessoal docente em exercício; b) seleção e preparo de novo pessoal docente; c) melhoramentos de técnicas e material de ensino; d) intercâmbio entre as escolas; e) problemas relacionados com o ensino de matérias básicas e clínicas” (ABENO, 2005).

A reunião foi patrocinada pela Capes, Fundação SESP (Serviço Especializado em Saúde Pública) e a *International Cooperation Administration* (ICA). Dela resultou, como já foi dito, a criação de uma associação, que no entender dos participantes pudesse coordenar “os esforços e zelasse pelas recomendações da Reunião, procurando executá-las na medida do possível” e que, no entanto, não tivesse caráter normativo (ABENO, s.d.). É interessante notar que a associação foi criada sob a égide do convencimento e da cooptação dos seus “possíveis” associados, acenando para os benefícios, caso aderissem às suas propostas, sem, no entanto, impô-las⁵⁷.

Uma estratégia retirada da reunião, visando ao desenvolvimento do

⁵⁶ Essa entidade passou a denominar-se Associação Brasileira de Odontologia, em 1958.

⁵⁷ Menezes e Loretto (2006, p.41-42) relatam que o prof. Paulino Guimarães Jr considerava que para alcançar os objetivos da recém criada associação era necessário, entre outros pontos, “criar, entre esses estabelecimentos, ambiente de confiança mútua, capaz de permitir fosse eliminada qualquer veleidade de liderança fictícia que, com o tempo, poderia pretender impor-se como legítima (...) cooperar com as iniciativas governamentais e procurar trazer para o campo do ensino odontológico o interesse de particulares – instituições ou indivíduos”.

peçoal docente das escolas de odontologia, foi a concessão de bolsas de estudos, que beneficiariam tanto os cursos como os docentes - elas deveriam ser concedidas inicialmente para os cursos no País e, posteriormente, para o que é chamado na publicação consultada de “recursos estrangeiros”. Em 1958, a Capes forneceu oito bolsas nacionais; em 1959, esse número subiu para 10. Em 1957, o ICA concedeu três bolsas para cursos no exterior (ABENO, s.d., p.2).

Entre 1957 e 1958, foram promovidos seis cursos pela ABENO, todos ministrados por professores da USP. Perri de Carvalho (1995) relata que as Comissões de Bolsa e de Ensino então constituídas foram ocupadas, em sua maioria, pelos professores da FOU SP. Em 1958, a associação passa a se denominar Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO). Para Perri de Carvalho (1995, p. 12):

Com a criação da ABENO tem início uma importante fase para o ensino odontológico brasileiro, com intensa interação com a CAPES. De imediato, a Associação implementa um programa de bolsas em convênio com a CAPES, para estágios de docentes nas faculdades brasileiras e em convênio com a ‘International Cooperation Association’ (Ponto IV) para estágios nos Estados Unidos. Em seguida, faz convênio com a W.K. Kellogg Foundation, originando várias ações de intercâmbio entre Brasil e Estados Unidos em convênios tripartites CAPES-ABENO–Kellogg. Passa a editar em São Paulo o Boletim da ABENO e inicia um programa de visitas para levantamento geral das condições das faculdades de Odontologia do país⁵⁸.

⁵⁸ Sobre essas visitas, Menezes e Loretto (2006, p.56-7) relatam: “Em novembro de 1961, mediante acordo com a Diretoria do Ensino Superior, um emissário, representando aquela diretoria, visitou as Universidades do Norte e do Nordeste do Brasil, tendo como tarefa proceder ao levantamento do estado geral, visando a proporcionar melhoria das condições de funcionamento às faculdades de Odontologia daquelas universidades. Na primeira etapa, como consequência desse trabalho, foram concedidas dezoito bolsas a docentes das faculdades visitadas, dentro dos 'Programas de Bolsas' organizados pela Diretoria de Ensino Superior, com a colaboração da ABENO. Foi, outrossim, organizado um plano para a melhoria física das cadeiras das faculdades de Odontologia onde existir, pelo menos, um ex-bolsista”.

A seguinte afirmação pode ser encontrada no documento comemorativo aos 26 anos da ABENO⁵⁹ sobre o período em foco: “os homens que faziam a Odontologia brasileira, conscientizaram-se de sua importância como educadores”. A formação do professor dos cursos de odontologia sempre mereceu uma atenção especial da entidade, o papel que o professor poderia exercer na formação do profissional pode ser dimensionado pela fala do prof. Paulino Guimarães Júnior: “são, os professores, líderes naturais que a sociedade moderna põe à testa da juventude para levá-la a integrar-se harmoniosamente na sociedade” (ABENO, s.d.,p.3)

O documento, bem como o relatório do prof. Paulino Guimarães Jr, ressalta o apoio que a associação recebeu dos órgãos oficiais, desde a sua criação. Assim se refere à CAPES:

Não temos dúvida em afirmar que a ABENO se constitui hoje em verdadeira colaboradora da CAPES, dentro do setor específico, realizando ambas um trabalho útil, presidido por espírito de profunda compreensão mútua.

A atuação da CAPES se tem feito sentir em todos os programas da ABENO, a saber, nos Cursos de Atualização, nos de Bolsas de Estudos, nos levantamentos e reuniões (GUIMARÃES JR, 1962, p.10).

A CAPES⁶⁰ foi criada no início do segundo governo Vargas. Este período foi marcado por um processo de intensa urbanização e monopolização que caracterizou a industrialização no Brasil. Cunha (1989) salienta que houve

⁵⁹ O primeiro presidente dessa associação foi o professor da Faculdade de Odontologia da USP, Paulino Guimarães Júnior, eleito para o período de 1958 a 1962. No entanto, o professor Paulino Guimarães Júnior estava à frente da associação desde a convocação para a primeira reunião e permaneceu até 1966, sendo reeleito em 1970, ficando no cargo até 1971, quando faleceu.

⁶⁰ A Capes foi criada em 11 de julho de 1951, pelo Decreto nº 29.741, dispondo-se a “assegurar a existência de pessoal especializado em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades dos

necessidade de mudança do perfil da burocracia brasileira frente à crescente intervenção estatal na economia. Antes, o burocrata era o bacharel generalista que tinha a função de interpretação e conferência do cumprimento às leis e normas. Com as novas exigências da economia, a burocracia (estatal ou privada) necessitava de técnicos e especialistas em diferentes setores aptos a “identificar os pontos de estrangulamento no movimento do capital e, diante de recursos limitados, apontar as alternativas mais ‘benéficas’ (CUNHA, 1989, p.45). Coube à CAPES, tendo como secretário geral o professor Anísio Spínola Teixeira, ordenar esse processo, com “autonomia, informalidade, boas idéias e liderança institucional” (CAPES, 2005)

Em 1953, a CAPES implantou o Programa Universitário junto às universidades e outras instituições de ensino superior, quando “contrata professores visitantes estrangeiros, estimula atividades de intercâmbio e cooperação entre instituições, concede bolsas de estudos e apóia eventos de natureza científica” (CAPES, 2005). No histórico da Capes, no site da instituição, relata-se que, naquele ano, foram concedidas 77 bolsas, sendo 54 no exterior e, em 1968, o número subira para 155 bolsas, sendo 32 para formação no País, 51 para aperfeiçoamento no País e 72 no exterior.

A ABENO se beneficiou desse programa, para se firmar e se constituir como um agente no campo do ensino da odontologia. A CAPES transferia os valores das bolsas, destinadas aos docentes e às instituições brasileiras que

ministravam os cursos, diretamente para a ABENO, conforme consta do balanço orçamentário desta instituição, no período 1961-1962 (BOLETIM DA ABENO, nº 4). O balanço mostra o saldo de doação feita pela Fundação Kellogg e da subvenção federal concedida pelo Ministério da Educação e Cultura, correspondente a 19 bolsas, especificando até o número do ofício que regulamentava a concessão (BOLETIM DA ABENO, 1962, p.17).

A Associação Latino-Americana das Faculdades de Odontologia (ALAFO) foi também parceira da ABENO, bem como de todas as associações de escolas de odontologia na região. A ALAFO foi apoiada pela OPAS e pela Fundação Kellogg, para desempenhar o papel de aglutinadora dessas unidades de ensino, visando à padronização dos cursos de odontologia da região, bem como à divulgação do ideário de inovação das práticas de ensino e serviço das instituições. Nesse sentido, a ALAFO recebeu apoio da Fundação Kellogg para realizar sua reunião geral em 1962 e posteriormente, em 1986, recebeu subvenção para estabelecer um escritório no Rio de Janeiro. Portanto, foi criada uma rede de instituições de ensino odontológico na América Latina.

O Comitê de Expertos em Higiene Dental da Organização Mundial de Saúde, em 1962, entre outras recomendações, salientou a necessidade da criação de associações que aglutinassem as unidades de odontologia em cada país, visando à padronização do ensino (OMS, 1962). Esta mesma recomendação já tinha sido feita no relatório de Chaves, de 1957, acerca da prática da odontologia

na América Latina encomendada pela Fundação Kellogg. A estratégia de trabalho de incentivo à criação de redes de apoio da Fundação Kellogg foi aprimorada na década de 1980, com os projetos IDA e, posteriormente, consolidada com a Rede UNIDA.

A segunda reunião da ABENO aconteceu em 1958, quando foi discutido o Concurso de Habilitação, Treinamento de Pessoal do Magistério, Programas de Ensino, em Natal, RN. Desde a sua criação até o ano de 2005 foram realizadas 39 reuniões anuais (Apêndice 1).

Os temas das reuniões refletem as discussões travadas no cenário nacional e internacional acerca do ensino da odontologia e do ensino superior. A década de 1960 foi o período do diagnóstico e da aproximação com as recomendações emanadas dos três seminários sobre o ensino da odontologia. Na década de 1970, a palavra de ordem nas reuniões foi a integração de ciclos e de conteúdos curriculares com o sistema de saúde. A década de 1980 inicia-se com a discussão da pós-graduação na odontologia. No tema das reuniões aparece a inovação em odontologia (1982) como objeto de análise. Em 1987, a integração docente-assistencial passa a ter divulgação entre as instituições de ensino. Pelos temas das reuniões ora analisadas, pode-se concluir que, a partir do final da década de 1980, as reuniões da ABENO passaram a ampliar o olhar para além do próprio curso de odontologia, e começaram a discutir o seu objeto, ou seja, a formação do cirurgião-dentista. A quadragésima reunião anual da ABENO

debateu o tema: “Universidade promotora de conhecimentos, saúde e prestadora de serviços”.

A VII Reunião da ABENO ocorreu em janeiro de 1970, ano em que se iniciava a implantação da reforma universitária. Uma das principais preocupações dos participantes dessa reunião se refere ao ciclo básico. O tema central era a integração do ensino da odontologia. Nesse sentido, fizeram a seguinte ressalva:

ficando o ensino das matérias consideradas básicas subordinado a Institutos que não estejam diretamente vinculados à direção do ciclo profissional, é possível venham ocorrer sérias distorções em detrimento dessa tão desejada integração (ABENO, 1970, p.43).

O ensino das matérias básicas nos cursos de odontologia não tinha assumido, ainda, o caráter desejado pelo conjunto dos professores, ou seja, subsidiar uma prática odontológica mais articulada com as ciências biológicas, entendendo o paciente como um todo sistêmico e não apenas a cavidade bucal e numa perspectiva eminentemente técnica. A maior crítica era à desvinculação do ensino básico do restante do curso, principalmente devido ao fato de não ser ministrado por professores com formação na área. Portanto, a reforma universitária que então seria implantada agravaria, segundo receio manifestado pelos participantes da VII Reunião da ABENO, o distanciamento entre o ciclo básico e o ciclo profissional.

Em 1973, junto com as reuniões, a ABENO começou a realizar o Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia (ABENO, s.d.).

As recomendações das reuniões anuais passaram a ser referidas pelos dois colegiados: o conjunto dos professores dos cursos de odontologia e os dirigentes das faculdades de odontologia.

Durante toda a sua trajetória, a ABENO se manteve aberta a encampar as propostas de inovação do ensino odontológico, principalmente acenadas pela Fundação Kellogg e os órgãos nacionais de educação e saúde, entre eles a CAPES. Os dois parceiros marcam a trajetória de atuação da ABENO. No entanto, ela não apresenta com clareza sua proposta de inovação e das mudanças que assumia como próprias. Comparando as recomendações das reuniões anuais com as propostas do seu principal parceiro financiador - a Fundação Kellogg - estas estavam muito aquém das mudanças pretendidas. Os interesses da ABENO, bem como os de seus componentes - os docentes e os diretores das faculdades de odontologia federal, estadual, municipal e privadas - eram e continuam sendo muito díspares. Sendo assim, a ABENO desempenhou (e desempenha), nesse processo, o duplo papel de conservação do ensino da odontologia no Brasil nos moldes tradicionais e de divulgação das propostas de inovação dos agentes financiadores, para as instituições de ensino odontológico. Além disso, não se posicionou acerca do embate ideológico que essas propostas representavam para a prática da odontologia. Quando muito, reconhecia e se posicionava acima desses embates:

Sem ater-se aos radicalismos ou progressismos intempestivos, tem permeado entre as diversas correntes filosóficas respaldadas no princípio supremo de respeito mútuo. Depositária fiel da esperança de que soluções

imediatistas não refletem nem refletirão equacionamento dos nossos problemas, a ABENO credita o sucesso de seu trabalho à classe docente odontológica brasileira. Sua noção de projeção do futuro a tem levado a empreendimentos audaciosos, mas acima de tudo, com os pés no chão (ABENO, s.d.).

Nota-se que o discurso da ABENO estava bem afinado com as recomendações dos organismos internacionais, no que se refere às inovações pretendidas para o ensino da odontologia: ênfase na prevenção, articulação com os serviços de saúde, formação do profissional para atuar na comunidade. No entanto, ela lidava com uma diversidade de instituições de ensino (federais, estaduais, municipais e privadas), com diferentes projetos de ensino da odontologia, adotando uma mesma concepção de prática centrada na cura das doenças, no indivíduo, na determinação biológica da doença, na crescente incorporação de tecnologia. A ABENO lidou com as diferenças, abolindo os “radicalismo”, porque o que estava em discussão era, na realidade, um modelo de prática de saúde para o setor privado e outro para o setor público, modelos que, em sua visão, poderiam coexistir sem conflito.

A ausência de uma postura mais comprometida da ABENO, que demarcasse e desse uma autoria às suas propostas, permitiu que ela sobrevivesse como divulgadora de idéias alheias à própria categoria odontológica e à grande maioria das instituições de ensino odontológico. É importante salientar que a posição conciliatória da ABENO perpassou todas as diretorias, mesmo aquelas mais próximas ao setor público.

O papel da OPAS e da Fundação Kellogg na área da saúde e da formação profissional é o que Mattos (2001) chama de “oferta de idéias”, que, ao serem assumidas pelos grupos – na academia ou nos serviços –, geram financiamento para a sua experimentação. O resultado dessas experiências é divulgado como “experiências exitosas” e, portanto, passíveis de reprodução.

Ao longo de sua atuação no Brasil, ambas as agências, que se fizeram parceiras em muitos momentos dessa trajetória histórica, tiveram uma atuação estratégica na oferta de idéias que balizaram a formação de profissionais de saúde e a orientação dos serviços de saúde pública no Brasil. Esse setor foi construído junto com os grupos que estrategicamente estavam exercendo funções nas instituições formuladoras das políticas de educação e saúde (MS, MPAS e MEC) e nas academias.

Os avanços e os retrocessos visando à mudança na formação/prestação de serviços de saúde – binômio que conduz esta intervenção – foram construídos e são reflexos da disputa de poder presente na sociedade brasileira, nos diferentes períodos históricos analisados. A formação / prestação de serviços são condicionadas aos interesses dos grupos hegemônicos enquanto setores estratégicos para a manutenção da hegemonia, dos interesses de classe e do setor privado.

As idéias ofertadas pela OPAS a Fundação Kellogg não estavam centradas na lógica de mudança das condições estruturais que geravam as

desigualdades sociais e na de intervenção no setor saúde na perspectiva da adoção de políticas para o bem-estar social. As idéias tinham o caráter de intervenção na realidade para conseguir um nível mínimo de benefícios para as pessoas, de forma a assegurar o *statu quo*. Portanto, os dois modelos de prestação de serviços de saúde poderiam coexistir, sendo que o acesso a uma das duas modalidades de serviço estava condicionado à capacidade de consumo individual.

CAPÍTULO 3

O ENSINO DA ODONTOLOGIA A PARTIR DAS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS

A odontologia brasileira iniciou a década de 1960, salvo exceções em algumas regiões, num cenário de início de profissionalização; e chegou aos anos 1990 na etapa de profissionalização avançada⁶¹. O título do artigo de Garrafa e Moises (1996) retrata bem os caminhos trilhados e as opções assumidas nesse processo: “Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica”. A odontologia brasileira, ao longo de sua história no Brasil, desenvolveu um ensino e uma prática que privilegiaram os aspectos técnicos no desenvolvimento dos recursos humanos e também na pesquisa, alcançando reconhecimento internacional. No entanto, a pesquisa se baseava em experimentos que comprovavam procedimentos usados nos tratamentos. Muito pouco se produziu em pesquisa de base e no

⁶¹ Mário Chaves em *Odontologia Sanitária* (1977) define cinco etapas da evolução da profissão odontológica, utilizando como critério a existência de um sistema formal de ensino e a utilização de pessoal auxiliar, que dentro do ideário da Fundação Kellogg e da OPAS constituíam as inovações necessárias a serem implantadas na América Latina. A etapa inicial seria a *Ocupação Indiferenciada*, onde as práticas destinadas ao alívio da dor eram de responsabilidade difusa na sociedade: como o pajé, o curandeiro, as rezadeiras, entre outros, que tinham como característica não contarem com esta prática para a sua subsistência. A segunda etapa é a da *Diferenciação Ocupacional*, quando já existe um responsável pelas práticas de saúde, como, por exemplo, no Brasil, os “licenciados”. Etapa *Inicial do Profissionalismo*, quando inicia a formalização do ensino da odontologia, mas com cursos de pequena duração. A etapa *Intermediária de profissionalização* aumenta a duração dos cursos e inicia a utilização de pessoal auxiliar sem função delegada. Na etapa *Avançada de profissionalização*, os cursos de odontologia têm uma duração maior (cinco anos), o ensino engloba os aspectos técnicos, biológicos e sociais de forma equilibrada, utiliza-se de pessoal auxiliar com função delegada e os cursos de pós-graduação são mais comuns e abrangem diferentes áreas.

desenvolvimento de materiais e equipamentos. Muitos dos conhecimentos difundidos pela odontologia, não só brasileira, são fruto de conhecimentos, no mínimo, questionáveis, como, por exemplo, a escovação dentária na redução da prevalência da cárie e a necessidade de profilaxia antibiótica para procedimentos cirúrgicos na cavidade bucal. São procedimentos adotados e recomendados sem evidência científica sustentável. É socialmente caótica, porque a profissão não conseguiu colocar o conhecimento que ela monopoliza para melhorar a saúde da população. As reduções no nível de doenças bucais até hoje conseguidas resultam de ações governamentais amplas e, portanto, obedecem à mesma lógica da distribuição dos bens socialmente produzidos numa sociedade capitalista. A redução na doença mais prevalente na cavidade bucal, que é a cárie, foi observada nas populações com acesso aos serviços públicos, especificamente a água de abastecimento público fluoretada.

À odontologia, bem como às outras profissões de saúde, foi atribuída a incapacidade de resolver os problemas prioritários da população, devido, principalmente, à inadequada formação dos recursos humanos, que não conseguem fazer com que o conhecimento necessário à reversão do quadro nosológico chegue àquela. Tal concepção, que culpabiliza a formação pelo quadro societário desigual, negligencia que tal cenário é marcado pelas contradições sociais oriundas da lógica capitalista de acumulação e aponta soluções paliativas que, efetivamente, não têm alcance para a resolução dos

problemas da população, ainda que contribuam para gerar ações mais efetivas de políticas na área da saúde.

A busca pelo tratamento da doença no Brasil e, pode-se dizer, no mundo, foi uma prática baseada na relação profissional/paciente, onde este último remunerava, de alguma forma, a prestação de serviços. No Brasil, apenas as ações de prevenção e erradicação das doenças ficavam a cargo do poder público. No entanto, a medicina e a odontologia exercidas de forma liberal passaram a ter um custo crescente para as pessoas. Nos Estados Unidos, a prática passou a ser financiada por empresas de seguro. No Brasil, por influência do populismo da era Vargas, a assistência à saúde passou a ser financiada pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões e, posteriormente, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, ligados a cada categoria profissional, que contratavam profissionais e serviços de acordo com o seu poder aquisitivo.

As ações de saúde implementadas pelo poder público tinham caráter compensatório, a fim de diminuir as tensões sociais. Vale lembrar que foi a partir da década de 1920 que acirrou-se a polarização mundial entre Estados Unidos e União Soviética e, nesse contexto, as palavras de Cordón (*apud* Narvai, 1994, p.32) apontam elementos que ajudam a compreender as necessidades instaladas no campo da saúde:

Na América Latina se discutiu fortemente a influência das Escolas Européia e a Norte-Americana, na tentativa de ambas predominarem no ambiente odontológico da região. Parece que a odontologia norte-americana conseguiu dominar o mercado da região em relação a divulgação da ciência

e da técnica. A maior ingerência dentro deste processo histórico tem sido da indústria multinacional odontológica, encarregada não somente de espoliar os habitantes do continente, como também promover a ideologia do sistema capitalista. As necessidades do sistema econômico dominante, de reproduzir e expandir-se vão trazer solicitações específicas para a odontologia, dando ênfase na reprodução da força de trabalho, a reprodução da sociedade de consumo e a introdução da ideologia empresarial, fruto da bem elaborada política imperial. Um exemplo típico constitui a estreita relação entre o Comitê de Revisão de Planos de Estudos dos Estados Unidos da América, que propôs 1,8% das horas curriculares para saúde pública e a Legislação Federal de 1935 sobre seguridade social, chamando a atenção de que a odontologia teria que ter ‘uma maior responsabilidade social’ (...). Sabendo que o sistema de vida norte-americano requeria da força de trabalho condições externas ideais para produzir e expandir no mundo, emite uma legislação sobre o assunto e chama, imediatamente, os profissionais de saúde, entre eles a odontologia, para servir a estes objetivos.

Na América Latina, a OPAS, representada pela Oficina Sanitária Pan-Americana, por entender que os problemas do ensino odontológico fossem de ordem pedagógica⁶², buscou parcerias com a ALAFO e a Fundação W.K. Kellogg. E assim anunciaram o problema:

O ensino da odontologia na América Latina se ressentia, o mesmo acontecia em outras carreiras universitárias, da falta da influência benéfica dos conhecimentos e técnicas da pedagogia moderna. Por um lado, os pedagogos têm concentrado sua atenção no ensino primário e secundário; por outro, entre os que se dedicam a ensinar odontologia, tem prevalecido à convicção de que para ensinar as disciplinas desta carreira basta conhecê-la bem. A chamada experiência docente pode medir-se, em geral, pelo número de anos de ensino, sem que haja, salvo raras exceções, uma variada formação pedagógica do professorado, nem requer um rudimentar programa de adestramento durante o serviço. Conseqüência disto é que, a maioria dos professores de odontologia, de todas as categorias, tem sido autodidatas enquanto a ciência e a arte de ensinar (ANAIS DO I SEMINÁRIO LATINO AMERICANO SOBRE O ENSINO DA ODONTOLOGIA, 1963, p.v)

A parceria entre a OPAS, Fundação Kellogg e a ALAFO, nesse momento, teve como objetivo a organização de uma série de três seminários

⁶² É interessante lembrar e trazer para a discussão que no Relatório Delors a solução dos problemas da educação passam por uma melhor preparação dos professores, principalmente, para que possam utilizar as novas tecnologias no processo de ensino.

entre os países latino-americanos sobre o ensino odontológico. O primeiro, realizado em Bogotá em outubro de 1962, reunindo professores da Bolívia, Colômbia, Chile, Equador, Peru e Venezuela. No segundo, participariam os países da América Central e aconteceria no México, em 1964. O terceiro, em 1966, no Brasil, destinado aos países da Costa Oeste da América do Sul. As recomendações desses seminários, bem como o conteúdo dos seus anais, além do relatório do Comitê de Expertos em Higiene Dental da OMS, serão analisados nos itens que se seguem. Os documentos foram selecionados por sua importância histórica na recomendação das inovações desejadas para o ensino da odontologia na América Latina.

3.1. Os cursos de odontologia na América Latina a partir das recomendações e encontros internacionais

Um mapeamento das faculdades de odontologia latino-americanas se inicia na década de 1960⁶³ com dados preliminares para subsidiar as discussões durante os três seminários sobre o ensino da odontologia na América Latina, entre 1962 e 1966, organizados pela Organização Panamericana de Saúde, Fundação Kellogg e Associação Latino-Americana das Faculdades de Odontologia. Para esses eventos são levantados dados sobre:

- ∅ número de dentistas no país, relação dentista-habitante, relação escola-habitante;
- ∅ custo per capita do aluno por faculdade em dólares;

⁶³ Sem precisar a data Nísia T. Lima (2002) relata também a realização de uma ampla pesquisa sobre educação médica na América latina com o apoio da OPAS e da Fundação Milbank coordenada pelo sociólogo Juan César Gracia.

- Ø sobre as instalações existentes: laboratórios, quantidade e localização, relação estudante por equipo;
- Ø sobre o corpo docente: carga horária dedicada a docência, regime de trabalho, tempo de exercício da docência;
- Ø sobre os alunos: vagas, ingressos, concluintes, forma de seleção, número de mulheres e estrangeiros matriculados;
- Ø sobre o curso: tempo de duração do curso, requisitos para conclusão do curso, critérios para jubilamentos, duração do curso em horas, duração do ano acadêmico;
- Ø currículo (plano de estudo): horas dedicadas às atividades laboratoriais, clínicas e “teoria”, classificação e distribuição de horas dedicadas às disciplinas básicas, clínicas e outras, “métodos e sistemas docentes (como as atividades estão organizadas nas escolas, utilização de Raio-X, atividade extra-muro, cursos de pós-graduação, professores visitantes, pesquisas), bibliotecas.

As informações sobre as faculdades de odontologia na década de 1960 permitiram compor um cenário minucioso sobre elas. Esses dados balizaram as discussões e legitimaram as recomendações nos subseqüentes seminários.

Conhecer o campo da saúde fazia parte das recomendações da Carta de Punta del Este (1961), para que as ações pudessem ser planejadas. Por isso, se fazia necessário conhecer quantos e como eram formados os profissionais de saúde. A necessidade de levantar dados para conhecer a realidade fazia parte de uma concepção de planejamento introduzido, na área da saúde, pela CEPAL.

3.1.1. O curso de odontologia na óptica do Comitê de Expertos em Higiene Dental da Organização Mundial de Saúde.

O Comitê de Expertos em Higiene Dental⁶⁴ da Organização Mundial de Saúde elaborou e publicou um informe, em 1962, com suas recomendações. O Comitê se reuniu em Genebra, de 31 de julho a 6 de agosto desse mesmo ano, com o objetivo de “examinar os problemas que acometem o ensino da odontologia” (OMS, 1962, p.5), de onde surgiram as recomendações que passarão a ser analisadas.

Os problemas relatados pelo Comitê e que tiveram influência no ensino da odontologia dizem respeito ao aumento do volume de conhecimento que o aluno precisava adquirir em um mesmo espaço de tempo. Os cursos, segundo o documento, permaneceram com a mesma duração mas o conhecimento se expandiu. Os conteúdos, que antes não eram abordados nos cursos, teriam que ser. Outro problema era a ausência de critérios de avaliação dos graus de competência odontológica que o profissional deveria adquirir. E, também, o de melhorar o planejamento e a integração dos currículos e reavaliar os objetivos do ensino profissional (OMS, 1962).

Os problemas do ensino da odontologia, como ressalta o documento, deveriam ser analisados “em sua relação de conjunto com a higiene dental mundial” (OMS, 1962, p.6). Outra premissa anunciada pelo Comitê é que o

⁶⁴ Mário Magalhães Chaves participou da reunião como Assessor Regional de Higiene Dental da Oficina Sanitária Panamericana. Este documento passará a ser referido como pertencente ao Comitê.

conteúdo do ensino odontológico variava “segundo o grau de desenvolvimento e dos recursos econômicos e docentes de cada país”. Uma alternativa para os países em via de desenvolvimento econômico, onde não havia escolas de odontologia e/ou poucos profissionais, era a sua contratação em outros países⁶⁵ e o envio de recursos humanos locais para aperfeiçoamento em outros países, mas sempre como uma situação provisória, pois se deveria incentivar a formação local⁶⁶.

O ensino odontológico pensado pelo Comitê deveria ser integrado a uma estrutura universitária. Depreende-se da leitura que a Universidade aqui pensada tem como atribuição, além do ensino, também a pesquisa. A pesquisa é defendida como estratégia de ensino/ aprendizagem tanto para o docente, como para o aluno e deveria ser socialmente comprometida com a solução dos problemas loco-regionais. A defesa da pesquisa pelos agentes financiadores, entre eles a OMS, foi muito difundida e incentivada pela Fundação Kellogg, na América Latina, por meio de subvenções aos projetos de inovação do ensino e serviços na área da saúde. A pesquisa assim entendida iria marcar, também, as propostas de inovação na metodologia do ensino na área da saúde, assunto que será retomado nas DCN, analisadas no capítulo 4 deste trabalho.

Os objetivos do ensino de odontologia, anunciados pelo Comitê,

⁶⁵ Luiz Antônio Cunha (2004) relata que a USP, em 1934, e a Universidade do Distrito Federal, em 1935, utilizaram dessa estratégia, por ele chamada de “importação de professores”, no início. Ela também foi utilizada pelos Estados Unidos quando do avanço do nazi-facismo na Europa.

⁶⁶ Essa estratégia estava sendo adotada no Brasil, desde a década de 1940, por meio da concessão de bolsas de estudo pela Fundação Kellogg.

deveriam se adequar à realidade e às necessidades do país. Recomendavam que o sistema de ensino se organizasse de tal forma a priorizar a formação de profissionais para o ensino e para o exercício da profissão. Superada esta etapa, poderia se preocupar com a formação do especialista e do pesquisador. O ensino da odontologia deveria revelar o conhecimento, a técnica e as atitudes necessárias ao exercício profissional. O documento recomendava que o ensino deveria ter as seguintes diretrizes:

- 1) Alto nível de instrução geral;
- 2) Compreensão clara das ciências biológicas;
- 3) Capacidade para prestar os serviços de odontologia reparadora e de tratamento clínico que são indispensáveis no exercício da profissão;
- 4) Correto sentido da moral profissional;
- 5) Aceitação das responsabilidades que assume o dentista ante a coletividade de que toma parte, e das funções diretivas que dentro dela lhe incumbem no setor de sua competência;
- 6) Atitude e desejo de prestar serviços preventivos de odontologia;
- 7) Competência para organizar e administrar os serviços profissionais em seu setor, inclusive no emprego de pessoal auxiliar;
- 8) Propósito de seguir completando a própria formação durante toda a vida profissional;
- 9) Conhecimento suficiente para avaliar os resultados das investigações e para aplicá-los por si mesmo no exercício da profissão;
- 10) Aceitação das responsabilidades correspondentes da higiene dental da coletividade, particularmente nos países em vias de desenvolvimento e, por conseguinte, atitude para definir os problemas de higiene dental, para educar a população em higiene dental e para assessorar sobre a execução dos programas e avaliar seus resultados. (OMS, 1962, p.8-9)

Assim, o cirurgião-dentista deveria ser um profissional apto a trabalhar nos serviços de saúde pública e a planejar e executar ações coletivas de saúde bucal. A formação deveria equilibrar a “capacidade” de executar ações de reparação e tratamento clínico e de ter “atitude e desejo” de executar ações preventivas. O profissional deveria ser capaz de planejar os serviços de saúde

pública, portanto, o conhecimento requerido para a sua formação pode ser pensado a partir das etapas do planejamento, apresentadas por Pinto (2003): compreensão da realidade (diagnóstico situacional); determinação das prioridades e objetivos; programação das atividades; avaliação dos resultados.

A formação desse profissional deveria ser conduzida de tal forma que lhe permitisse adaptar-se à realidade, visando à sua transformação. Em outra parte do documento, afirma-se que:

A escola de odontologia não somente tem de se adaptar ao meio em que seus alunos vão executar a profissão, senão que há de dar-lhes a capacidade de influir nas atitudes da população e da administração pública ante a higiene dental, de maneira que se facilite alcançar o objetivo que consiste em estender os benefícios da saúde dental ao mundo inteiro. (OMS, 1962, p.14)

O Comitê acenava para uma função da educação, a de formar sujeitos aptos a transformar sua realidade, e, no entanto, restringia essa atuação à adoção de medidas educativas, visando à mudança de hábitos individuais. A forma de atuar desses profissionais, normalizando a vida da sociedade, marcou (e ainda marca) as ações de educação em saúde. Nelas, o profissional seria o difusor das práticas desejáveis ou, como a concepção da Promoção de Saúde (1986) atualizou, o promotor de um “estilo de vida saudável”.

A necessidade de educação permanente no exercício da profissão já se fazia presente. A UNESCO, congênere da OMS, também defendia, desde o Relatório Faure (1972, p.30), a educação ao longo da vida como estratégia para a “diminuição da duração dos estudos e da articulação das iniciativas teóricas e

das experiências profissionais durante os ciclos do ensino superior, hoje, por vezes, demasiado longos”. O Comitê não explorava este aspecto da educação permanente, ou ao longo da vida, mas expressava sua preocupação com a necessidade de uma formação adaptada à realidade, com a urgência da formação principalmente de docentes e apontava como alternativa uma formação inicial curta e que possibilitasse a continuidade. Outro aspecto levantado no Relatório Faure - e que marcou o discurso acerca da formação universitária - foi a necessidade de vinculação entre teoria e prática, para que o conhecimento adquirido se tornasse uma aprendizagem significativa.

O Comitê afirmava que havia diferença na formação do profissional de acordo com o local em que ele estava sendo preparado para atuar - se no exercício privado da profissão, em empresas públicas ou privadas. Neste sentido, advogava uma formação equilibrada, na qual os diferentes aspectos da atuação profissional seriam contemplados. A formação equilibrada consistiria em uma estratégia para superar o problema assim reiteradamente relatado ao longo de todo o período estudado neste capítulo, ou seja, as quatro últimas décadas do século XX, que era:

O dentista graduado nem sempre consegue aplicar no exercício da profissão os critérios, os conhecimentos e as técnicas que tem aprendido no curso de seus estudos por não haver correlação entre as condições da formação acadêmica e as exigências da prática profissional (OMS, 1962, p.12).

Este é o grande dilema para a formação e a prática das profissões de saúde e que envolve a forma como os serviços de saúde são produzidos e

distribuídos na sociedade capitalista, revelando as desigualdades e as contradições que o modelo econômico tem gerado. É um dilema, porque o profissional não domina o conhecimento que lhe permita compreender as condições de produção da desigualdade social; portanto, as soluções se tornam muito grandiosas e ultrapassam o seu campo de atuação, principalmente como profissional de saúde, para não dizer como cidadão. Por não dominar esse conhecimento, ele não consegue vislumbrar sua atuação, como profissional de saúde, na transformação da realidade.

O que caracteriza o trabalho das profissões de saúde é a prestação e consumo direto do serviço na relação paciente / profissional. No modelo liberal de profissão, essa relação prescinde de intermediário, principalmente na determinação do tratamento e do pagamento pelo serviço prestado – ou recebimento dos honorários, como a categoria prefere. O modelo de profissão construído pela categoria odontológica afinou-se ideologicamente com o liberal. E os aspirantes à profissão almejavam ascensão social, prestígio, remuneração adequada e a posse dos seus instrumentos de trabalho. Eram estas as qualidades ideologicamente realçadas, quando do recrutamento e seleção dos candidatos à profissão. No entanto, o Comitê fez um diagnóstico e uma proposta de formação que ia na contramão desse ideário da profissão!

O mercado de trabalho do cirurgião-dentista brasileiro permaneceu quase que exclusivamente conformado como liberal, até meados dos anos

1980⁶⁷, quando o processo de assalariamento passou a ser uma tendência observada também nesta profissão. A influência do mercado de trabalho na formação profissional é indiscutível na premissa de que a educação tem a função de preparar o indivíduo para atuar na sociedade em que vive. Neste entendimento, os dados sobre o número de cirurgiões-dentistas brasileiros, no ano de 1963, levantados pelos organizadores do Terceiro Seminário Latino-Americano sobre o Ensino da Odontologia, podem ser reveladores. A estimativa apresentada no documento é a de que, no Brasil, havia 20.700 cirurgiões-dentistas, numa relação de 1 profissional para cada grupo de 3.691 habitantes⁶⁸. Este dado alia-se ao fato de que, no Brasil, ocorria um fenômeno de urbanização, portanto, havia a perspectiva de ampliação do espaço de atuação para o profissional que estava sendo formado. Além disso,, o projeto da profissão era o da formação de um profissional voltado para o exercício liberal da profissão e não para atuar na saúde pública, como defendia a proposta apresentada. O que impedia que a profissão e seus membros pudessem prosperar, numa perspectiva capitalista, era o baixo poder aquisitivo da

⁶⁷ O processo de assalariamento na medicina iniciou-se ainda na década de 1970. No final dos anos 1980, Maria Helena Machado e Roberto Nogueira, entre outros pesquisadores sobre o mercado de trabalho na área da saúde, afirmaram que a odontologia ainda era uma profissão liberal. A tendência de assalariamento na odontologia teve incremento significativo na década de 1990.

⁶⁸ Na odontologia há algumas verdades naturalizadas, cristalizadas. Uma delas é a de que a OMS recomenda uma relação ideal CD/habitantes de 1/1.500. No entanto, nesse documento pode-se ler a seguinte afirmação: “En la inteligencia de que cualquier afirmación sobre la densidad óptima de dentista no es válida más que en función de un país determinado, se recomienda que cada país se proponga como norma mínima inicial alcanzar una cierta proporción. Si se compara, por otra parte, el número de los dentistas con el de los médicos, se obtiene también indicaciones útiles acerca de los objetivos que el programa de personal odontológico ha de proponerse. Cuando as haya determinado la densidad deseable, se pasará a los otros factores, cuya influencia en la consecución de los objetivos correspondientes al personal odontológico es también considerable” (OMS, 1962, p32-33).

população, que não dispunha de recursos para custear os tratamentos odontológicos. Mas, enquanto prevaleceu, por parte do profissional, uma favorável relação oferta e procura dos serviços odontológicos, a perspectiva de inserção no mercado de trabalho teve pouca importância.

Teixeira (1989) relata que, no período de 1955 a 1966, a população brasileira cresceu na ordem de 40,9%, enquanto que, no mesmo período, o número de matrículas nos cursos de odontologia cresceu na ordem de 41,3%. Inicia-se, nesse período, a tendência de incremento de formação de cirurgião-dentista superior ao crescimento da população brasileira. Apesar desses indicadores, uma grande parcela da população é alijada do acesso aos serviços odontológicos, tendo em vista o fenômeno da crescente concentração de renda no País e a lógica predominantemente privada desses serviços.

Para Werner (1989), o modelo de atenção em odontologia é predominantemente privado. Essa afirmação teve como base os dados acerca da profissão obtidos no início da década de 1980, quando 75% das horas de trabalho dos cirurgiões-dentistas eram dedicadas à prática privada, concluindo que “o sistema brasileiro seria predominantemente do tipo americano: a livre iniciativa e a competição são os principais aspectos” (WERNER, 1989, p.21).

Para este autor:

Em 1981, o INAMPS era responsável por 58,5% de toda a despesa com serviços dentários. 70% dos serviços oferecidos eram através de dentistas conveniados. O sistema público de atendimento dentário é entretanto responsável por somente 20% da despesa total com tratamento dentário no país e representa a única forma de atendimento disponível para mais de 90%

da população (*idem*).

Para caracterizar o processo de urbanização, é importante salientar que, no período de 1950 – 1980, a população brasileira passou de 52 milhões para 119 milhões de habitantes. Nesse período, a população urbana representava 36,2% da população brasileira; em 1980, este número subiu para 67,6%. Entre 1968 e 1973, o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu a uma média geométrica de 11,2% ao ano, com uma inflação baixa. Se por um lado foi o período do chamado “milagre econômico”, por outro foi quando houve redução acentuada nos salários dos trabalhadores - estratégia utilizada para favorecer a produção para a exportação a preços competitivos, às expensas da redução dos custos de produção, ou seja, dos salários. Com o agravante de que a taxa de inflação, em 1980 era de 110,2% ao ano, além da péssima distribuição de renda no País, onde 10% da população mais pobre detinham 1% da renda e 10% da população mais rica, quase que 50% da renda nacional (MINISTERIO DA SAÚDE, 1988).

Apesar das características reveladas por esse cenário:

houve uma expansão no mercado Odontológico o qual continua atraindo um crescente número de jovens através de uma grande quantidade de cursos universitários espalhados por todas as regiões. Há uma evidente contradição entre os desejos de lucro de uma classe profissional fundamentalmente dedicada ao exercício liberal da odontologia e o baixo poder aquisitivo de largas camadas da população, mas os elevados índices de enfermidades bucais ainda prevalentes – em particular a carie dental – parecem ainda assegurar padrões mínimos de ganhos aos Cirurgiões-Dentistas brasileiros. Tanto é verdade esta última afirmativa, que até o momento não se observam modificações significativas no tipo de prática e nas modalidades de pagamento utilizadas pela grande maioria dos odontólogos brasileiros, os quais em geral permanecem arraigados às linhas tradicionais de trabalho individual e entendimento direto, corpo-a-corpo, com seus pacientes

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.9-10)

No primeiro levantamento de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, encontrou-se que, no grupo de 35 a 44 anos de idade, com renda mensal de 2 salários mínimos, apenas 33% tinham ido ao dentista uma vez, no período de 1 ano. Este percentual subia para 46%, na população com renda entre 3 e 4 salários mínimos, elevando-se para 61% entre os que possuíam renda superior a 5 salários mínimos⁶⁹ (MINISTERIO DA SAÚDE, 1988).

Retomando o trabalho do Comitê, podem-se encontrar pontos convergentes com outro trabalho publicado por Chaves em 1957, que analisava o ensino de odontologia na América Latina. Por isso, a impressão que se tem é a de que esse informe foi dirigido, especificamente, para o que eles chamam de países em “vias de desenvolvimento”, embora isto não esteja explicitado no documento e, em algumas partes do texto, façam alusão aos países “adiantados”.

O Comitê recomendava uma orientação nacional sobre os cursos de odontologia, quanto às normas gerais de funcionamento. A medida deveria ser tomada principalmente nos países onde houvesse um grande número de escolas, além de se sugerir a criação de associações de escolas de odontologia, a exemplo do que aconteceu no Brasil, em 1956, com a criação da ABENO. Posteriormente, na década de 1960 foi criada a ALAFO, associação que congregava as instituições de ensino odontológico da América Latina.

⁶⁹ Segundo informação contida neste documento, o salário mínimo em 1988 era de aproximadamente 60

Recomendava, ainda, o Comitê, que o curso de odontologia tivesse duração mínima de 4 anos e que, no mínimo, 90 dias do ano letivo fossem dedicados às disciplinas clínicas e pré-clínicas. Nesse tempo, não deveria ser computado o dedicado ao estudo das disciplinas introdutórias das ciências biológicas: química, física e biologia.

Propunha um currículo integrado, que deveria abranger os conteúdos das matérias e a atuação interdisciplinar dos professores. Recomendava que professores de outras áreas do conhecimento ministrassem disciplinas ou conteúdos dentro das escolas de odontologia, embora o controle acadêmico das disciplinas devesse estar a cargo da faculdade de odontologia. E indicava métodos pedagógicos variados, inclusive com a adoção dos “modernos” meios áudio-visuais, entre eles a televisão, evitando-se as aulas expositivas. O curso, segundo o Comitê, deveria ser concebido de tal forma a permitir ao aluno a prática do estudo independente, o que lhe permitiria estudar ao longo da vida. Para tanto, a proporção ideal recomendada entre professor e aluno era de 1/7, uma vez que as atividades deveriam ser desenvolvidas, preferencialmente, em pequenos grupos.

As recomendações do Comitê chegavam a minúcias em relação às instalações de uma unidade de ensino, tais como, onde deveriam se localizar as escolas de odontologia, indicando locais próximo às escolas de medicina e aos hospitais de clínica. Apontava a necessidade de sala de aula em número

suficiente, clínica, biblioteca, laboratório. A proporção vaga/equipamento odontológico recomendado era um equipo por vaga, quando os cursos fossem de quatro anos.

Propunha um currículo com seis grupos de matérias: (1) ciências biológicas (anatomia humana, histologia, embriologia, anatomia comparada, fisiologia, biofísica, bioquímica, microbiologia, genética, e bioestatística), (2) ciências biológicas aplicadas (onde se relacionaria as ciências biológicas com a prática clínica), (3) disciplinas humanísticas e ciências sociais (sociologia, psicologia, odontologia social e odontologia em saúde pública), (4) ciências médicas (anatomia patológica, farmacologia, medicina clínica, cirurgia geral, anestesia e radiologia), (5) técnicas clínicas (materiais odontológicos e procedimentos laboratoriais de odontologia reparadora), (6) matérias clínicas (ensinar a compreensão e a perícia clínica). Estes grupos de matérias deveriam ser distribuídos ao longo dos quatro anos do curso, da forma que pode ser observada no Quadro 10.

Quadro 10

Distribuição do grupo de matérias para os cursos de odontologia, segundo a proposta do Comitê de expertos em Higiene Dental, OPAS, 1962

Instrução pré-odontológica: física, química, biologia				
Grupos de matérias	1° ano	2° ano	3° ano	4° ano
Ciências biológicas	X	→		
Ciências biológicas aplicadas		X	→	
Disciplinas humanísticas	X	X	X	X
Ciências médicas		X	X	X
Técnicas pré-clínicas	X*	X**	X**	
Odontologia clínica		X	X	X

* Geral

** Específica

Obs: As setas expressam a recomendação do Comitê de estender o estudo das ciências biológicas ao longo do curso e iniciar o ensino clínico desde o início do curso.

Fonte: OPAS, 1962, p.21.

Nessa proposta de organização curricular podem ser observadas as

mesmas recomendações para os cursos médicos relatados por Nunes (1989), “um ensino que integrasse horizontal e verticalmente as disciplinas já existentes, que enfatizasse a prevenção e introduzisse novas disciplinas de caráter humanístico”. As mesmas determinações foram discutidas nos seminários em Viña del Mar, em 1955, e em Tehuacán, em 1956, e a proposta de ensino integrado foi fruto das discussões da Conferência de Colorado Springs, realizada em 1953. Idéias que foram divulgadas também nas publicações da OPAS⁷⁰ (NUNES, 1989).

O currículo que vigorava no Brasil, desde 1931, para os cursos de odontologia era defasado e obsoleto em relação ao proposto pelo Comitê, além de ter uma dimensão apenas técnica de atuação profissional. Guimarães Jr (1961,p37) constatou que “o currículo-padrão mínimo (...) ainda não pôde (...) ser totalmente realizado, em grande número de faculdades” no Brasil, em 1959, por deficiências na instalação e reduzido número de docentes. A inovação da proposta do Comitê situava-se, justamente, na perspectiva implícita na proposta de integração dos conteúdos curriculares que não se restringia à dimensão técnica da profissão, incluindo as dimensões biológica e social na formação profissional - proposta que, para a realidade dos cursos de odontologia relatada por Guimarães Jr. (1961), estava muito longe de se concretizar.

⁷⁰ A OPAS reuniu os relatórios finais dos seminários de Viña del Mar e de Tehuacán e das duas reuniões do Comitê do Programa de Livros de Textos da Opas/OMS para o ensino de medicina preventiva e social (1968 e 1974) em uma única publicação intitulada Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 anos de experiência. Publicado em 1976 como Publicação Científica

As condições do ensino da odontologia no Brasil não permitiam sequer começar a pensar na adoção dessas recomendações, porque os problemas exigiam a solução das condições materiais nas quais o ensino superior era realizado. Nesse período, a expansão do ensino superior se deu pela criação de novas escolas e não pela ampliação do número de matrículas, como se podia esperar, tendo em vista os custos de manutenção das instituições, como espaço físico, biblioteca, laboratórios, entre outros.

O anseio por um modelo de modernização (conservadora) do ensino superior no Brasil vinha desde a década de 1940 e encontrou no Golpe Militar de 1964 as condições para se instalar

Mas, foi só na década de 1960 que uma doutrina sistemática sobre a reforma universitária tomou forma no Brasil, respondendo a esses antigos anseios de superação do modelo napoleônico de ensino superior. Essa doutrina teve suporte institucional no Conselho Federal de Educação e suporte político no regime autoritário resultante do golpe de estado de 1964 (CUNHA, 1988, p 17).

A Reforma Universitária, implantada pela Lei nº 5.540, de novembro de 1968, introduziu novo modelo organizacional para o ensino superior, baseado no modelo norte-americano. O modelo introduziu uma mudança radical na organização dos recursos materiais e humanos da universidade que foram agrupados, para serem mais eficientes, “em função das economias de escala no uso dos *indutos* (implicando na estrutura departamental). O conhecimento (...) em pequenas unidades chamadas *disciplinas*” (CUNHA, 1988, p 18).

Para as propostas de mudança no ensino da odontologia, a criação dos departamentos responsáveis por ministrar as matérias básicas surtiu efeito contrário ao pretendido, que era a sua integração com as matérias profissionais. As matérias básicas não eram consideradas, pelos profissionais, um conhecimento “importante” para a sua formação e, quando passaram a ser ministrados uniformemente a todos os alunos da área das ciências biológicas, cuja maioria era de estudantes de medicina, a resistência se acirrou.

O regime de cátedras passou a ser fortemente criticado, quando da federalização das instituições de ensino estaduais e privadas, incorporadas às recém-criadas universidades, no início década de 1960. Os docentes dessas instituições de ensino passaram a compor as novas cátedras. A expansão do ensino superior brasileiro não se fez acompanhar de mecanismos de formação de docentes em nenhuma área e, no período, como observa um autor tudo foi “feito à base da improvisação docente, no âmbito do patrimonialismo prevalecente nas instituições públicas e privadas” (CUNHA, 2004, p.797).

3.1.2. O contexto das discussões acerca do ensino da Odontologia na América Latina.

Para entender a discussão travada principalmente na América Latina sobre o ensino odontológico, o texto de Chaves (1956), intitulado *Las tendencias de la enseñanza de odontologia en el hemisfério occidental*, será

tomado como referência. As idéias de Chaves influenciaram muitas gerações de sanitaristas na América Latina. Pelos cargos que ele ocupou e os trabalhos que desenvolveu no Brasil e na América Latina na área da Odontologia, o seu pensamento balizou posições assumidas por muitos profissionais que construíram suas experiências no ensino e no serviço da odontologia. Chaves foi responsável por introduzir na saúde bucal coletiva a necessidade de planejamento da atenção em saúde, ao instalar, ainda na Fundação SESP, o Sistema Incremental como modelo assistencial em odontologia. Concebeu um modelo de atenção em saúde bucal: a odontologia sanitária, definida como uma sub-especialidade da Saúde Pública, responsável pelas ações de saúde bucal da população. Difundiu as medidas de prevenção coletiva, principalmente a fluoretação das águas de abastecimento, o desenvolvimento e monitoramento dessa experiência.

Para Chaves, nos Estados Unidos o ensino da odontologia se desenvolvera dentro do sistema geral de educação preconizado naquele país, com influência da corrente pragmática. O ensino da odontologia, para o autor, teve influências cujas raízes estão “em fatores culturais tais como o advento da ciência experimental, a teoria da evolução, o desenvolvimento da democracia e a revolução industrial”. Desenvolve-se, desde 1840, com a criação da Escola de Baltimore, de forma independente do ensino médico. Essa forma de organização, que o autor chama de “autóctona”, produziu um ensino de

“qualidade sem par (...) no mundo de hoje, [que] atesta a excelência do mesmo” (CHAVES, 1965, p.64).

O ensino superior na América Latina teve influência européia e os cursos de odontologia tiveram que se enquadrar nesse modelo “cristalizado”. Tal modelo dificultava a criação de vínculo entre as diferentes unidades universitárias. As unidades de ensino estavam estruturadas “em compartimentos quase isolados representados por matérias a cargo de catedráticos e enquadrados em planos de estudos rígidos, pouco sensíveis às influências do meio, e que somente responde a elas de modo tardio” (CHAVES, 1965, p.64). Eram críticas que se fazia ao ensino superior, desde a criação das universidades brasileiras, em 1920, atestando os problemas surgidos ao longo da história. Como mostra Cunha (1989) essas críticas eram realizadas pelos que defendiam a modernização do ensino superior na direção do modelo norte-americano. O processo de modernização do ensino superior, conduzido pelo Estado e apoiado por diferentes grupos na sociedade brasileira e com diferentes perspectivas, teve início em 1947, com a criação do Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA), em São José dos Campos, e culminou com a criação da Universidade de Brasília, em 1961.

Para Chaves, o ensino da odontologia teria a mesma finalidade em todo o continente, ou seja, “(...) a formação de dentistas capacitados e adaptados às necessidades do meio em que vivem” (CHAVES, 1965, p.64). Aparece,

também, no texto do autor, a tendência de compartilhar uma concepção pragmática de educação, na qual a sua função seria a formação de um indivíduo para a sociedade na qual ele vive - o que perpassa os seus textos, bem como os documentos da OPAS. Esse objetivo, comum aos cursos de odontologia latino-americanos, era considerado uma característica positiva e que tenderia a se consolidar, “com o melhoramento das vias de comunicação e o estreitamento, cada vez maior, dos vínculos panamericanos” (*idem*). Isso permitiria que as diferenças no ensino da odontologia fossem se reduzindo e que, no futuro, houvesse “um grau apreciável de identidade de critérios no ensino continental” (*idem*). Zeloso no reconhecimento das determinações históricas no desenvolvimento das condições, que inclusive, condicionavam o ensino odontológico, em seus diferentes textos, o autor parece ter-se deixado levar pela idéia de desenvolvimento igual e combinado em todo o continente latino-americano, como era ideologicamente defendido pelos organismos de cooperação de que ele era também um porta-voz.

Chaves (1965) trabalha com uma classificação da evolução do ensino odontológico que irá aparecer em outros textos de diferentes autores, ao longo das décadas de 1960 e 1970, entre eles Paulino Guimarães Jr, primeiro diretor da ABENO. Segundo essa classificação, o ensino da odontologia evolui em três etapas distintas, que coexistem no tempo e no espaço: a artesanal, a academicista e o humanista. Na etapa artesanal, a odontologia é ensinada como uma arte e por

meio da relação “mestre/aprendiz”. Na etapa academicista, a odontologia é ensinada como ciência, em uma estrutura que pressupõe o ensino formal. E a humanista, que representa o futuro a ser construído, a partir da superação do modelo academicista, que, segundo o autor, já tinha chegado ao seu limite. Dessa forma, a odontologia seria ensinada ao mesmo tempo como ciência e como arte, a serviço da coletividade. Sobre a superação, o autor assim se expressa;

O sistema em que numerosos especialistas ensinam ao estudante fragmentos da odontologia, vai sendo substituído gradualmente pelo sistema de preceptores, que predominou no período artesanal; esta substituição deve ser interpretada como um aspecto mais da humanização do ensino e da rebelião contra a especialização. Se está produzindo um ressurgimento do “mestre”, no sentido da relação ‘mestre-aprendiz’, representado pelo instrutor de clínica geral, o que permite estabelecer um vínculo humano, afetivo, entre professor e aluno, e voltar a surgir também, humanizado, o paciente integral. (CHAVES, 1965, p. 77-78) (grifos meus).

Os problemas apontados na forma de organização do curso de odontologia diziam respeito à fragmentação dos conteúdos, transmitidos por diferentes professores ao aluno. Como forma de superar o problema, na visão do autor, o currículo deveria ser integrado vertical e horizontalmente. As disciplinas consideradas clínicas, pré-clínicas e as matérias básicas deveriam ser integradas em função do conteúdo a ser estudado pelo aluno, ganhando relevância a partir dessa necessidade. A idéia foi defendida na proposta de organização do currículo, no documento elaborado pelo Comitê de Expertos (OPAS, 1962) anteriormente discutido.

A humanização do ensino da odontologia e o surgimento humanizado

do paciente integral se dariam com a formação de um profissional capaz de ser um “dentista da família”. Por isso, o autor discutia o currículo a partir da premissa de que ele deveria ser organizado de tal forma, que pudesse permitir uma correlação maior das matérias e facultasse ao aluno uma visão global e um conceito integral da profissão. Os conteúdos pertinentes às ciências sociais propiciariam ao aluno uma visão para além do aspecto biológico da sua atuação profissional.

Ele defendia, ainda, uma integração vertical dos conteúdos do ensino odontológico, uma vez que isso proporcionaria ao estudante começar

desde cedo com matérias pré-clínicas e clínicas; desta maneira tem tempo de ir se acostumando ao trato com os pacientes e de desenvolver habilidade manual e coordenação de movimentos. Em todos os cursos tem parte de ciências básicas e parte de ciências clínicas; unicamente varia a importância que lhes concede; o aspecto clínico vai recebendo progressivamente maior atenção, ao mesmo tempo em que diminui a que se dedica à ciência básica (CHAVES, 1965, p.74).

Vale ressaltar que o autor pensava o ensino a partir de objetivos que podem ser classificados como cognitivos, afetivos e psicomotores. Para o exercício da odontologia, o aluno deveria desenvolver as habilidades manuais e a coordenação de movimentos, que não são requisitados nas tarefas rotineiras do indivíduo, e que, portanto, precisavam ser aprendidas/ensinadas. Esse aspecto, desenvolvido no texto, ainda hoje é considerado inovador, mas são poucos os que se dedicam a ele no ensino da odontologia.

Enfim eram essas as recomendações para que o ensino da odontologia

pudesse “melhorar”. Em nenhum momento as condições do ensino da odontologia foram discutidas no contexto da melhoria do ensino superior de uma forma geral, e nem como uma política pública, que caberia aos Estados explicitar. O texto analisado seguia a recomendação de formulação de conclusões gerais que pudessem servir de referência à tomada de decisão pelos governos, como emanada da Carta de Punta del Este (OPAS, 1963).

3.1.3. Primeiro Seminário Latino-Americano sobre o Ensino da Odontologia⁷¹

Esse evento foi destinado aos professores de odontologia, visando à divulgação das experiências, trabalhos na área e, sobretudo, de reformulação do ensino da odontologia, a partir das recomendações feitas no Seminário de Vinã del Mar, em 1955. E foi concebido de acordo com a linha de atuação da OPAS e da Fundação Kellogg, que privilegiavam a estratégia da divulgação de idéias e das recomendações, como forma de criar a necessidade de mudança.

O Informe Final do Primeiro Seminário inicia com a seguinte afirmação:

O número de odontólogos dos países latino-americanos não satisfaz às necessidades atuais da população e seguirá sendo cada vez mais insuficiente em relação às necessidades futuras destes países. Agravando esta situação a concentração de odontólogos nos principais centros urbanos, sua escassez nas comunidades pequenas, e sua falta quase absoluta nas populações rurais dispersas (OPAS, 1963, p.316).

O documento apresenta o que, na década de 1990, a pesquisa de Machado (1996) concluiu acerca do perfil do médico no Brasil. O autor

⁷¹ A partir deste ponto do texto este documento passará a ser referido como “Primeiro Seminário”

sistematizou as principais características das profissões de saúde como eminentemente urbanas e concentradas nos grandes centros populacionais. Nesses espaços urbanos se concentra, também, a população com potencial para consumir os bens produzidos por essas profissões. A constatação do documento, para ser atualizada, poderia apenas relatar que, quantitativamente, o número de odontólogos seria, suficiente, hoje, para atender às necessidades da população. O condicional da frase pretende significar a convicção de que a solução dos problemas de saúde de uma população não se restringe à disponibilidade do número de profissionais, mas está muito mais afeta à adoção de políticas públicas amplas, que visem à promoção da melhoria nas condições de vida da população.

Na esteira das constatações, o documento do Primeiro Seminário relacionava as deficiências do ensino da odontologia produzidas pela formação oferecida nas faculdades latino-americanas, neste período:

- 1 Tendência ao excessivo tecnicismo e exagero da odontologia restauradora e de alguns aspectos da cirurgia;
- 2 Limitações na preparação biológica e médica do odontólogo;
- 3 Limitação ainda maior em relação ao enfoque social de sua atividade profissional, especialmente ao relativo aos aspectos preventivistas e da saúde pública;
- 4 Falta de cursos regulares para graduados;
- 5 Falta de cultura humanística. (OPAS, 1963, p. 316)

O diagnóstico das deficiências do ensino odontológico pelos participantes do Primeiro Seminário deve ser entendido no contexto no qual ele foi produzido. Todos os documentos recomendados para subsidiar as discussões

defendiam a proposta da medicina preventiva como modelo inovador, “moderno” de atuação na saúde. As publicações da OPAS, bem como da Fundação Kellogg, cujo objetivo era disseminar essa proposta “inovadora”⁷², contribuíam para conquistar adeptos, principalmente no meio acadêmico. Ademais, a Fundação Kellogg e a Fundação Rockefeller, conforme já apresentado, privilegiavam as propostas que tinham sua orientação na concessão de apoio financeiro aos projetos.

O Primeiro Seminário teve grande influência da Carta de Punta del Este. Para haver mudanças na forma de conceber e atuar na saúde, era imprescindível que se mudasse a formação dos profissionais. Seria necessária a criação de fóruns que discutissem a saúde na dimensão e implicações que esta carta apontava. Na Reunião dos Ministros da Saúde, em 1963, assim assinalaram os problemas de saúde mais prevalentes na América Latina:

São próprios de uma população jovem, em crescimento acelerado, com uma produção e ingressos inferiores às necessidades. A estrutura da população, sua distribuição por idade, as condições ambientais e de saúde se refletem na menor capacidade para o trabalho, no absenteísmo e na produtividade (OPAS, 1963, p.17-18).

A preocupação com a saúde extrapolava, sim, sua dimensão biológica e a colocava no patamar de uma estratégia político-econômica para preservar a

⁷² Ao longo da história da Fundação Kellogg, discutida no capítulo anterior, a proposta de inovação no ensino da área da saúde e especificamente da odontologia pouco mudou. No ideário da Fundação, o ensino a ser construído deveria contemplar a integração de conteúdos, adotar metodologias ativas, que pudessem resultar em práticas de ensino e serviço comprometidas em solucionar os problemas loco-regionais. As soluções dos problemas deveriam contemplar a adoção das ações básicas de saúde, bem como todas as ações envolvidas nessa proposta: desenvolvimento de tecnologia apropriada, utilização e treinamento de pessoal auxiliar. Por isso, o ensino e o serviço deveriam se desenvolver *par e passo*. Os projetos subvencionados pela Fundação na área da saúde tinham, no mínimo, duas vertentes: ensino e serviço, inclusive como estratégia para racionalizar os “investimentos”.

força de trabalho da “população jovem e que crescia aceleradamente”. Como mecanismos para proteger, fomentar e recuperar a saúde da comunidade propunha-se quatro instrumentos: “planificação, organização e administração dos serviços, a formação e capacitação de técnicos e da investigação científica” (OPAS, 1963, p18). Essas seriam, então, as áreas nas quais, de forma sincrônica, os organismos multilaterais e os nacionais iriam investir, para consolidar os princípios da Carta de Punta del Este para o Progresso na área da saúde pública.

A estratégia adotada nas conferências ampliadas, nas recomendações de comitês de especialistas, entre outros, tinha o propósito explícito de fazer com que elas viessem a “servir de antecedentes e ser tomados em conta pelos governos dos Estados membros na preparação de seus programas nacionais de desenvolvimento” (OPAS, 1962, p 1).

O modelo de ensino norte-americano começava a se consolidar como hegemônico na América Latina. As primeiras experiências de propostas de ensino com ênfase no modelo da medicina preventiva, flexível, com integração curricular, eram realizadas justamente nos Estados Unidos, e são citadas ao longo dos textos contidos no Primeiro Seminário. Lembre-se que Chaves (1965) se refere ao ensino da odontologia nos Estados Unidos como de excelente qualidade. Nesse mesmo país, iniciava-se uma configuração distinta do mercado de trabalho das profissões de saúde. O Estado alegava a impossibilidade de financiamento de uma prática centrada na atenção médica e na cura da doença,

da mesma forma que no paciente. Surgem como intermediários da relação os seguros de saúde, que também combatiam essa prática, por onerosa (FREIDSON, 1978). Na verdade, não havia um apoio explícito ao modelo da medicina preventiva desse novo agente (as seguradoras de saúde), nos Estados Unidos ; havia, sim, a uma tentativa de frear os custos da atenção médica.

Recorrendo às análises de Narvai (1995), ele afirma que durante os anos 1950 a questão que se colocava sobre o ensino da odontologia era a criação ou não de disciplinas específicas de odontologia preventiva, em resposta às recomendações do Seminário de Viña del Mar. Ainda segundo o autor,

nos Estados Unidos a resposta foi sim e, a partir daí, essa orientação ganhou o mundo e também, claro, a América Latina (...). Chegou ao Brasil, no início dos anos sessenta, seduzindo inicialmente apenas restritos setores universitários e sendo objeto de grande desinteresse pelos clínicos, tanto do setor público quanto, principalmente, no setor privado. (NARVAI, 1995, p.39-40)

O autor prossegue, argumentado que esse “ranço em relação à odontologia preventiva” só foi superado na década de 1980, com o desenvolvimento da cariologia nos países escandinavos e o êxito lá alcançado no controle da cárie. No Brasil, influenciado pelos estudos e experiências escandinavas, bem como dos profissionais que foram se especializar nesses países, fundou-se, em São Paulo, em maio de 1981, a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV), que teve papel decisivo na consolidação das propostas da odontologia preventiva formuladas no início dos anos de 1960 (NARVAI, 1995). Só que a apropriação que se deu a esse conhecimento resultou

no que Cordon & Garrafa (1991, p.12) cunharam de preventivismo:

Foi lançado, no mercado, um arsenal de novidades preventivas de uso individual como verdadeira solução mágica, criando-se um discurso preventivista dependente do que vem do exterior, apoiado e divulgado pelo mercado odontológico (especialmente em congressos, reuniões e outros) e pelas principais revistas odontológicas nacionais. Nasceram, assim, o mercado e o lucro a partir da prevenção: e a isso chama-se preventivismo.

O conceito de prevenção e a prática resultante assumida pelo preventivismo não é consensual no setor. A maioria da categoria odontológica assimilou com mais facilidade as práticas do preventivismo da odontologia tradicional. Esta identificação se deveu ao fato de que:

A racionalidade preventivista (como teoria generalista) defende a tese de que não existe crise social, mas inadequada distribuição de recursos, falta de educação e má vontade política; tenta modificar toda uma situação caótica sem transformá-la, negando desta forma o problema fundamental (CORDON & GARRAFA, 1991, p. 14-15)

A prevenção assim concebida resultou em uma prática onerosa, excludente, individualista e dependente da tecnologia, que não era acessível nem à maioria da população e nem aos profissionais da área.

No entanto, um grupo minoritário dentro da categoria profissional continuou a defender a prevenção como prática engajada ideologicamente, com uma:

visão mais integral e politicamente comprometida da prática odontológica e por conseguinte da própria prevenção, que tomava como ponto de partida as reais necessidades da sociedade e através de ações multidisciplinares e economicamente determinadas, desenvolviam métodos coletivos de evitar o aparecimento dos problemas o mais precocemente possível, tomando em consideração as características sociais, econômicas, biológicas, culturais e psicológicas da sociedade como um todo concreto (CORDON & GARRAFA, 1991, p.11-12).

Tanto essa possibilidade de prática da odontologia como a prevenção não era reconhecida pela maioria da categoria profissional. E seus objetivos eram contraditórios: melhoravam as condições de saúde da população e preservavam a força de trabalho apta para as suas funções.

O que se pretende problematizar é que o diagnóstico (formulado pelos trinta e seis (36) representantes das dezoito (18) faculdades latino-americanas, convocadas para o Primeiro Seminário, acrescido dos cinquenta e seis (56) participantes observadores de quinze (15) países e de quinze (15) pessoas envolvidas, diretamente, com a organização do evento) não era compartilhado pelos demais agentes do campo⁷³. Da mesma forma que não o foram as alternativas de atuação construídas pela categoria profissional a partir de conceitos aparentemente consensuais. Residia, aí, a dificuldade de implantação das propostas de “inovação” do ensino da odontologia no Brasil. Da proposta de inovação fora excluído o componente político, aparecendo apenas o pedagógico; no entanto, o que se colocava era uma disputa de modelo de atenção⁷⁴ na odontologia. Claro, o modelo de atenção defendido pela Fundação Kellogg não

⁷³ A alusão numérica aos participantes do Primeiro Seminário não tem o caráter de desmerecer, quantitativamente, o trabalho do grupo, mas o de informar e enfatizar que era um grupo restrito de docentes das faculdades de odontologia - participantes ou observadores que se sentiram convencidos e atraídos pela proposta da odontologia preventiva. A relação nominal e por país dos participantes pode ser encontrada nas páginas 331 a 338 do documento. Do Brasil participaram três profissionais: Paulino Guimarães Júnior, Alfredo Reis Viegas e Yvette Reis Viegas, todos de unidades de ensino de São Paulo e o Prof. Mário Chaves, representante da OMS e coordenador do Primeiro Seminário.

⁷⁴ Entende-se por modelo de atenção em saúde “a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde. Envolve as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho” (REDE UNIDA, 2005).

tinha a pretensão do modelo apontado no texto de Cordon e Garrafa (1991).

Em relação ao plano de estudo, o Informe recomendava a uniformização da duração mínima dos cursos de odontologia, bem como a dos conteúdos e nomes das disciplinas. Recomendava que o aluno entrasse em contato, o mais cedo possível, com a “realidade” da prática odontológica. Esta recomendação foi traduzida por contato o mais precoce possível com o paciente, acentuando o aspecto prático da formação.

Uma preocupação que perpassava todo o documento era a relação entre as matérias básicas com as clínicas; apresentava como solução um docente que dominasse o conteúdo desses grupos de matérias e que seria o responsável por fazer a “ponte”, visando à integração dos conteúdos. Uma das deficiências apontadas, que resultava na dificuldade de relacionar os conteúdos básicos com os clínicos, era a centralidade no tratamento, em detrimento do diagnóstico, nos cursos de odontologia. Para se realizar o diagnóstico em odontologia, assim como em toda a área da saúde, é imprescindível o domínio do conhecimento ministrado nas matérias básicas. O documento registra que o “objetivo básico da educação é ensinar ao estudante a pensar e a raciocinar de forma lógica e equilibrada” (OPAS, 1963, p. 320). Ao privilegiar o tratamento das doenças como fulcro dos cursos de odontologia, criou-se um ensino baseado na ênfase do fazer em detrimento do pensar.

O Informe recomendava, também, a criação de uma “clínica

integrada”, onde o aluno pudesse executar um tratamento completo no paciente, ou seja, o planejamento e execução de um plano de tratamento integral, que seria apresentado, primeiramente, a uma “junta de professores” de diferentes especialidades, para apreciação. A recomendação procurava superar a crítica da fragmentação na formação do profissional.

Considerava como matérias fundamentais para a formação de um dentista geral: a operatória dental, a periodontia (que deveria ser ministrada majoritariamente por um clínico), o diagnóstico oral e o plano de tratamento e odontologia preventiva. Sobre a última, recomendava: “É necessário incluí-la no plano de estudo como matéria à parte. Ademais, se infiltrará e se coordenará com os programas das diferentes matérias odontológicas. Para isso deverá criar nos professores uma verdadeira consciência preventiva” (OPAS, 1963, p.323). Sugeria intensificar o ensino da saúde pública, bioestatística, psicologia aplicada à odontologia, odontologia preventiva, odontologia legal e legislação odontológica. Com a inclusão dessas disciplinas se pretendia ampliar a possibilidade de atuação do profissional, tornando-o mais susceptível a atuar na comunidade, criando nele a chamada “consciência preventivista”. O que a história nos mostra é que este objetivo não foi alcançado com a introdução de algumas dessas matérias no currículo dos cursos de odontologia no Brasil.

Em uma visão geral, as recomendações do Primeiro Seminário não avançaram muito em relação ao documento do Comitê de Expertos. O

documento elaborado pelo Comitê era mais rico no detalhamento dos cursos de odontologia (Quadro 2.1), no que se refere a carga horária, seqüência de disciplinas, relação professor/aluno, entre outros. No documento do Comitê, o curso de odontologia estava materializado nas suas recomendações, nos objetivos estabelecidos, na metodologia sugerida, enquanto que, no Primeiro Seminário, apontava para o aprofundamento dessas questões nos eventos que se seguiriam.

A recomendação geral, bem como todas as outras formuladas pelos organismos internacionais pertinentes à área da saúde pública, esbarrou em uma situação específica da realidade brasileira: a estrutura administrativa do Estado. Em 1930, foram criados dois ministérios com atuação na área da saúde e atribuições bem distintas: o Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Ao primeiro, couberam as ações mais pertinentes à saúde pública e, supõe-se, pela sua proximidade administrativa, à formação dos recursos humanos na área. Ao segundo coube, inclusive, orientar e supervisionar a Previdência Social, criada pela junção dos IAP, que prestavam assistência médica aos seus segurados, atribuição que a nova instituição continuou exercendo. Essa dualidade administrativa prevaleceu até 1988, quando as ações de saúde (promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e a ordenação de recursos humanos) passaram a ser atribuição exclusiva do Ministério da Saúde. Na prática, havia

um ministério que discutia e assinava as recomendações internacionais sobre a formação de recursos humanos na área da saúde, e um outro que empregava os profissionais dentro de política e racionalidade muito distintas do que vinha sendo discutido como tendência no campo.

Em 1966, os IAP foram substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), resultando na uniformização dos benefícios, que eram bastante diferenciados, entre os diferentes institutos, de acordo com a categoria profissional à qual estavam ligados. A criação do INPS se constituiu em um marco na consolidação do modelo médico-assistencial privatista. Este modelo privilegiou:

uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços. (MENDES, 1995, p22).

Este modelo de atenção foi o que na realidade corroborou o sistema formador de recursos humanos em saúde. Suas características são as mesmas atribuídas e combatidas no sistema formador: curativo, individual, assistencialista, especializado e orientado em termos de lucratividade. Este modelo

Dada a sua concomitância com o período do “milagre econômico” e com a situação de estabilidade autoritária, consolidou-se pela ação solidária dos atores relevantes, a tecnoburocracia estatal, os produtores de serviços e de bens médicos, aliados em anéis burocráticos e pela contínua expansão da clientela previdenciária (*idem*, p.23).

A expansão da clientela previdenciária significava, também, expressivo aumento na arrecadação do INPS, dando-lhe autonomia financeira para implementar ações de seu interesse. Autonomia financeira que o Ministério da Saúde não tinha, já que o seu orçamento provinha apenas dos cofres da União e a sua distribuição seguia o das prioridades estabelecidas pelos governos.

3.1.4. Segundo Seminário Latino Americano Sobre o Ensino da Odontologia⁷⁵.

O Segundo Seminário sobre o Ensino da Odontologia aconteceu no México, no período de 18 a 24 de outubro de 1964. Foram convidados pela Oficina Sanitária Pan-Americana a participarem do evento professores das escolas ou faculdades de odontologia das seguintes universidades: de Costa Rica, de Cuba, de El Salvador, da Guatemala, do Haiti, de Honduras, do México, da Nicarágua, de Porto Rico e da República Dominicana. Participaram como observadores professores indicados pela ALAFO da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Participaram, também, delegados da Federação Dentária Internacional (FDI), da Associação Americana de Escolas de Odontologia e, também, da ALAFO. Ao todo, professores de 30 países participaram do

Segundo Seminário (OPAS, 1965). No Primeiro Seminário, houve a participação de professores de 20 países (OPAS, 1963), o que mostra o incremento no número de países participantes, bem como no da delegação de cada país.

Os temas discutidos durante o Segundo Seminário foram: 1) educação universitária pré-profissional, 2) condições físicas de uma escola ou faculdade de odontologia, 3) organização da faculdade ou escola de odontologia, 4) correlação entre as ciências básicas e as clínicas e 5) aspectos preventivos e sociais da odontologia.

No relatório final do evento encontra-se a definição de educação universitária pré-profissional formulada pela Oficina Sanitária Pan-Americana e que orientara as discussões. Essa educação era entendida como “a preparação correspondente a um período compreendido entre o ensino secundário e o começo da carreira propriamente dita” (OPAS, 1965, p.301). Voltando ao Primeiro Seminário, entre as recomendações sobre a seleção de estudantes para os cursos de odontologia, pode-se encontrar o seguinte:

Os atuais planos de estudos do ensino secundário padecem de sérias deficiências e como conseqüência, as comissões consideram conveniente um ano de estudos pre-dentais para melhorar a preparação e seleção de estudantes, sempre que não se aumentem os anos de estudos. O possível meio de seleção de estudantes, deve ser estabelecido por cada faculdade. Há um risco de que o aumento dos anos de estudos possa reduzir o número de candidatos ao ingresso nas faculdades de odontologia, e, por essa razão, se crê que a introdução de um ano de estudos pre-dentais é conveniente sempre e quando não se produza um aumento na duração dos estudos

⁷⁵ Este documento passará a ser referido como Segundo Seminário.

(OPAS, 1963, p. 327-328)

Os participantes do Primeiro Seminário demonstram muita cautela nessa recomendação, fato que a princípio não a qualificaria a se constituir em um tema para o próximo seminário. O apêndice, com os dados da avaliação do evento pelos participantes, traz um item sobre sugestões para o próximo seminário a ser escolhido em uma lista de dez temas, dentre eles o ensino pré-odontológico, que ficou entre os cinco escolhidos. Os seminários eram destinados a determinados grupos de países, mas tiveram uma seqüência de assuntos que foram sendo desencadeados pelos participantes, o que pressupunha a necessidade de acompanhamento dos três eventos. A eleição de grupos de professores de determinados países tinha um conotação apenas estratégica.

Não havia nenhum país com experiência nos estudos pré-odontológicos, no entanto, os participantes acharam que eles deveriam ser realizados. A realização de estudos pré-odontológicos havia sido uma recomendação do Comitê de Expertos, conforme já se comentou aqui. Não houve consenso entre o tempo de sua duração, as matérias que deveriam compô-los, se a responsabilidade de ministrá-los seria do curso ou da universidade. Enfim, foram levantados muito mais problemas decorrentes dessa proposta do que estratégias para viabilizá-la.

As instituições de ensino odontológico foram pensadas dentro de uma universidade, os participantes do seminário não conceberam a existência de

escolas de odontologia isoladas, como acontecia na realidade brasileira.

Segundo levantamento realizado por Galvão Neto (1990), até o final da década de 1960, havia no Brasil 44 instituições de ensino odontológico; destas, 70,4% (31) faziam parte de uma instituição universitária federal, estadual, municipal ou privada, enquanto as restantes 29,5% eram instituições isoladas. Sobre a organização de uma faculdade de odontologia o Segundo Seminário recomendava que ela fosse dividida em departamentos, por entender que: “este método agrupa em forma correlacionada o material de ensino e o controle administrativo” (OPAS, 1965, p.305). Foi uma medida racionalizadora dos recursos, tão em voga na teoria de planejamento normativo, que vigorava na época. Prosseguem afirmando:

Fundando-se no princípio de coordenação e integração do ensino, se facilita a coordenação da investigação, e das observações e levantamentos necessários ao ensino, a correlação entre ciências básicas e clínicas, os projetos de intercâmbio no plano de estudos e nos métodos de ensino. Deve haver meios adequados de coordenação e controle de atividades, por exemplo, um conselho técnico ou comitê central constituído pelos chefes de Departamento, uma comissão de investigação, uma comissão de ensino, etc. (idem)

Um dos pontos de maior controvérsia durante os trabalhos do grupo foi a carga horária contratual do docente e a necessidade de exclusividade à docência. As discussões revelam uma prática docente na odontologia, onde se concilia o tempo com as atividades de proporcionam “outras fontes de ingresso econômico”, por múltiplas razões (e as mais apontadas eram os poucos salários recebidos por aqueles que se dedicavam somente à docência). Um dos pontos

discutidos foi a necessidade de implantação da carreira docente e o estímulo a uma forma de remuneração que privilegiasse o tempo dedicado à docência e à titulação (OPAS, 1965).

No Segundo Seminário não houve avanços muito significativos em relação ao Primeiro na construção de uma proposta mais concreta para o ensino da odontologia. Se no Primeiro Seminário as questões discutidas foram mais conceituais, as do Segundo Seminário foram mais operacionais, inclusive pela pauta proposta. No entanto, manteve a sua função estratégica de mobilização dos docentes, discutindo e formulando conclusões gerais acerca do ensino da odontologia.

A metodologia aprovada pelos coordenadores dos seminários de pautas, distintas para cada evento, implicava a necessidade de um desdobramento das discussões em nível regional, não só dos países participantes dos seminários como de toda a região. Neste sentido, tanto a ALAFO como as associações nacionais das instituições de ensino da odontologia tiveram um papel fundamental na divulgação das recomendações do seminário.

3.1.5. Terceiro Seminário Latino Americano Sobre o Ensino da Odontologia.

O Terceiro Seminário aconteceu em Petrópolis, no Rio de Janeiro, em 1966. Os temas do evento foram: a) desenvolvimento das bibliotecas e aumento do uso da literatura na odontologia; b) treinamento de pessoal auxiliar nas faculdades de odontologia; c) educação após a graduação na faculdade de

odontologia; d) papel da investigação nas faculdades de odontologia.

Sobre as bibliotecas, os participantes concluíram que o material bibliográfico deveria contemplar as necessidades do curso, e ser adquirido a partir da solicitação dos responsáveis pelo ensino e a pesquisa na instituição. O incentivo ao uso da biblioteca era uma forma, segundo as recomendações discutidas, de “ensinar ao estudante o raciocínio científico” e prepará-lo como leitor, reduzindo, assim, “o emprego de métodos poucos desejáveis”, tais como os apontamentos e apostilas (TERCER SEMINARIO SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGIA, 1968, p.22).

A escassez de material bibliográfico nas instituições de ensino na América Latina já era um problema detectado pela OPAS e a Fundação Kellogg, que estabeleceram programas específicos de tradução e distribuição de obras básicas, como já se discutiu anteriormente. No Relatório da Diretoria da ABENO, em 1970, encontra-se como um dos pleitos da instituição à Fundação Kellogg o subsídio para “conseguir uma pequena biblioteca básica, para cada uma das escolas brasileiras” (BOL. ABENO, 1970, p.52).

Ainda nesse tema, os participantes foram levados a refletir sobre a qualidade das publicações na área da odontologia, concluindo que, além de terem pouca qualidade, elas padeciam de falta de periodicidade. Foram levados, também, a refletir sobre as características de um editor científico. Manuseando os períodos “científicos”, principalmente da década de 1960, de algumas

universidades latino-americanas, nota-se que lembram muito os almanaques da época, devido à diversidade de assuntos abordados: das pesquisas aos eventos sociais e à quantidade de anúncios publicitários. Por isso, conclui-se que a inclusão desses temas para a reflexão dos participantes do evento teve como objetivo suscitar a necessidade de pensar as publicações odontológicas da época, tanto quanto à forma, como ao conteúdo. Foi recomendada, assim, a necessidade de estabelecer normas comuns de publicação para os periódicos nacionais. Com estas recomendações, se estabelecia a necessidade de um padrão de comunicação científica entre os membros, o que reforçaria a representação social do atributo de uma profissão, que Larson (*apud* Carvalho, 2003) chama de superioridade cognitiva, reafirmando a necessidade da formação distinta de seus membros.

Os integrantes do seminário reconheciam a necessidade de formação de um número maior de cirurgião-dentista e de pessoal auxiliar para a odontologia. No entanto, não discutiram uma tendência que já vinha se estabelecendo no Brasil e em toda a América Latina: a má distribuição geográfica dos profissionais, que se estabeleciam preferencialmente nos grandes centros urbanos.

No documento da OPAS (1966), onde se relatam “feitos que revelam progresso⁷⁶” em relação às metas da Carta de Punta del Este, encontra-se menção aos dois seminários, de 1963 e 1965, além de levantamentos, que

antecederam os eventos, sobre as condições de ensino de odontologia. Com base no levantamento realizado nas escolas de odontologia brasileiras, em 1959, foi realizada uma estimativa para 1964, onde relatam uma razão de 2,7 CD para um grupo de 10.000 habitantes, mais favorável do que a encontrada na América Latina, que foi de 2,3 para cada grupo de 10.000 habitantes. Este documento afirma que “existe a oportunidade de melhorar a educação odontológica e ampliar as escolas para formar um maior número de dentistas” (OPAS, 1966, p.34), sem mencionar, como de praxe, aonde o aumento seria considerado salutar.

No Brasil, a ABENO havia se manifestado contrária à abertura de novas escolas, até que as precárias condições de ensino fossem resolvidas, uma vez que o número de vagas era suficiente para cobrir a demanda:

na maioria das faculdades, se a solicitação foi superior ao número de vagas, a aprovação foi inferior. Os números mostram ser a proporção dos estudantes que com preparo adequado se candidatam ao curso de odontologia insuficiente para preencher as vagas atualmente existentes, as quais, portanto, são satisfatórias em quantidade. De fato, para 1.820 vagas nas trinta e duas faculdades em funcionamento, a média anual de matrículas foi de 1.581,5, o que representa um saldo anual de, em média, 238,5 vagas (GUIMARÃES, Jr, 1961, p37).

Em relação à utilização dos recursos humanos auxiliares, os participantes do Terceiro Seminário aventaram as tarefas a serem delegadas, sem, contudo, chegar-se a um consenso. No entanto, a necessidade de supervisão direta do trabalho do pessoal auxiliar pelo cirurgião-dentista foi

⁷⁶ O documento é intitulado “*Hechos que revelan progreso*”.

unânime. Recomendou-se que a formação do pessoal auxiliar se desse dentro das instituições de ensino odontológico, situação que, para os participantes, favoreceria o aprendizado do aluno, além de racionalizar o tempo e o espaço de formação.

As recomendações sobre a incorporação de pessoal auxiliar na odontologia começaram a aparecer nos documentos oficiais da OPAS e da Fundação Kellogg no início da década de 1960. Na década de 1970, a Fundação deu início às subvenções para os projetos de ensino e serviço que incorporassem essa função, incentivando os programas a partir da concepção da odontologia simplificada, constituindo um dos seus tripés: a desmonopolização do saber⁷⁷. A utilização de pessoal auxiliar na área da saúde tomou maior impulso com a Declaração de Alma-Ata em 1978.

Chaves (1977) considerou a utilização de pessoal auxiliar com diferentes formações e função na odontologia como um sinal de “evolução” da profissão. No entanto, esta prática enfrentou muita resistência e acaloradas manifestações contrárias junto à categoria profissional. A incorporação, no Brasil, principalmente do Técnico de Higiene Dental (THD), se restringiu a poucos serviços públicos de odontologia, dentre eles os de Porto Alegre, Belo Horizonte, algumas prefeituras do Estado de São Paulo, Distrito Federal e Goiás.

⁷⁷ A desmonopolização do saber era um aspecto da prática da odontologia simplificada que se contrapunha à prática hegemônica. Nesta última, todas as ações da odontologia deviam ser executadas pelo cirurgião-dentista. A odontologia simplificada defendia a utilização de pessoal auxiliar para ampliar a cobertura nas ações educativas, preventivas e algumas atividades curativas, consideradas reversíveis. Propunha também utilizar os recursos humanos e o conhecimento sobre práticas de saúde dos grupos populacionais.

Na década de 1980, o Estado de Goiás se destacou com a implantação do Projeto Dente-São, destinado ao atendimento a escolares da rede oficial de ensino, que formou e utilizou expressivo número de THD. A responsabilidade pela formação deste recurso humano não foi assumida, no Brasil, pelas instituições de ensino odontológico, salvo as que foram beneficiadas por subvenções da Fundação Kellogg para tal finalidade, dentre elas, a PUC de Minas Gerais. Os serviços que utilizam esses recursos humanos tiveram que assumir a responsabilidade pela sua formação em serviço, recorrendo às prerrogativas legais para a formação de técnicos de nível médio.

Como estratégia de formação, principalmente do docente, foi referendada a criação dos centros regionais, a exemplo do criado na USP, em 1958, que visava à formação do especialista em saúde pública. Esses centros deveriam ser criados nas instituições com condições estruturais para comportá-los. As áreas consideradas prioritárias para formação foram: saúde pública, odontopediatria e dentística. Em 1966, havia na América Latina dez escolas de saúde pública, sendo três no Brasil, as restantes na Argentina, Colômbia, Chile, México, Peru, Porto Rico e Venezuela (OPAS, 1966).

Em 1968, foi criado o Curso Latino-Americano em Odontologia Preventiva e Social em Medellin, na Colômbia. Este curso tinha como objetivo promover a formação de “agentes de um processo de mudança por difusão” (Santos, 1968, p.2). Um dos objetivos específicos anunciados era “treinar os

bolsistas sobre os objetivos, organização e métodos de trabalho de um Departamento de Odontologia Preventiva e Social” (*idem*), idéia defendida por Philip Blackerby, Jr, Diretor Geral Adjunto da Fundação Kellogg, desde 1963. Nesta data, foi publicado no *Journal of Dental Education* artigo que defendia a criação de um departamento de odontologia social nas instituições de ensino odontológico, com a finalidade de “reforçar o ensino da saúde pública e outros temas de significação social” nos currículos. O artigo foi traduzido para o espanhol e publicado como texto de apoio nos Anais do Segundo Seminário, em 1965.

Em 1973, sob os auspícios da OPAS/OMS e da Fundação Kellogg, foi criado o Curso Latino-Americano de Odontopediatria e Periodontia Social, na Universidade de Illinois. Este curso formou vários profissionais, que posteriormente implantaram programas de saúde em seus países de origem a partir dos conhecimentos ali divulgados (ESCOBAR, 1988⁷⁸).

Utilizando expressão de Santos (1968), o Terceiro Seminário cumpriu a função de agente de um “processo de mudança por difusão”. No evento, foram apresentados para discussão vários pontos do ideário da Fundação Kellogg: a utilização e formação de pessoal auxiliar, a formação docente, a pesquisa como instrumento de leitura da realidade para sua transformação. Serviu, principalmente, para suscitar necessidades de mudança, visando à inovação do

⁷⁸ O evento foi patrocinado pela Fundação Kellogg para marcar os 15 anos de criação desses cursos e uma de suas atividades foi a apresentação dos ex-alunos acerca das experiências desenvolvidas em seus países de

ensino da odontologia, e de parcerias para otimizar os recursos regionais.

Os três seminários sobre o ensino de odontologia cumpriram os seus propósitos. Conseguiram mobilizar alguns cursos de odontologia para desenvolver experiências de inovação na formação de recursos humanos. Produziram dados sobre as condições de ensino da odontologia. No caso do Brasil, possibilitaram a criação de um currículo mais ampliado para a formação profissional, a partir das sugestões apresentadas ao Conselho Federal de Educação, que passa a ter atribuições, após a implantação da Lei e Bases da Educação, instituída em 1961, o que será discutido no próximo item.

3.2. O currículo mínimo do curso de odontologia de em 1962

A ABENO formulou a proposta de currículo para os cursos de odontologia para mudar o ensino da odontologia, tendo como princípios norteadores o “exame das reais condições de funcionamento da totalidade das faculdades de odontologia brasileiras, demonstradas pelos dados do ‘levantamento’ realizado pela ABENO, com a colaboração da CAPES, em novembro de 1959” (GUIMARÃES JR, 1962, p.19)⁷⁹.

origem.

⁷⁹ A proposta a ser apresentada foi publicada por Paulino Guimarães, Jr, no Boletim da ABENO de número 4, no ano de 1962, intitulado *Estudo para a reestruturação do currículo das faculdades de odontologia do Brasil*. Portanto, anterior à realização do Primeiro Seminário e no mesmo ano em que foi publicado o Informe do Comitê de Expertos em Higiene Dental. No título, chama a seguinte nota explicativa: “O presente ‘estudo’ está apoiado nas diretrizes estabelecidas pelos diversos ‘grupos’ dos ‘Encontros Regionais de Educadores Brasileiros’, realizados em dezembro de 1960, bem como nas definições firmadas por um grupo de professores de odontologia que, representando as diversas regiões do País, reuniu-se em Monguaguá (Praia Grande), no Estado de São Paulo, em 1961 (GUIMARÃES JR, 1962, p.19). A fala do autor dá a entender que a ABENO está se adiantando às possíveis solicitações de mudança no currículo de odontologia. Em dezembro de 1961, foi

A ABENO defendia uma padronização curricular como medida imediata a ser tomada, tendo em vista a diversidade de disciplinas que compunham o currículo dos cursos, expressa na denominação das disciplinas e nos conteúdos das disciplinas homônimas. Por isso, propunha “conceituar com precisão as diferentes disciplinas, localizando-as no currículo em função das necessidades da formação profissional” (GUIMARÃES Jr, 1961, p.42).

Guimarães Jr (1962) foi favorável à adoção do currículo mínimo, como previa a LDB de 1961, por entender que a formação do cirurgião-dentista requeria “a convergência de um certo número de conhecimentos que, em conjunto, constituem o cabedal necessário ao exercício de suas funções ou tarefas específicas”. O currículo seguido pelos cursos de odontologia, em 1962, tinha 30 anos de vigência e, segundo o autor, apresentava problemas de conjugação de matérias de ensino diferentes, desdobramento de matéria única e designações obsoletas (GUIMARÃES JR, 1962, p.21). O currículo do curso de odontologia então vigente no País tinha 12 disciplinas e o proposto pela ABENO passaria a ter 21, mais um estágio de 350 horas em policlínica (Quadro 3.2).

No levantamento realizado em 1959, constatou-se que apenas 12 das 32 faculdades pesquisadas (37,5%) seguiam o currículo de 1931, tal como

instituída a Lei nº 4.024 de 20/12/1961 que fixava as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). O artigo 70 da referida lei estatui que “O currículo mínimo e a duração dos cursos que habilitem à obtenção de diploma capaz de assegurar privilégios para o exercício profissão liberal será fixado pelo Conselho Federal de Educação” (DOCUMENTA, 1963, p.82). Portanto, já estava acenada, no cenário nacional, a necessidade de articulação do campo, para fazer com que os estudos para a reformulação dos cursos de odontologia discutidos internacionalmente pudessem ser implantados no Brasil. Foram responsáveis pela elaboração desta proposta os seguintes professores: Ailton Gondin Lóssio, Cláudio Ferreira de Mello, Hélio de Senna Figueiredo, Octávio Della Serra, Sylvio Bevilacqua, além do autor do texto.

proposto. A grande maioria das faculdades tinha se valido da autonomia didática prevista no decreto nº 20.179, de 6 de julho de 1931 e ministravam cursos com duração de quatro anos, com disciplinas para além do instituído. Portanto, contingente considerável de faculdades estaria apenas legalizando uma situação real. “O trabalho de modificação e ampliação de currículo fôra, porém, realizado de forma isolada. Não tendo obedecido a planejamento, não atendeu a normas gerais, necessárias a um enquadramento no âmbito nacional” (GUIMARÃES JR, 1961, p.18). Portanto, o que estava sendo proposto era a necessidade de padronização dos cursos de odontologia, como recomendado desde a década de 1950, a partir de um perfil “nacionalmente” desejado. Esta proposta é um paradoxo, tendo em vista que as recomendações dos órgãos financiadores da mudança sobre a formação de recursos humanos para a saúde a partir das necessidades locais, da cultura local, tinha que ser uniforme!

O que realmente era precário eram as condições materiais dos cursos, evidenciando a carência e o despreparo do corpo docente. As condições nas quais eram ministrados não seriam resolvidas com a adoção de um currículo mínimo padronizado. Foram “resolvidos” por outros meios. O incentivo ao desenvolvimento dos cursos de pós-graduação seria possível desde que o ensino da graduação estivesse estruturado (GUIMARÃES JR, 1962). A proposta de formação docente era uma prioridade para a ABENO – e os seus parceiros – e havia um incentivo dos órgãos financiadores para que ela fosse realizada, no

mínimo, no país de origem dos pretendentes. A partir da dotação dos acordos tripartites que mantinha, a ABENO repassava os recursos financeiros aos cursos de odontologia para a execução das melhorias nas condições físicas das unidades de ensino que se propusessem a se estruturar para ministrar os cursos de pós-graduação, mas não em detrimento da graduação. Isso fazia parte da estratégia de criação dos centros de treinamento regional para os docentes da Fundação Kellogg e da OPAS e, posteriormente, do incentivo para a criação dos departamentos de odontologia social.

A LDB de 1961, no artigo 72, previa que o ano letivo deveria ter, no mínimo, 180 dias, excluídos os destinados à avaliação do aproveitamento escolar. A ABENO propunha que esses 180 dias fossem integralizados em 720 horas, com quatro horas diárias. Na justificativa acerca das quatro horas diárias de atividades do aluno, foi levada em conta a precariedade das instalações e da aparelhagem das faculdades. Organizar o curso em turnos permitiria o desdobramento das turmas, para poderem cumprir os quatro anos letivos, no total de 2.800 horas mínimas para o curso de graduação, sem prejuízo do aprendizado do aluno (GUIMARÃES JR, 1962)..

No Quadro 11 pode-se notar a preocupação com o equilíbrio na distribuição das disciplinas, contemplando conteúdos relacionados ao diagnóstico oral e à odontologia social. O autor preocupou-se, também, com o equilíbrio na distribuição das horas do curso para cada ano letivo, com a

seqüência das disciplinas e o seu desdobramento ao longo do curso. O equilíbrio dos conteúdos em relação ao objetivo do curso era entendido como integração, quando aliado ao ensino interdisciplinar:

Fundamentalmente ensino integrado significa equilibrado e ensino interdisciplinar. Por ensino equilibrado deve-se entender uma distribuição de carga horária disciplinar obedecendo à significação que cada disciplina – de dado currículo – tem para serem alcançados os objetivos perseguidos, e não segundo a sua importância no cenário científico e tecnológico. Ensino interdisciplinar significa a participação de várias disciplinas, que, segundo a sua natureza, são chamadas a participar destes ou daqueles núcleos abrangentes, dentro da filosofia educacional do ‘*core curriculum*’ (GUIMARÃES Jr, 1970, p 28).

Quadro 11

Distribuição de hora/aluno por disciplina proposta pela ABENO em 1962 para um curso com duração de 2.800 horas

SÉRIE	PERÍODOS	DISCIPLINAS	H.T.	H.P.	%HP	TOTAL	%THC	
1 ^a	2	Anatomia { Geral	25	60	75,0	160	6,0	
		{ Buco dental	15	60				
	2	Histologia { Geral	25	50	70,0	150	5,5	
		{ Buco dental	10	45				
	2	Embriologia { Geral	5	10	5	5		
			{ Buco dental	5				5
2	Fisiologia Geral	40	80	66,5	120	-		
2	Materiais Dentários	30	130	81,0	160	6,0		
1 (2º período)	Odontologia Social (noções de bioestatística)	30	80	72,0	110	-		
Total de horas da 1ª série						700		
2 ^a	1 (1º período)	Fisiologia especial	20	40	66,5	60	-	
	1 (1º período)	Microbiologia	20	40	66,5	60	2,0	
	1 (1º período)	Patologia { Geral	25	60	73,5	150	5,5	
			{ Buco dental	15				50
	2	Técnica de Dentística Restauradora e Endodontia	30	140	82,5	170	-	
	1 (2º período)	Clínica Odonto - Estomatológica	-Diagnóstico Oral,	10	25	75,0	120	-
			- Radiologia,	10	50			
			- - Terapêutica e suas bases farmacol.	10	15			
1	Ortodontia (Diagnóstico e Ortodontia preventiva) (Laboratório e clínica)	10	70	87,0	80	3,0		
1 (2º período)	Odontologia Social	10	50	83,0	60	-		
Total de horas da 2ª série						700		
3 ^a	2	Dentística Restauradora-Endodontia (Clínica)	10	150	94,0	160	-	
	2	Técnica de Prótese Dental (Parcial ‘fixa						

		e removível' e Total) (Laboratório)	30	200	87,5	230	-	
	2	Odontopediatria (Clínica)	15	105	87,5	120	4,0	
	2	Clínica Odonto-estomatológica (Periodontia)	15	105	87,5	120	-	
	1 (2º período)	Odontologia Social	10	60	86,0	70	-	
	Total de horas da 3ª série						700	
4ª	1 (1º período)	Cirurgia Buco-Maxilar (Técnica e Clínica)	10	120	92,5	130	4,5	
	1 (1º período)	Prótese dental – Parcial 'fixa e removível' e Total (Clínica)	-	140	100	140	-	
	1 (1º período)	Prótese Buco-Maxilo-Facial (Traumatologia) (laboratório e Clínica)	10	50	83,0	60	2,0	
	1 (1º período)	Legislação Odontológica-Deontologia	20	-	-	20	0,5	
	1 (2º período)	Estágio em policlínica		350	100,0	350	12,5	
	Total de horas da 4ª série						700	
Horas e percentagens das disciplinas distribuídas por mais de uma série								
1ª, 2ª	Fisiologia		60	120	66,5	180	6,5	
1ª, 2ª, 3ª	Odontologia Social		50	190	79,0	240	8,5	
2ª, 3ª	Dentística restauradora –Endodontia		40	290	88,0	330	12,0	
2ª, 3ª	Clínica odonto- Estomatológica		45	195	81,0	240	8,5	
3ª, 4ª	Prótese Dental		30	340	90,0	370	13,0	
TOTAL GERAL DO CURRÍCULO						2.800	100	
Legenda: HT = Número de horas de aula teórica 'per capita' %HP = Percentagem de horas de aula prática 'per capita' %THC = Percentagem de horas da matéria sobre o total de horas do currículo HP = Número de horas de aula prática 'per capita'								

Fonte: Bol. ABENO, São Paulo 4(2): 28-29, out. 1962.

Foi proposto, também, para os que se encontravam mais bem estruturados, a alternativa para a ampliação da duração dos cursos para 4.200 horas (Quadro 12). Vale ressaltar que, em 1940, o Conselho de Odontologia dos Estados Unidos publicara os critérios de aprovação de uma escola de odontologia, estabelecendo que o curso devesse ter a duração de quatro anos com o mínimo de 3.800 horas e, no máximo, de 4.400 horas (MANN, 1963). A proposta de um curso com duração de 2.200 horas se deu pelo conhecimento da precariedade com que eram ministrados no Brasil, no entanto, estimulando para que se alcançasse uma situação mais desejável com as 4.200 horas. Os cursos que pudessem ser ministrados dentro desta carga horária total deveriam

contemplar os estudos orientados:

A obrigatoriedade da introdução do ‘estudo orientado’ nos institutos que já ultrapassaram o estágio mínimo do ensino é justificada pelas vantagens que advêm da aquisição do conhecimento realizada sob a supervisão de elemento docente qualificado, usados, simultaneamente, as instalações de laboratórios, a biblioteca e demais recursos que pode oferecer a faculdade. É no decorrer das horas de estudo orientado que poderão ser programados os ‘seminários’, os debates e os ‘simpósios’ entre estudantes e docentes, durante os quais terão oportunidade de se revelar as vocações para pesquisa e docência, tão necessárias ao desenvolvimento do país (GUIMARÃES JR, 1962,p.27).

Quadro 12

Distribuição de hora/aluno por disciplina proposta pela ABENO em 1962 para um curso com duração de currículo de 4.200 horas.

Série	Períodos	Disciplinas	H.T.	H.P.	HEOOP	Total	%THC
1 ^a	2	Anatomia = Geral e	25	70	50	250	6,0
		Buco dental	25	80			
	2	Histologia Geral	25	60	70,0	230	5,5
		Buco dental	10	50			
		Embriologia Geral	5	10			
	2	Buco dental	5	5			
		Fisiologia Geral	40	90	30	160	-
2	Materiais Dentários	40	180	30,0	250	6,0	
1(2 ^o período)	Odontologia Social (noções de bioestatística)	50	80	30,0	160	-	
TOTAL DE HORAS DA 1ª SÉRIE						1050	
2 ^a	1(1 ^a período)	Fisiologia especial	20	40	40	120	-
	1(1 ^a período)	Microbiologia	20	40	30	90	2,0
	1(1 ^a período)	Patologia { Geral { Buco dental	30	80	40	230	5,5
			20	60			
	2	Técnica de dentística Restauradora e Endodontia	30	150	20	200	-
	1(2 ^o período)	Clínica odonto- Estomatológica - Diagnóstico Oral - Radiologia - Terapêutica e suas bases farmacol.	15	35	20	180	-
			15	60			
			15	20			
1(2 ^o período)	Ortodontia	20	90	20	130	3,0	
1(2 ^o período)	Odontologia Social	20	60	20	100	-	
TOTAL DE HORAS DA 2ª SÉRIE						1050	
3 ^a	2	Dentística Restauradora-Endodontia (Clínica)	15	250	35	300	-
	2	Técnica de Prótese Dental (Parcial ‘fixa e removível’ e Total) (Laboratório)	40	240	20	300	-
	2	Odontopediatria (Clínica)	25	125	20	170	4,0
	2	Clínica Odonto – estomatológica (Periodontia)	15	150	15	180	-

	I(2º período)	Odontologia Social	10	80	10	100	-
	TOTAL DE HORAS DA 3ª SÉRIE					1050	
4	I(1º período)	Cirurgia Buço-Maxilar (Técnica e Clínica)	10	150	20	180	4,5
	I(1º período)	Prótese dental – Parcial ‘fixa e removível’ e Total (Clínica)	-	220	20	240	-
	I(1º período)	Prótese Buco-Maxilo-Facial (Traumatologia) (laboratório e Clínica)	10	70	10	90	2,0
	I(1º período)	Legislação Odontológica-Deontologia	20	-	-	20	0,5
	I(2º período)	Estágio em policlínica		-	-	520	12,5
	TOTAL DE HORAS DA 4ª SÉRIE					1050	
Horas e percentagens das disciplinas distribuídas por mais de uma série							
	1ª, 2ª	Fisiologia	60	150	70	280	6,5
	1ª, 2ª, 3ª	Odontologia Social	70	230	60	360	8,5
	2ª, 3ª	Dentística restauradora –Endodontia	45	400	55	500	12,0
	2ª, 3ª	Clínica odonto- Estomatológica	60	265	35	360	8,5
	3ª, 4ª	Prótese Dental	30	340	90,0	370	13,0
	TOTAL GERAL DO CURRÍCULO					4200	100,0
Legenda: HT = Número de horas de aula teórica ‘per capita’ HEOOP = Número de horas de Estudo Orientado e Orientação para a Pesquisa %THC = Percentagem de horas da matéria sobre o total de horas do currículo HP = Número de horas de aula prática ‘per capita’							

Fonte: Bol. ABENO, São Paulo 4(2): 30-31, out. 1962.

No Parecer nº 229, de 16 de novembro de 1962, do Conselho Federal de Educação, que fixa o currículo mínimo do curso de odontologia no Brasil, o relator Clóvis Salgado manifestava ter recebido sugestões da ABENO e de escolas de odontologia. Portanto, a ABENO não era o único agente do campo e, ao que parece, não foi o que teve o maior poder de convencimento dos legisladores.

O currículo aprovado pelo CFE não acatou as inovações propostas pelos organismos internacionais para os cursos de odontologia e encaminhadas pela ABENO. O curso de odontologia, a partir de 1962, passou a ter duração de quatro anos, sem, no entanto, ter a carga horária mínima estipulada. O currículo foi distribuído em dois ciclos, o básico e o profissional, rompendo com a idéia de integração. Foi facultado a cada escola de odontologia “estabelecer a maneira

de ministrar as disciplinas (seqüência, entrosamento, duração)” (DOCUMENTA nº 10, 1962). As propostas que vinham sendo construídas internacionalmente (a necessidade de estabelecer critérios mínimos) não foram acatadas pelo legislador. No Parecer não há uma exposição de motivos que justifique as medidas adotadas.

Cunha (1988) relata que a adoção dos ciclos básicos e profissionais na Reforma Universitária de 1968 teve inspiração nos *Colleges* norte-americanos, onde havia estudos introdutórios de assuntos gerais antes do início do estudo propedêutico. No entanto, a forma como foi adotado, principalmente na área da saúde, não contemplou a possibilidade de formação mais ampliada, mas foi adotada na perspectiva da racionalização de recursos. Discutia-se, na odontologia, que as matérias pré-clínicas – anatomia, fisiologia, farmacologia, microbiologia, entre outras – deveriam ter mais ligação com as matérias clínicas. Para que isto acontecesse essas disciplinas deveriam ser ministradas, preferencialmente, por cirurgiões-dentistas; desde que os cursos de odontologia eram anexos aos cursos de medicina essas disciplinas eram ministradas por médicos, que não conseguiam correlacioná-las à prática odontológica. O que se discutia, como conhecimento básico para a área da saúde, eram as disciplinas de biologia, química, bioquímica, estatística e uma língua estrangeira, contemplando a idéia dos *Colleges*.

O Parecer nº 299 estabeleceu um currículo mínimo de 14 matérias,

distribuídas em dois ciclos (Quadro 13). Cada escola poderia acrescentar matérias complementares, em caráter obrigatório ou facultativo (DOCUMENTA, 1962), como já acontecia. Na proposta de currículo apresentada pela ABENO havia a preocupação em se manter o equilíbrio entre os conteúdos a serem ministrados. Comparando os Quadros 11 e 12, apesar da carga horária ser o dobro no último quadro, a proporção entre as disciplinas distribuídas por mais de uma série permanecia a mesma. Na proposta da ABENO, não aparecia a dicotomia básico X profissional: esses conteúdos seriam ministrados concomitantemente.

Quadro 13

Currículo mínimo do curso de odontologia estabelecido pelo Parecer n° 299 de 16 de novembro de 1962, do CFE

MATÉRIAS	
Ciclo Básico	Ciclo Profissional
§ Anatomia, Histologia, Embriologia	§ Clínica Odontológica
§ Fisiologia	§ Cirurgia Odontológica
§ Microbiologia	§ Prótese Dentária
§ Patologia Geral e Buco-Dental	§ Prótese Buco-Maxilo-Facial
§ Farmacologia e Terapêutica	§ Ortodontia
§ Materiais Dentários	§ Higiene-Odontologia Preventiva
§ Dentística Operatória	§ Odontologia Legal e Deontologia

Fonte: Documenta n°10, dezembro de 1962, p.94.

Quadro 14

Relação das disciplinas propostas pela ABENO para comporem o currículo mínimo dos Cursos de Odontologia.

MATÉRIAS	
§	Anatomia – geral e buço-dental
§	Histologia – geral e buco-dental
§	Embriologia – geral e buco-dental
§	Fisiologia – geral e buco-dental

- § Materiais dentários
- § Odontologia social
- § Microbiologia
- § Patologia – geral e buco-dental
- § Dentística Restauradora
- § Endodontia
- § Diagnóstico oral
- § Radiologia
- § Terapêutica e suas bases farmacológicas
- § Periodontia
- § Prótese – fixa e removível
- § Ortodontia (preventiva)
- § Cirurgia buco-maxilar
- § Odontopediatria
- § Prótese-buco-maxilo-facial (traumatologia)
- § Legislação odontológica
- § Deontologia

FONTE: GUIMARÃES, JR. BOL. ABENO, 1962, p.23

O Parecer nº 299 foi construído a partir das matérias que habilitassem o profissional a desenvolver as “tarefas comuns da profissão”. Foi concebido, pensando em formar um cirurgião-dentista “policlínico que a sociedade brasileira está necessitando para ampliar, cada vez mais, a assistência dentária às populações” (DOCUMENTA, 1962, p.93). Neste sentido, as duas propostas se assemelham.

Tentando buscar uma hipótese que sustente a explicação de por que, nesse momento, não ficou estabelecida uma carga horária mínima para os cursos de odontologia no Brasil, é interessante notar o discurso do reitor da UFG, Prof. Colemar Natal e Silva. Em 1962, o autor afirmava que, até esse ano, das 33 faculdades de odontologia existentes no País, apenas 14 eram ligadas a universidades federais. O ensino da odontologia se concretizou com a presença marcante do ensino privado e, no final da década de 1950, as condições de

ensino nesta área foram consideradas insuficientes (NATAL e SILVA, 1962; FREITAS, 2001). As instalações físicas eram precárias. Pelos relatos da época, não havia possibilidade da prática efetiva dos alunos junto ao paciente, pois o número de equipamentos era insuficiente. As aulas práticas eram, na verdade, demonstrativas. As disciplinas que não se tornaram obrigatórias por meio do currículo mínimo foram, justamente, as que requereriam, para a sua realização, no mínimo uma adaptação das instituições. Esta afirmação também é válida para as disciplinas pré-clínicas.

Da mesma forma, algumas disciplinas sugeridas pela ABENO necessitariam de um docente cuja preparação deveria ir além da graduação. Por exemplo, odontologia social, patologia – geral e buco-dental, diagnóstico oral, radiologia, terapêutica e suas bases farmacológicas, periodontia, ortodontia (preventiva), odontopediatria, prótese-buco-maxilo-facial (traumatologia) (TABELA 3.2). Os recursos humanos não estavam disponíveis para assumir a docência nessas áreas. E não havia cursos de pós-graduação no País.

A formação em odontologia social, que compreendia formação em saúde pública e não só em higiene e prevenção, como a proposta do CFE, bem como em periodontia e odontopediatria, foi solucionada com a criação de cursos específicos. Eles foram criados via centro de treinamento, subvencionado pela Fundação Kellogg e OPAS, possibilitando conhecimentos básicos às ações primárias em saúde bucal.

O conhecimento da precariedade das condições de ensino de odontologia foi apresentado na IVª Reunião da ABENO (MEC, 1970), cujo documento apresenta a experiência de ensino integrado na Faculdade de Odontologia de Diamantina, no período de 1965 a 1969.

Nessa época [final da década de 1950], alguns educadores vinculados ao ensino médico tinham sua atenção voltada para uma experiência de ensino integrado que estava sendo realizada no Curso de Medicina da Universidade de Western Reserve.

Sensibilizada pelo problema, não podia a ABENO, ficar alheia à experiência americana (...) E, já em 1962, GUIMARÃES Jr, no correr do Primeiro Seminário Latino Americano sobre Ensino da Odontologia, realizado em Bogotá, anunciava a intenção de instalar uma *Escola Experimental de Odontologia*, em moldes totalmente diversos dos das escolas tradicionais, visando à integração no ensino, entendida esta como a “unificação de propósitos no ensino das diversas matérias, de maneira a dar ao currículo o conteúdo integral, homogêneo e harmônico que lhe é indispensável. (MEC, 1970, p.4)

Por este relato fica evidente que tanto os cursos de medicina como os de odontologia que se propuseram a desenvolver experiências com o ensino integrado tiveram a influência da mesma experiência, como ficou evidente no trabalho de Nunes (1999).

Guimarães Jr relatou as dificuldades do seu projeto de “Faculdade Experimental”, quando resolveu instalar um projeto piloto⁸⁰ que resgatava os princípios da proposta de currículo integrado da ABENO, de 1962. O agente financiador desse projeto piloto foi a Fundação Kellogg, parceira da ABENO. A ABENO foi criada com o propósito de aglutinar as unidades de ensino odontológico para a consecução de um projeto de ensino homogêneo, para ser

um agente difusor do ideário dos seus financiadores, bem como a ALAFO.

Neste sentido, ela foi financiada pela Kellogg para incentivar, divulgar projetos inovadores para o ensino odontológico e, no entanto, não conseguiu que ele tivesse uma dimensão nacional.

Se esse papel da ABENO não estava explícito para os seus membros e para os seus parceiros financiadores, sua função era muito bem definida. Em todos os relatos, a subvenção conseguida pela ABENO junto, principalmente, à da Fundação Kellogg, o foi por apresentar propostas condizentes com o ideário desta instituição.

A proposta de ensino integrado, como se pode deduzir dos documentos até aqui apresentados, necessitaria de uma mudança muito significativa na forma de produção do ensino da odontologia. Necessitaria de um investimento na melhoria das condições físicas das unidades de ensino, que deveriam possuir, no mínimo, um equipamento odontológico para cada vaga existente, como recomendado pelo Comitê de Expertos; passar por uma melhoria e ampliação dos laboratórios, clínicas e bibliotecas; aumentar o contingente de professores para atender à relação ideal professor/aluno para cada atividade. Os professores deveriam ter maior dedicação ao ensino, sendo contratados de preferência em período integral, se dedicar à pesquisa e se preparar para o exercício da docência. Parece que muitos interesses deveriam ser confrontados, o que impediu maior coesão em torno da proposta, além de

⁸⁰ O Prof. Paulino Guimarães Jr foi o Coordenador do Plano Piloto pela Diretoria do Ensino Superior do MEC.

que, ela prolongava o tempo de escolarização exigido para a formação do cirurgião-dentista.

O currículo fixado pelo CFE, em 1962, vigorou por nove anos, até 1970, quando entrou em vigor um novo currículo, aprovado no Parecer nº 840/70 do CFE, de 11/11/1970, elaborado pelo relator José Carlos da Fonseca Milano. Este Parecer estabelecia que o curso de odontologia deveria ser desenvolvido em oito semestres e ter a duração de mínima 3.240 horas (MEC, 1981). Pela primeira vez, foi estatuída uma carga horária mínima para o desenvolvimento do curso. Em 1978, ficou estabelecido, por meio da Resolução nº 13 do CFE, que as 3.240 horas do currículo mínimo do curso poderiam ser cumpridas de 3 a 8 anos letivos, portanto, facultando a adoção do ensino seriado.

As matérias relacionadas para compor o currículo mínimo tinham como objetivo, segundo as palavras do relator, estabelecer o indispensável para “que todo cirurgião-dentista [pudesse] desenvolver, em termos de atividade profissional: conservação, reposição, correção, cirúrgica” (MEC, 1981,p.459-460). Estas eram as funções que o profissional deveria exercer para atingir o objetivo da profissão. O relator conceitua conservação como: “remoção de indutos e limpeza dos dentes; curetagem gengival, gengivectomia; solução de problemas pulpares, com obturação ou não de condutos dentários; obturação e restauração dos dentes” (MEC, 1981, p.459). Analisando esta conceituação pode-se afirmar que a orientação dada a esse currículo parte de uma concepção

de saúde muito próxima da ausência de doença, em que a atuação do profissional inicia-se já com a doença instalada. Na proposta de resolução apresentada junto com o Parecer, ao especificar os conteúdos da matéria de odontologia social e preventiva, assim se expressa:

abrange os aspectos deontológicos, legais, preventivos e assistenciais da profissão. Deverá desenvolver a consciência de prevenção a ser incorporada ao exercício profissional, estudando as medidas preventivas de aplicação individual e coletiva (MEC, 1981. p.462).

Há uma coerência entre a proposta de formação do Cirurgião-dentista e a Política Nacional de Saúde instituída em 1967⁸¹, durante o Governo do Marechal Costa e Silva. A saúde, neste documento, era definida como “bem-estar físico, mental e social do homem” que seria conseguida por meio da articulação das diversas atividades médico-sanitárias, em ações de proteção e recuperação da saúde visando também ao “desenvolvimento sócio-econômico do país” (MS, 1968, p. 11). A “natureza e a qualidade da assistência decorrerão do estágio econômico de cada comunidade, atenuados os desníveis pela adequada redistribuição de recursos” (idem). As ações de saúde eram consideradas uma estratégia de redistribuição de renda, uma vez que, contraditoriamente, afirmava ser a assistência à saúde “de natureza primordialmente privada”. As ações de saúde que deveriam ser executada pelo

⁸¹ Sobre este tema ver: *Apreciação do “Plano Nacional de Saúde”*, texto elaborado por um grupo de docentes da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, publicado em 1968. Segundo Jairnilson Pain, este texto foi publicado no mesmo mês em que foi baixado o Ato Institucional nº 5 e, por meio dele, “a Faculdade e a Revista tomaram uma posição corajosa e contrária à política de saúde da ditadura” Rev. Saúde Pública 2006: v. 40, nº 3.

governo seriam as relativas ao controle e erradicação das doenças transmissíveis, imunização, proteção materno-infantil, higiene da alimentação e de saneamento básico, ou seja, o que sempre foi feito, ou melhor, anunciado que seria feito, perpetuando a dicotomia entre saúde pública e assistência médica. Os interesses privados da assistência médica e hospitalar, bem como da indústria e comércio de medicamentos, foram amplamente assegurados. Somente os “indigentes” estavam dispensados de participar do “pagamento dos preços” da assistência médica; aos demais contribuintes era facultado escolher o médico e o hospital de sua preferência. Era uma política de saúde que garantia o exercício liberal da profissão, em toda a sua acepção, bem como os interesses da indústria médico-farmacêutica, que subsidiava “a privatização total da assistência médica no País” (PAIM, 2006, p 386). No entanto, permitia o uso de pessoal auxiliar nas ações de saúde, para “reduzir custos operacionais e ampliar o campo de atuação dos profissionais de nível superior” (MS, 1968, p.12). Cada “comunidade” deveria adequar o custo da saúde à sua possibilidade financeira – este é o princípio da tecnologia apropriada proposta na Conferência de Alma-Ata em 1978, *o que se pode fazer com o que se tem*. Portanto, esta política de saúde estava bem afinada com todos os documentos assinados pelo governo brasileiro no nível internacional. O mercado para as ações de saúde estava assegurado à iniciativa privada, como era pretendido pela “economia moderna

de mercado”⁸², cabendo ao governo assistir aos “indigentes” a partir das suas possibilidades, desde que fossem asseguradas as condições de desenvolvimento econômico do País.

Portanto, o perfil do profissional cirurgião-dentista a ser formado era compatível com o que dele se esperava. O ensino odontológico foi concebido, pelo relator, como eminentemente técnico e, ao longo do texto, surgem expressões como “adestramento do estudante”, “capacitar o aluno ao exercício”. Paradoxalmente, sugeria que, na composição do currículo pleno, fossem incluídas matérias de cultura geral, para “alargar os horizontes intelectuais do profissional, integrá-lo melhor no contexto sócio-cultural do País e do mundo, e prepará-lo para a liderança que compete a todo universitário”. As matérias das ciências sociais, acenadas desde o final da década de 1950 como necessárias à formação mais ‘humanista’ do profissional, passam a ser apenas uma recomendação, o que não deixa de ser um avanço, diante do silêncio que existia a esse respeito na legislação brasileira.

As matérias são pensadas para compor um ciclo básico e um ciclo profissional. O ciclo profissional deveria ter uma fase pré-clínica e uma clínica. A fase pré-clínica, concebida como a preparação do aluno para o exercício das atividades, deveria ser desenvolvida, “toda ou quase toda”, em laboratório. Propunha que o “ensino e adestramento do estudante em face do paciente”,

⁸² Esta expressão foi utilizada no II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), elaborado do General Ernesto Geisel.

objetivo da fase clínica, fossem desenvolvidos em clínica integrada, em substituição às clínicas por disciplinas. Esta afirmação leva a supor que as clínicas odontológicas, que compunham os currículos dos cursos de odontologia, eram isoladas por disciplinas, apontadas desde o início da década de 1960 como deficientes, por não atenderem à formação de um profissional apto a corresponder às necessidades da população, e que foram introduzidas no currículo de 1931. Utilizando as palavras do relator:

A experiência está a demonstrar que, neste período, melhores resultados são auferidos com a utilização exclusiva da clínica integrada, preconizada e adotada no ensino odontológico, tanto nos EUA quanto em alguns países da América Latina. Propõe-se esta substituir as antigas clínicas especializadas que, entre outros vícios de natureza pedagógica, orientam o estudante no sentido da especialização prematura, considerando o caso isolado, com a perda da visão global dos problemas profissionais. Recomenda-se que o início da atividade do aluno na clínica integrada deva ser precoce. (MEC, 1981, p.460)

Apesar de o discurso demonstrar conhecimento parcial das discussões travadas sobre as inovações do ensino odontológico, no que concerne aos aspectos pedagógicos, na proposta de resolução apresentada pelo relator o artigo 10 tem a seguinte redação:

Art. 10 – O ensino e adestramento dos alunos em pacientes será realizado preferencialmente em clínica integrada, sem prejuízo de demonstrações realizadas como recurso de ensino de diversas matérias.

Parágrafo único – Na clínica de que trata este artigo desenvolver-se-á o estudo global das necessidades dos pacientes, integrando-se, sob a forma do exercício clínico, como estágio, com a duração mínima de um (1) semestre letivo, de caráter obrigatório. (MEC, 1981, p.462)

Mas uma vez, o legislador não propôs alterações nos cursos que pudessem contemplar as inovações discutidas para o ensino da odontologia que,

inclusive, vinham sendo desenvolvidas e experimentadas em algumas instituições de ensino odontológico brasileiras. Uma questão se apresenta: a proposta da reforma curricular contemplava a possibilidade de formação de um profissional compatível com a política de saúde nacional e os interesses que ela preservava. As outras experiências desenvolvidas na área da saúde, contemplando a formação de recursos humanos para o serviço de saúde pública, não ameaçavam este projeto. Por que o profissional seria formado para desenvolver um serviço de saúde destinado aos “indigentes”?

Até mesmo em relação aos métodos de ensino, a proposta do CFE sinalizava para uma prática pedagógica, no mínimo, temerária para a formação de um profissional “ eminentemente técnico”: - a demonstração, como recurso pedagógico aceito. Mostrava o acanhamento da proposta, quando propunha um irrisório semestre obrigatório para o desenvolvimento do “adestramento” em clínica integrada. Isso tudo, apesar de todo o conhecimento acumulado, mostrando as vantagens e a necessidade de uma prática mais integrada para o ensino odontológico⁸³.

Quadro 15

Currículo Mínimo do curso de Odontologia instituído por meio do Parecer n° 840/70

Matérias Básicas	Disciplinas	Matérias Profissionais	Disciplinas/ Conteúdos
------------------	-------------	------------------------	------------------------

⁸³ Esta ressalva é feita, no entanto, não desconheço que o simples fato de estar prevista na legislação, por si só, não foi capaz de mudar a formação do cirurgião-dentista no que concerne a possibilidade de um ensino mais integrado. Até hoje, na unidade de ensino que faço parte, ao se apontar as deficiências das disciplinas de clínica integrada, elas são referidas como clínica “desintegrada”, pois a integração do ensino ficou apenas cunhada no nome.

§Biologia	Inclusive fundamentos de Genética, de Citologia, de evolução.	§Patologia e Clínica Odontológica	Patologia, propedêutica, diagnóstico, tratamento e prevenção e sua relação com a patologia do organismo.
§Ciências Morfológicas	Anatomia, Histologia e Embriologia.	§ Odontologia Social e Preventiva	Aspectos deontológicos, legais, preventivos e assistenciais da profissão.
§ Ciências Fisiológicas	Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia.	§ Odontopediatria	Patologia e clínica da infância, incluindo medidas preventivas e ortopédicas.
§ Patologia	Patologia Geral, Microbiologia, Parasitologia e Imunologia.	§Odontologia Restauradora	Técnicas de restaurações coronárias, endodônticas, reposição de perdas dentárias e materiais dentários.

Fonte: MEC, 1981

No quadro 15 observam-se as matérias que compunham o currículo mínimo e as disciplinas ou conteúdos que deveriam ser desenvolvidos em cada uma. É a partir desta resolução que passa a vigorar a descrição dos conteúdos a serem trabalhados, lembrando que, no Parecer nº 299 de 1962, cabia a cada unidade de ensino detalhar o conteúdo e a duração de cada matéria. Esta medida atendia ao interesse de padronizar o conteúdo, além do nome das disciplinas, no currículo dos cursos de odontologia.

Na Reforma Universitária instituída em 1968 por meio da Lei nº 5.540 de 28 de novembro, mais uma vez exigia-se da universidade a formação de um contingente profissional apto a ingressar em uma produção “multinacional”. Teixeira (1969), ao analisar o ensino superior em 1966, afirma que ele se expandiu por meio dos cursos ministrados nas escolas privadas voltadas ao preparo para as carreiras de serviço. O maior contingente de alunos era

encontrado nos cursos de filosofia, ciências e letras. Havia um crescente número de mulheres matriculadas nos cursos preparatórios para o magistério secundário. O ensino superior nos cursos de formação longa, como engenharia, medicina, odontologia, eram ministrados quase que exclusivamente pelas escolas públicas. A conformação do ensino superior nestes moldes não atendia à demanda da população por cursos de maior prestígio e retorno financeiro e nem ao mercado que se internacionalizava.

No período inicial do Golpe de 1964, o Brasil tomou empréstimos vultosos dos organismos internacionais, de forma a garantir o seu processo de “modernização”, regido pelo binômio segurança e desenvolvimento. Com o volume de capital e de “assessorias técnicas” que pudessem viabilizar o processo até que os “técnicos locais” estivessem preparados nas diferentes áreas, houve o crescimento dos monopólios industriais, comerciais e financeiros. A questão envolve a alteração nos padrões de acumulação capitalista compatíveis com o incremento da tecnocracia. Os pequenos negócios geridos pelas camadas médias, que deram sustentação política ao golpe, tornavam-se inviáveis economicamente:

as camadas médias davam forma ainda mais nítida a uma idéia que já se desenvolvia desde algumas décadas atrás: o futuro dos filhos passaria pela diplomação em grau superior. O resultado foi o crescimento ainda mais acelerado da procura de ensino superior, enquanto que a oferta de vagas não correspondia a esse movimento. As camadas médias foram entendendo que o governo que ajudaram a instalar – a quem era dirigida essa procura, pois as escolas públicas superiores eram gratuitas – não visava à satisfação de suas demandas (CUNHA, 1988, p. 32)

A insatisfação com o ensino superior vinha do período populista, quando vinha escasseando a perspectiva de ascensão social aos portadores de diploma deste nível de escolaridade. A contradição que assolava o ensino superior estava posta na sua crescente expansão, paralelamente à escassez de oportunidade de emprego imposta pelas condições econômicas de crescimento da inflação, que condicionava uma diminuição de investimentos na economia tanto do setor público quanto privado.

O resultado imediato foi a elevação dos requisitos educacionais, a desvalorização econômica e simbólica dos diplomas, o subemprego e o desemprego. Todo esse processo induzia um movimento estudantil voltado para a reforma do ensino superior, de modo a adequá-lo às “exigências da sociedade” e, no limite, para a transformação profunda da própria sociedade (CUNHA, 1988, p. 37).

A reforma da universidade fazia parte das necessidades de transformação da sociedade. Com o processo de federalização das faculdades isoladas, o que somou os seus problemas aos já existentes, agravou-se a crise por que passava a universidade brasileira. Cunha (1988) argumenta que esta crise tinha um duplo sentido: a universidade estava em uma situação crítica devido às precárias condições de seu funcionamento – recursos materiais e um deficiente quadro de professores – e, por isso, não conseguiu legitimar a qualidade de seus diplomados. E quanto mais ela fazia crítica à sua atuação e à sociedade que a gerava, mais a crise se acentuava. Com o agravamento da situação em que a universidade brasileira se encontrava, mais se concretizavam as condições objetivas para a sua modernização, o que pressupunha a adoção

mais aproximada do modelo norte-americano. Esta “adoção” não se restringia, apenas, à modernização da universidade, mas à modernização conservadora do sistema, tendo em vista que o capitalismo é também um modelo civilizatório.

As medidas racionalizadoras dos recursos educacionais, instituídas pela Reforma Universitária de 1968, por não terem sido acompanhadas por investimento financeiro suficiente, não resultaram na expansão prometida do ensino superior, para atender às demandas da classe que apoiou o Golpe Militar.

3.3. O Currículo Mínimo implantado em 1982, pelo Conselho Federal de Educação.

Dentro das estratégias de desenvolvimento social, o IIº Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) previa uma política de valorização de recursos humanos, com investimentos em educação, treinamento profissional, saúde e assistência médica, saneamento e nutrição. A adoção de tal política visava à “qualificação acelerada da mão-de-obra, elevando sua produtividade e sua capacidade de geração de renda, e facilitando sua mais rápida assimilação pela moderna economia de mercado” (BRASIL, s.d, p.72). Para as áreas da saúde pública e da assistência médica recomendava-se uma “reforma de estrutura” a exemplo do que a educação estava fazendo, principalmente em relação à universidade. Esta proposta tinha como objetivo, também, racionalizar

gastos e recursos, por meio de “mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbitos de atuação” (idem). No entanto, foi mantida a estrutura administrativa vigente e a dicotomia entre as ações coletivas, a cargo do Ministério da Saúde, e as ações médico-assistenciais individuais, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 1976, o Ministério da Educação e Cultura e os ministérios da Saúde e da Previdência Social elaboraram um documento, para “propor diretrizes para as ações que permitam a correção das principais distorções que vêm ocorrendo na preparação e utilização de recursos humanos no setor saúde” (MEC, 1976, p. 9). O documento concebe as ações executadas na saúde e na educação como mecanismos de distribuição de renda. Atribui as seguintes causas aos problemas relacionadas à área da saúde: insuficiência de assistência à população; necessidade de uma ampla variedade de profissionais; formação condicionada as exigências do mercado; predomínio de pessoal de nível superior; deficiência na capacidade de planejamento dos sistemas formador e de assistência; currículos defasados das “reais necessidades”; importados, voltados para o atendimento complexo e de alta especialização; expansão do ensino superior em escolas isoladas.

Havia medidas sugeridas para a solução dos problemas, tais como a necessidade de definir “quantitativa e qualitativamente” os recursos humanos

para o Sistema Nacional de Saúde⁸⁴; de formular planejamento no setor saúde que subsidiasse a formação, distribuição e utilização dos recursos humanos; de concentrar esforços na formação de pessoal técnico; de aumentar o investimento nos cursos com maior necessidade de pessoal, e de “reformular o processo de formação dos profissionais de saúde, evitando a excessiva sofisticação e individualização, mediante utilização de métodos que incentivem a atuação em equipe multidisciplinar e multiprofissional” (MEC, 1976, p.9-10).

Todas essas medidas estavam sendo recomendadas pelos organismos internacionais e eram desenvolvidas experiências em diferentes escolas da área médica, em diferentes locais do País, para gerar modelos reproduzíveis. No entanto, a proposta trazia mais ônus ao discurso oficial, pois apontava para a necessidade de formação multiprofissional para a área da saúde, abrindo o campo para a absorção de pessoal de nível médio e elementar, principalmente na área da enfermagem. Propunha, nesse sentido, uma integração entre o sistema de ensino e o de saúde, para viabilizar:

- formação mais realista do estudante em relação aos problemas de saúde prevalentes na região;
- Aumento da capacidade instalada da universidade para o treinamento;
- Racionalização dos investimentos em educação;
- Permanente atualização dos currículos;
- Participação do estudante em programas de saúde;
- Melhor aproveitamento das unidades de saúde, racionalização de seus recursos, assim como o aumento de investimentos para a formação e treinamento do pessoal;
- Melhoria do nível de saúde da comunidade. (MEC,1976, p.13).

⁸⁴ Vale ressaltar que não havia um Sistema Nacional de Saúde no País à época.

O documento prossegue, sugerindo a necessidade de incrementar o aperfeiçoamento de métodos e técnicas de ensino, integrando os serviços aos centros formadores; snunciando a necessidade de novos cenários de práticas de ensino para os alunos dos cursos da área da saúde; apontando a necessidade de realizar estudos sobre “análise ocupacional” para poder redefinir a utilização dos recursos humanos e ajustar a sua formação. A área da saúde deveria incluir, também, profissionais de outras áreas nas suas equipes, tais como o sociólogo e o antropólogo.

Estas passaram a ser as medidas para o ajuste do ensino, perseguido até a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Área da Saúde. As distorções identificadas no sistema formador de recursos humanos em odontologia foram detalhadas a partir dos problemas identificados. E eles se referiam, principalmente, a deficiências, na formação, que implicavam uma atuação centrada na atenção curativa, inadequada para a solução dos principais problemas da população. O documento apontava, também, a tendência à especialização precoce nos cursos de graduação, a dificuldade em trabalhar em equipe, principalmente com pessoal auxiliar,; e, por fim, o despreparo dos professores em métodos e técnicas educacionais.

Tabacoff, em 1977, realizou uma pesquisa sobre os currículos das 59 faculdades de odontologia da época, apresentada na XIVª Reunião da ABENO e Vº Encontro Nacional dos Dirigentes de Faculdade de Odontologia. Das 59

faculdades, ele obteve dados de 48, ou seja, 84,7% de devolução dos questionários. É interessante notar que ele separa as faculdades em três grupos: as estaduais paulistas (7), as federais (22) e as instituições diversas (19), que incluem as estaduais de outros Estados e as confessionais. A força das estaduais paulistas não está representada pelo seu número, mas pelo significado no cenário do ensino odontológico no Brasil, que se constituiu no ideal de ensino. A primeira conclusão a que ele chega é que: “Os cursos de odontologia no Brasil, na sua maioria, não têm fixado objetivo algum” (idem, p.18).

Esta afirmação teve um significado muito grande à época, devido ao fato de que a década de 1970 foi o período em que se atentou para a necessidade – induzida, diga-se de passagem – de desenvolver uma tecnologia educacional específica para a área de saúde. Para Chaves & Kisil (1999, p.5-6):

Os trabalhos de Bloom (1964), Krathwol (1969), Alvarez Manila (1971) sobre objetivos educacionais, o de Mager (1962) sobre objetivos instrucionais, e a criação de dois Centros Latino-Americanos de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES), um no Rio de Janeiro e outro na Cidade do México, tiveram um papel importante no desenvolvimento de uma nova pedagogia nas escolas da área da saúde. Os dois centros ofereceram cursos para professores latino-americanos na área da saúde, desenvolveram metodologias incluindo ensino por objetivos, instrução assistida por computadores entre outros.

Soou como um sacrilégio a constatação do trabalho de Tabacoff (1977) de que os cursos de odontologia não tinham explícitos os seus objetivos frente aos conhecimentos de tecnologia educacional da época. Em janeiro de 1977, a ABENO, em colaboração com a ALAFO, promoveu o curso intitulado “Experiência: Curso Ensino-aprendizagem na Odontologia: avaliação do

currículo odontológico”, durante o Vº Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia. Nele, foi ensinado como fazer o planejamento e a avaliação de um curso de odontologia, a partir de objetivos estabelecidos. A ausência de objetivos explícitos pelos cursos de odontologia inviabilizava, segundo este enfoque, toda uma evolução no ensino odontológico.

Desde o trabalho do Comitê de Expertos, era realçada a importância de se traçar os objetivos do curso, porque era a partir deles que as outras definições decorriam, tendo em vista as necessidades de adaptação da profissão frente às mudanças. Mas, no Primeiro Seminário, se afirmara que “deve haver um mínimo de ensino da odontologia comum a todos os países, e, a partir deste mínimo, se incrementará o ensino nos diferentes aspectos da profissão de acordo com as necessidades e recursos do meio” (OPAS, 1963, p.317).

Este mínimo, advogado no Primeiro Seminário, estaria contemplado nas qualidades que todo cirurgião-dentista deveria ter, e que estão abaixo relacionadas:

- a) conhecer a ética profissional e trabalhar de acordo com ela, e sentir profundo respeito pelas normas da moral;
- b) conhecer as ciências biológicas, que aplicará diariamente em sua prática diária;
- c) dominar as técnicas básicas que requer sua prática diária;
- d) ter interesses fora de seu consultório, principalmente aquele que irá trabalhar pelo bem da comunidade;
- e) melhorar ao máximo seus conhecimentos humanísticos, para chegar a ser um profissional mais compreensivo e útil à sociedade (OPAS, 1963, p.316).

Até então, os objetivos explicitados nos pareceres que instituíam os currículos mínimos de odontologia, no Brasil, se limitavam a fazer referência às competências técnicas para a solução dos problemas da população. Nem mesmo este objetivo era referido pelos cursos de odontologia pesquisados por Tabacoff (1977). Os dados levantados pelo autor foram analisados a partir das recomendações do Parecer 840/70 do CFE. A carga horária mínima aí estabelecida para os cursos de odontologia era de 3.240 horas. Ele conclui, então, que havia uma enorme variação nos cursos pesquisados, em relação à carga horária, indo de 5.025 horas até a carga horária mínima estabelecida pela resolução. Em notas nas tabelas, o autor explica que, quando a carga horária era menor que o estabelecido pela resolução, era aproximada para esta. Conclui-se que havia cursos com a carga horária mínima inferior ao exigido, com até 3.168 horas.

A mesma variação acontecia com as horas destinadas à clínica integrada. No grupo das estaduais paulista, a carga horária variava de 120 a 480 horas. Nas federais, de 75 a 900 horas, e, nas outras de 90 a 615 horas. O parecer recomendava que o início das atividades do aluno junto ao paciente fosse o mais precoce possível e de complexidade gradativa, e que o último semestre fosse dedicado exclusivamente à clínica integrada. O autor conclui que, se a resolução fosse seguida a rigor, o tempo destinado à clínica integrada seria de 12,5% do tempo médio do curso, salientando que apenas seis cursos cumpriam este tempo.

As conclusões do trabalho de Tabacof (1977), como já mencionado, serviram como subsídio para a discussão da XIV Reunião Anual da ABENO. Parece que inauguraram uma agenda, pois, nos anos seguintes, os temas foram: em 1978, clínica integrada, e 1979, currículo odontológico (Ver Apêndice 1).

Em 1978, a Secretaria de Ensino Superior do MEC e a CAPES, apoiadas pela ABENO, realizaram um Seminário de Ensino Odontológico em

Campinas – SP, com a participação de 32 faculdades de odontologia. Em 1980, como fruto deste seminário, foi assinado um acordo entre a CAPES, a ABENO e a Fundação Kellogg, que tinha como objetivo:

criar um plano de ação que introduzisse mudanças no ensino odontológico no país. Como consequência imediata deste Acordo surgiu o projeto CAPES/Odontologia: Docência e Serviços, que pretende dar condições para que as Faculdades, Escolas e Cursos de Odontologia possam formar o Cirurgião-Dentista clínico Geral, a partir de uma mentalidade preventiva e social (ABENO, s.d., p. 6).

Os seguintes objetivos deste Acordo foram destacados pela ABENO (s.d, p.6-7):

Implementar a introdução de mudanças curriculares nas Escolas de odontologia baseadas nos objetivos contidos no novo Currículo Mínimo apresentado ao CFE, introduzir diferentes estratégias de capacitação dos docentes de odontologia através de cursos de curta duração, seminários, estágios e assessorias; estimular a simplificação de técnicas, procedimentos e equipamentos a fim de contribuir para o aumento de produtividade e a diminuição dos custos; estimular a preparação de pessoal auxiliar e a redistribuição de funções (...).

O procedimento da Fundação Kellogg também foi o mesmo que ela historicamente adotou, até 2005. Visando à implantação das mudanças almejadas, foi solicitado que as escolas de odontologia apresentassem seus projetos de inovação do ensino. Selecionaram-se dezessete projetos, visando à implementação do novo currículo mínimo, aprovado pelo CFE em 1982. Uma questão se apresenta: a proposta enviada pela ABENO era mais abrangente e contemplava o ideário da Fundação Kellogg. Respondia melhor às distorções e às recomendações apresentadas pelo MEC, em 1976, endossadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social - e, no entanto, o parecer do

CFE, não as contemplou!?

No Boletim da ABENO, de 1978, encontra-se a seguinte notícia: “ABENO entrega currículo ao Conselho Federal de Educação” (p.4), que relata audiência entre estas duas instituições, datada de 20 de agosto do mencionado ano. Este currículo começou a ser discutido durante a XVª Reunião da ABENO, quando foram incorporadas sugestões dos diretores das faculdades de odontologia e especialistas da área educacional. As sugestões foram apresentadas “pelas bases”, que enviaram sugestões à Comissão de Ensino da ABENO. Portanto, o currículo foi construído “dentro de uma diretriz de mútua auscultação, ABENO, governo e classe docente odontológica [que] empreenderam esforços para a aprovação deste currículo” (ABENO, s.d., p.8). Transcrevendo a exposição de motivos da proposta apresentada:

considerando a situação geo-sócio-econômica do Brasil e sua heterogeneidade cultural, recomenda-se a instituição no ensino de Odontologia, no território nacional, de um currículo mínimo constituído por um elenco de matérias básicas e profissionalizantes que serão desdobradas em disciplinas, logicamente estruturadas. Os objetivos geral e particular do currículo mínimo devem ser: Formar um Cirurgião-Dentista com habilidade de aplicar princípios biológicos, técnicos e éticos para resolver os problemas das doenças buco-dentais mais prevalentes na região: formar um cirurgião dentista clínico geral voltado para os problemas de saúde bucal, com filosofia preventiva, apto e conscientizado para atuar na sua comunidade, integrando-se às atividades das outras profissões da área de saúde.

No Parecer nº 370/82, aprovado em 9/7/1982 pelo Conselho Federal de Educação, o relator apresenta os principais pontos da proposta da ABENO que serviram de subsídio para a elaboração do novo currículo mínimo do curso de graduação em odontologia no Brasil. Os pontos da ABENO haviam sido

construídos dentro dos princípios defendidos pela instituição desde a sua primeira proposta: ensino integrado, estruturado por objetivos, equilíbrio entre matérias básicas e profissionais e contato com o paciente o mais precoce possível. A esses princípios são acrescentadas as atividades extra-murais, principalmente junto a instituições públicas de saúde, e a educação continuada.

Após a terceira tentativa da ABENO, mais uma vez o relator não acatou os princípios de ensino integrado e estruturado por objetivo, o que representaria uma possibilidade de ensino inovador para os cursos de odontologia, por entender que:

representa uma restrição às instituições de ensino, às quais deve ser assegurado o direito de estabelecer como desenvolver o curso dentro de seu projeto educacional. Ao CFE cumpre estipular os mínimos de conteúdo do treinamento profissional escolarizado, de modo suficientemente flexível para que nenhuma experiência metodológica ou curricular válida venha a ser impedida.

Por isso, não me parece conveniente acolher *in totum* o artigo 12, quando define seja o curso ministrado de forma integrada. Embora seja este método bastante eficiente, pois auxilia sobremaneira o desenvolvimento do programa, seria um ato de força impô-lo, através do currículo mínimo, a todas as escolas do País. De igual modo não pode ter abrigo o art. 19 que determina sejam estruturados os currículos por objetivos de modo a torná-los claramente operacionais. (DOCUMENTA n° 260, 1982, p.50).

Mais uma vez, prevaleceu apenas a voz do legislador, desconsiderando as recomendações do próprio MEC, do Ministério da Saúde e da Previdência Social de 1976, a participação da ABENO e da “classe docente”, apesar de todas as evidências a favor de um ensino, na área da saúde, melhor estruturado e definido legalmente. O trabalho de Tabacoff (1977) demonstrou que esta forma de procedimento do CFE, de apenas estipular o mínimo,

promovia uma heterogeneidade de conteúdos, experiências, carga horária, que agravava os crônicos problemas no ensino odontológico. No entanto, o legislador, mais uma vez, se isentou de assumir uma proposta que realmente pudesse instituir “novo” currículo de odontologia. E o interessante é que não houve manifestação explícita de descontentamento por parte da ABENO, ao ver a sua proposta ser alijada dos pontos centrais. Nos documentos seus oficiais, ela considera que o currículo mínimo aprovado contemplou a proposta apresentada, o que reafirma a conclusão de que a ABENO não tinha um projeto de ensino odontológico próprio, consensualmente construído pelos seus participantes e com o qual eles se identificavam.

No ensino da área da saúde no Brasil e, especificamente, da odontologia haviam sido desenvolvidas experiências inovadoras, que poderiam ser assumidas pelas instituições de ensino, e que talvez promovessem uma mudança na formação profissional como: o ensino integrado de Diamantina, a experiência da PUC de Minas Gerais com o ensino integral, os programas docentes assistenciais em várias instituições de ensino da saúde, tais como: Londrina, Bahia, Marília, Campinas, entre outras. No entanto, como foi mostrado ao longo do texto, elas foram, sistematicamente, espoliadas dos aspectos considerados inovadores. Da proposta da ABENO, de 1962 até 1977, houve até um recuo, principalmente na premissa apontada por Chaves, de globalidade na formação do profissional: “Os currículos devem ser organizados

para que permitam uma correlação maior das matérias e facultem ao aluno uma visão global e um conceito integral da profissão (CHAVES, 1965, p.72).

As contradições que as ações de saúde e as políticas de formação de recursos humanos na área da saúde foram incorporando e de cuja ineficiência foram, ao mesmo tempo, sendo culpabilizadas, refletem os limites, possibilidades e as contradições da sociedade brasileira. Ao mesmo tempo em que setores propunham uma inovação que viabilizasse a melhoria das condições de vida da população, outros setores se viam ameaçados em seus interesses econômicos, e a lógica econômica predominante reforçava o ideário privatista, ainda que, paradoxalmente, defendesse ações voltadas para a saúde pública. Assim, não fazia sentido conter a expansão do ensino privado na área da saúde e nem instituir um currículo que tivesse como objetivo formar profissional apto a atuar nos serviços de saúde pública, numa perspectiva coletiva, na medida em que foram legitimadas exatamente as ações individuais especializadas.

CAPÍTULO 4

OS CURSOS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE GESTÃO PARA A EDUCAÇÃO SUPERIOR NOS ANOS DE 1990: INOVAÇÃO, CONTINUIDADE OU RETROCESSO?

Neste capítulo serão discutidas as políticas para o ensino superior brasileiro na década de 1990, bem como algumas recomendações dos organismos internacionais para a educação superior. Nesse contexto, buscando apreender os desdobramentos das políticas para o ensino da área da saúde, serão discutidas, ainda, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (2002). Os cursos de odontologia serão analisados, portanto, a partir das principais tendências do sistema de educação superior no País.

Os organismos multilaterais, em que pesem suas peculiaridades, têm sua atuação vinculada a diversas áreas, destacando, sobremaneira, a educação. Esses organismos ocupam função estratégica no campo das políticas sociais no cenário mundial, especialmente no que concerne aos países em desenvolvimento. Na área educacional, sobretudo nas últimas décadas, essas instituições têm contribuído para mudanças, por meio de induções e

recomendações sobre as prioridades e os rumos da educação. Por isso, são compreendidas como instituições instituídas e instituintes. Elas possuem princípios, normas e objetivos que as regem e, ao mesmo tempo, vão se adaptando, modificando-se, reelaborando os seus princípios, normas e objetivos no confronto e no diálogo em diversos tempo e espaço. Os documentos elaborados por esses organismos têm o caráter de responder aos desafios que são postos a eles e, ao mesmo tempo, criam as condições para que suas idéias, soluções, o modo de ver, de atuar e de ser neste mundo sejam absorvidos como o ideal, o possível e o desejado (IANNI, 2002).

A atuação dos organismos internacionais tem sido incrementada na última década no Brasil por meio de mudanças na política e gestão da educação básica e, sobretudo, na superior. Buscar entender os nexos das recomendações internacionais para o ensino superior se justifica, pois, se atentarmos para a fala de Ianni (2002, p100 – 1001):

O neoliberalismo dos tempos da globalização do capitalismo retoma e desenvolve os princípios que se haviam formulado e posto em prática com o liberalismo ou a doutrina da mão invisível, a partir do século XVIII. Mas o que distingue o neoliberalismo pode ser o fato de que ele diz respeito à vidência e generalização das forças do mercado capitalista em âmbito global. É verdade que alguns de seus pólos dominantes e centros decisórios localizam-se nos Estados nacionais mais fortes. Em escala crescente, no entanto, formam-se pólos dominantes e centros decisórios localizados em empresas, corporações e conglomerados transnacionais. Aí nascem diretrizes relativas à desestatização, desregulação, privatização, liberalização e regionalização. São diretrizes que principalmente o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BIRD) encarregam-se de codificar, divulgar, implementar e administrar.

A partir da fala do autor pode-se depreender que, com a globalização da economia, há uma redefinição do papel do Estado. Antes, o que era atribuição do Estado passa a ser exercido também por organizações, que têm como objetivo precípua a estabilização da economia mundial, ou melhor, a defesa dos interesses econômicos. Neste sentido, Ianni conclui que a política mudou de lugar, por isso afirma:

Enquanto o liberalismo baseava-se no princípio da soberania nacional, ou ao menos tomava-o como parâmetro, o neoliberalismo passa por cima dele, deslocando as possibilidades de soberania para as organizações, corporações e outras entidades de âmbito global (IANNI, 2002, p. 101).

A transferência do poder, antes exercido pelo Estado, para esses organismos, está subsumida em uma outra racionalidade, a instrumental. Nesta racionalidade, o Estado tem o papel de gestor, visando à eficiência, à competitividade, à diminuição dos gastos. Nesta forma de gerir, altera-se a noção do que é direito, cidadania, bem público, o que acaba informando e dando o norte para as políticas sociais ou justificando a sua ausência.

Na expansão e manutenção dessa racionalidade são criados mecanismos de controle, para que essa forma de pensar, ser e estar no mundo possa se tornar a desejável. Na construção dessa idéia, são criados alguns mecanismos, tais como a proposta de elaboração de indicadores para a educação, da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que teria como função monitorar a adoção das recomendações para a

educação dos órgãos multilaterais, entre elas as do Banco Mundial (1995).

Essas recomendações foram construídas no sentido de estabelecer parâmetros de comparação dos indicadores educacionais. Tais dados oportunizam, entre outros, inferir como os diferentes países preservam a lógica do capitalismo de acumulação desigual e combinada.

Silva Jr. (2002), ao discutir a reforma da educação superior no contexto das reformas educacionais no mundo, afirma que as mudanças implementadas nesse sistema são parte das mudanças sociais que o capitalismo necessita para a sua expansão. Para sustentar as mudanças sociais, o Estado necessita também adequar o seu papel, no sentido de criar mecanismos de governabilidade.

Para cada área em que o Estado atua, cria decisões políticas, para que os seus projetos possam se constituir de forma integrada, construindo a condução política implementada. Na área da educação, as políticas de avaliação vêm sendo utilizadas para orientar as mudanças desejadas. Para Gomes (2002, p278):

Uma política de avaliação nunca é destituída de vínculos estratégicos com a organização do sistema de ensino, com a sua dinâmica funcional, e, igualmente, com os objetivos centrais do projeto político para a área de educação que o grupo no poder busca realizar.

No governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), era explícito que a organização do sistema de ensino superior buscava sua

expansão acelerada, via abertura do mercado para a iniciativa privada, criando-se nova modalidade de investimento de capital. No governo do Presidente Lula (2003-2006), há uma perspectiva de continuidade dessa política, a despeito de pequenos ajustes. Tal lógica revela a centralidade e importância dada às recomendações dos organismos multilaterais.

Soares (2003), ao discutir as reformas e as políticas propostas pelo Banco Mundial, afirma que o governo do Presidente Fernando Henrique vinha promovendo condições para a implantação das reformas liberalizantes, que compreendiam inclusive mudanças constitucionais. Cita como mudanças em curso, que coincidiam com as propostas pelo Banco Mundial, “a reforma do sistema previdenciário, a revisão do sistema tributário, a flexibilização dos monopólios, a concentração dos recursos para educação no ensino básico, entre outras” (p.37). Na realidade, algumas dessas mudanças estão se efetivando no governo do Presidente Lula.

Ainda no contexto do projeto político do Governo FHC, os instrumentos e mecanismos de avaliação do ensino superior foram construídos, como designado por Afonso (2000), como uma “avaliação estandarizada criterial com publicitação dos resultados”. Os instrumentos de avaliação então concebidos, principalmente o Exame Nacional de Cursos – o “Provão”, para que o Estado controle os resultados do processo, tornando-os públicos, permitindo inclusive ao mercado direcionar o seu investimento.

Para Afonso (2000), o fato de o Estado ter introduzido currículos e exames nacionais, não só no Brasil, aumentou consideravelmente o controle sobre o ensino superior. Junto com a publicitação dos resultados, abriu-se caminho para a pressão competitiva sobre o sistema educativo. Políticas de avaliação criam necessidades próprias ao sistema educativo, apontando para o que é desejável, ao mesmo tempo em que constroem socialmente a noção do que é um sistema educativo de qualidade.

Coraggio (2003), ao discutir as propostas do Banco Mundial para a Educação, considera a tese de que este órgão vem impondo políticas homogêneas para a educação no nível mundial. Uma das formas de efetivá-las é por meio da implantação dos mecanismos de avaliação do ensino em todos os níveis, que aparecem propostos nos documentos oficiais deste e de outros órgãos multilaterais.

Ao discutir os possíveis sentidos da política social implementada pelo Banco Mundial nos diferentes cantos do mundo, Coraggio (2003, p77-79) aponta para três formas principais de interpretá-las:

Ø (...) para dar continuidade ao processo de desenvolvimento humano que ocorreu apesar da falência do processo de industrialização e desenvolvimento econômico. Sua bandeira é investir os recursos públicos “nas pessoas”, garantindo que todos tenham acesso a um mínimo de educação, saúde, alimentação, saneamento e habitação, bem como às condições para aumentar a expectativa de vida⁸⁵ e para alcançar uma

⁸⁵ Desde a Carta de Punta del Este em 1961 já se fazia presente a meta de aumentar a expectativa de vida das pessoas ao nascer. O Brasil alcançou no século XXI uma expectativa de vida em torno dos 75 anos, só que esta idade não é média se estratificarmos a população de acordo com o nível de renda. A equidade se dá não pela melhoria das condições de existência de forma autônoma, mas por meio dos programas assistências de

distribuição mais eqüitativa das oportunidades. Estas políticas não incluem uma definição sobre como conseguir que o “capital humano” seja algo mais do que um recurso de baixo custo para o capital, e de fato promovem a eqüidade à custa do empobrecimento dos setores médios urbanos, sem afetar as camadas de alta renda.

Ø (...) – seja por razões de eqüidade ou de cálculo político – estão direcionadas para compensar conjuntamente os efeitos da revolução tecnológica e econômica que caracteriza a globalização. Elas são o complemento necessário para garantir a continuidade da política de ajuste estrutural, delineada para liberar as forças do mercado e acabar com a cultura de direitos universais (*entitlements*) a bens e serviços básicos garantidos pelo Estado. (...)

Ø (...) para instrumentalizar a política econômica, mais do que para continuá-la ou compensá-la. (...) Seu principal objetivo é a reestruturação do governo, descentralizando-o ao mesmo tempo em que reduz, deixando nas mãos da sociedade civil competitiva a alocação de recursos, sem mediação estatal. Outro efeito importante é introjetar nas funções públicas os valores e critérios do mercado (a eficiência como critério básico ...) deixando como único resíduo da solidariedade à beneficência pública (redes de seguro social) e preferencialmente privada, para os miseráveis. Em consequência, a elaboração das políticas setoriais fica subordinada às políticas de ajuste estrutural, e freqüentemente entra em contradição com os objetivos declarados.

O Banco Mundial (1995, p.1) admite que o ensino superior tenha importância capital para o desenvolvimento econômico e social de um país, mas, devido ao fato de estarmos em uma época de restrições fiscais generalizadas, o investimento público nesta modalidade de ensino deve ser revisto. O argumento utilizado é o de que o ensino superior não deve ter prioridade no financiamento, principalmente nos países que não conseguiram acesso, eqüidade e qualidade adequados nos outros níveis de ensino.

As propostas para superar a crise fiscal que compromete o desenvolvimento econômico e social dos países, para o Banco Mundial, passam pela diminuição do financiamento público para o ensino superior. As

bolsas, como forma de suprir a falta de oportunidades criadas pelo desemprego estrutural.

recomendações desse organismo seguem a lógica apontada por Coraggio, ou seja, dão continuidade ao processo que inclusive gerou a crise, compensam os efeitos gerados pela conjuntura que propiciou a instalação da crise e a instrumentalizam, no sentido de criar alternativas para continuar o crescimento econômico globalizado.

Os ajustes econômicos necessários para continuar com o crescimento desigual e combinado do capital mundial penalizam alguns países e setores sociais. Esses ajustes geraram uma crise fiscal, principalmente nos países periféricos, que, como solução apontada pelas políticas neoliberais impostas pelos órgãos multilaterais, inclui um menor investimento nas políticas sociais. No ensino superior, isso resulta em políticas restritivas da ampliação de acesso e/ou manutenção das condições necessárias para a condução de um ensino de qualidade, contrapondo-se à crescente demanda por esta modalidade. Tendo em vista o escasso investimento público no ensino superior, persiste a necessidade de investir na formação e no aprimoramento do “capital humano”, para dar continuidade ao crescimento dos diferentes setores.

Como políticas expansionistas, as soluções indicam a diversificação das instituições de ensino superior, a abertura do mercado para a iniciativa privada, o estabelecimento de crédito para o estudante custear os seus estudos e a liberação de financiamento público para as instituições de ensino superior, a partir de adoção de sistemas de incentivo de desempenho ou produtividade

(Banco Mundial, 1995). Essas medidas são propostas a partir da lógica da compensação e da instrumentalização, apontadas por Coraggio.

A proposta apresentada pelo BID, com o título “Educação Superior na América Latina e no Caribe: documento de Estratégia⁸⁶”, em 1998, advoga que o ensino superior teria quatro funções: liderança acadêmica, educação profissional, ensino técnico e educação superior geral. Para cada função, o ensino, a pesquisa e a extensão teriam atribuições bem específicas. A autonomia institucional seria diferenciada para cada função. Existiriam distintos mecanismos de avaliação e de fontes de financiamento. Apenas para as duas primeiras funções do ensino superior haveria financiamento público e deveria ser concedida a autonomia. Estas seriam as condições essenciais para se efetivar um ensino superior de alta qualidade, de acordo com normas acadêmicas internacionais, sustentadas no tripé do ensino, pesquisa e extensão “desinteressados”, buscando a construção do conhecimento, segundo o documento citado. Por ser destinado a um número reduzido de pessoas e instituições, justificaria, apesar do seu alto custo, o financiamento público.

O documento, em sua essência, defende a tese da diversificação do ensino superior e o desmonte da universidade como instituição única, no entanto defende a sua preservação para poucos. A expansão do acesso ao ensino superior deve ser feita, preferencialmente, por meio de instituições com a

⁸⁶ O documento pode ser encontrado no site do Banco Mundial em versão nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Foi elaborado por Cláudio de Moura e Castro e Daniel C. Levy, com assistência de Andrés

função de promover o ensino técnico e a educação superior geral e deveriam estar a cargo da iniciativa privada. O ensino superior assim organizado passaria a cumprir a função de dar continuidade a um “processo de desenvolvimento humano”, fornecendo a um grande contingente da população o mínimo de educação “para alcançar uma distribuição mais eqüitativa de oportunidade”, como discutido por Coraggio (2003). Nessa forma de organização do ensino superior residiria a possibilidade de “compensar” os efeitos econômicos e tecnológicos da globalização, quando prepara melhor o “capital humano” para continuar a absorver os ajustes necessários da economia, privilegiando, individualmente, aqueles que têm capacidade de concluí-lo por meio de bolsas ou crédito educativo. É elucidativa a transcrição do documento do BID (1998, p.18), para corroborar a análise de Coraggio (2003) sobre as políticas sociais implementadas pelo Banco Mundial, estendendo-a a outros organismos similares:

Este documento argumenta que é possível e aconselhável obter uma grande melhoria do ensino superior geral. Os pertinentes conceitos econômicos de qualidade (para não repetir aqui a pertinência de outros critérios para aferir o valor da educação superior geral) devem ser o *valor agregado* e a eficiência: considerando os gastos efetuados, essa educação está aumentando a capacidade dos alunos em leitura, escrita, matemática, processamento de informações e aptidões analíticas, de modo a melhorar o seu desempenho no trabalho ou garantir empregos melhores? (...)

Contrariando impressões muito comuns, não há prova de que, basicamente, a educação quase-profissional seja um desperdício; a evidência empírica nessa área, embora limitada, não é negativa (...). Os indicadores de renda dão a entender que os graduados saem-se melhor no mercado de trabalho, em comparação com aqueles que não têm instrução superior.

É nesse contexto, da sociedade globalizada, que o ensino superior deveria ser pensado. Melhor seria falar, atualizando o discurso: frente à realidade, as diferentes modalidades de ensino superior estão sendo pensadas.

A organização do ensino superior, de acordo com as funções propostas no documento do BID (1998), contempla a necessidade de formação do “capital humano” por meio de uma educação geral. Coraggio aponta possíveis sentidos das políticas sociais preconizadas pelo Banco Mundial, afirmando que elas pretendem dar continuidade ao processo de desenvolvimento humano; para tanto, seria necessário que as pessoas tivessem acesso a um mínimo de educação, em qualquer estágio da sua vida produtiva. Esta recomendação se fez presente em diversas conferências da UNESCO e, especificamente, na V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos em Hamburgo (1997), no Relatório Delors (2003), nos relatórios do Banco Mundial, entre outros. Para o ensino superior, ela se traduz pela massificação. Porém, nela, é necessária a ampliação do acesso ao ensino superior, sem, no entanto, onerar o Estado, ao mesmo tempo em que o tempo de permanência das pessoas neste nível de ensino deva ser reduzido (Relatório Delors, 2003).

O Banco Mundial, em 1995, no documento: “La enseñanza superior: Las lecciones derivadas de la experiencia”, aponta os objetivos prioritários da reforma do ensino superior, diante da crise de dimensões mundiais por que passava. Esse documento apresentou os objetivos do ensino superior, que

deveriam servir como parâmetros para a aferição do seu avanço, a “(...) 1) *mejor calidad de la enseñanza y la investigación; 2) mayor adaptabilidad de la educación postsecundaria a las demandas del mercado laboral; y 3) mayor equidad*”.

A reforma do ensino superior para o Banco Mundial deveria também se orientar na busca de:

(...) fomentar la mayor diferenciación de las instituciones, incluido el desarrollo de instituciones privadas; proporcionar incentivos para que las instituciones públicas diversifiquen las fuentes de financiamiento, por ejemplo, la participación de los estudiantes en los gastos y la estrecha vinculación entre el financiamiento fiscal y los resultados; redefinir la función del gobierno en la enseñanza superior; adoptar políticas que estén destinadas a otorgar prioridad a los objetivos de calidad y equidad.

Em suas recomendações para a reforma do ensino superior, o Banco Mundial priorizou a redução do investimento público estatal no financiamento desta modalidade. Reforçou-se a idéia de desoneração do Estado, principalmente do seu financiamento, porque, nessa concepção, a universidade deve ser autônoma e eficiente para gerir sua própria manutenção, mesmo em detrimento do seu projeto. Nega-se, aí, a universidade como um modelo único, um projeto social nacional, passando a pensá-la fragmentada e localmente. Aponta-se a possibilidade de entrada de investidores privados neste setor com outros formatos, como por exemplo, centros universitários, faculdades integradas ou, até mesmo, faculdades isoladas, modelos desenhados a partir do “perfil” de cada IES.

Na universidade – espaço de disputa de poder – coexistem vários projetos, assim como na sociedade. Um desses projetos defende a existência de um ensino superior que promova a construção do conhecimento de forma emancipatória, incluyente, e de acesso universal. As políticas para o ensino superior que têm sido implementadas, inclusive por recomendação dos órgãos multilaterais, são centradas na exclusão, onde cada vez mais o acesso tem sido restritivo, tanto no sistema público, como no privado.

Apesar da aposta e das articulações contrárias à universidade pública, esta ainda é o *locus* da discussão, inclusive de seu papel e do seu perfil, nesta sociedade desigual, excludente e contraditória. A universidade assim concebida continua a ser o local em que se pode discutir o seu papel, mesmo em um sistema que “assume a diferença, a distinção e a desigualdade como princípios de organização e metas a serem alcançadas” (CATANI; OLIVEIRA E DOURADO, 2002, p.115). Essas idéias tendem a naturalizar o papel da universidade e são por alguns assumidas e, por outros, veementemente combatidas e denunciadas. A universidade pública ainda se constitui no lugar da educação como bem social, como uma condição inerente a ela, apesar de toda articulação contrária.

4.1. A conformação do ensino superior no Brasil a partir da década de 1990

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, aprovada em 20

de dezembro de 1996 (Lei n° 9.394/ 1996), estabeleceu o arcabouço legal sobre o qual passaram a ser estruturadas as mudanças no ensino superior, iniciadas na década de 1990. Para Catani e Oliveira (2002, p.77):

o governo Fernando Henrique Cardoso, a partir do seu primeiro mandato (1995 -1998), deu início a uma ampla reforma que objetivou modificar o panorama da educação no país, particularmente da educação superior. Nesse sentido, promoveu a elaboração e a aprovação de um arcabouço legal capaz de alterar as diretrizes e bases que davam sustentação ao modelo que vinha sendo implementado desde a reforma universitária de 1968. Além disso, vem introduzindo mudanças concretas e de produção do trabalho acadêmico, o que produz transformações significativas no campo universitário e na identidade das Instituições de Ensino Superior.

O arcabouço legal instituído pelo Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) para a promoção da reforma no campo da educação superior compreende, entre outros, a Lei n° 9.191/95⁸⁷, a Lei n° 9.394/96, o Decreto n° 2.026/96⁸⁸, Decreto n° 2.207/97⁸⁹, 2.306/97, o Decreto n° 3.860/01. Estas leis e decretos foram regulamentados por portarias e resoluções do MEC e de seus órgãos, ao longo do processo de consolidação da reforma, devido às disputas travadas por diferentes agentes, principalmente da esfera privada, ora ampliando espaços de atuação, ora os restringindo. Alguns dispositivos da LDB e decretos mencionados, relevantes para este trabalho, passarão a ser apresentados.

O artigo 44 da LDB institui que a educação superior abrange os cursos seqüenciais, de graduação, de pós-graduação e de extensão. Neste

⁸⁷ Trata do processo de escolha dos dirigentes universitários.

⁸⁸ Estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e IES.

⁸⁹ Regulamenta o Sistema Federal de Ensino, dispositivo instituído pela LDB de 1996.

trabalho, a análise do ensino superior se restringirá aos cursos de graduação.

No entanto, a modalidade de ensino superior instituída, pela LDB, via cursos seqüências, constituiu a grande inovação dessa lei, na opinião de Catani e Oliveira (2002), e está sendo utilizada como uma via de expansão do acesso ao ensino superior, embora não constitua um curso de graduação.

No Decreto nº 2.306, de 19 de agosto de 1997 – alterado pelos decretos 2.306/97 e 3.860/2001 que mantiveram a essência da estruturação acadêmica diversificada -, o artigo 8º estabelece que as instituições de ensino superior do sistema federal de ensino se classificam, quanto à sua organização acadêmica, em: i) universidades, ii) centros universitários, iii) faculdades integradas, iv) faculdades e v) institutos superiores ou escolas superiores. As universidades se caracterizam pela indissociabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão (art. 9º). Quanto à natureza jurídica, se classificam em públicas ou privadas (art. 5º).

O Decreto acima mencionado, ao caracterizar a universidade por meio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, resgata o Artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988. E consagra “princípios históricos e acadêmicos fundamentais” (Catani & Oliveira, 2002, p.78). Acena, também, para um possível modelo de ensino superior que seria conferido pela universidade. No entanto, a LDB, no artigo 44, ao apresentar outras modalidades de ensino superior, rompe com esta possibilidade de uma educação superior homogênea,

no nível da qualidade e da abrangência dos programas de ensino (CATANI & OLIVEIRA, 2002).

Ao avaliar o ensino superior brasileiro nos anos 1990, Martins (2000) afirma que a expansão desse nível de ensino mostrou-se refratária à lógica vigente até então, que advogava a homogeneidade das IES por meio da defesa do modelo universitário que vinha se mantendo, malgrado as críticas a ele formuladas. A Constituição Brasileira de 1988 estabelece no artigo 207 que as universidades deveriam cumprir o princípio da indissolubilidade do ensino, pesquisa e extensão, recusando “conceitual e politicamente [a] possibilidade de criação de modelos institucionais diferenciados” (MARTINS, 2000, p. 43). No Brasil, em 1998, havia 973 IES, sendo 153 universidades, representando 16% do conjunto dos estabelecimentos de ensino, enquanto que a maioria do Sistema de Ensino Superior é composto pelos estabelecimentos isolados, representando 75% deste total. Das 153 universidades existentes nesse ano, 25% eram federais, enquanto que 49,7% eram particulares e 19,6% estaduais. A série histórica apresentada por Martins (2000), do período de 1980 a 1998, revela que houve um crescimento de 280% das universidades privadas, enquanto que o número de universidades federais permaneceu praticamente estável, passando de 34 para 39 nesse período. Isso evidencia as opções políticas assumidas pelo Estado brasileiro para a expansão do ensino superior, o que, inclusive, encontrou respaldo legal nas legislações complementares.

Os centros universitários se caracterizariam por serem pluricurriculares, abrangendo uma ou mais áreas do conhecimento (art.12). Caracterizar-se-iam, também, “pela excelência do ensino oferecido, comprovada pela qualificação do seu corpo docente e pelas condições de trabalho acadêmico oferecidas à comunidade escolar (...)”. Possuiriam autonomia para criar, organizar e extinguir cursos e programas de educação superior, conforme prevê o parágrafo primeiro desse artigo.

O decreto nº 3.860, de 09/07/2001, que revogou o anterior, dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições. Em seu artigo 7º estabelece outra classificação para as instituições de ensino superior que integram o Sistema Federal de Ensino: i) universidades, ii) centros universitários e iii) faculdades integradas, faculdades, institutos ou escolas superiores. Nesse decreto, a excelência do ensino oferecido pelos centros universitários é comprovada pelo desempenho “de seus cursos nas avaliações coordenadas pelo Ministério da Educação, pela qualificação do seu corpo docente e pelas condições de trabalho acadêmico oferecidas à comunidade escolar” (art. 11).

As faculdades integradas, segundo este decreto, são instituições cuja proposta curricular abrange uma ou mais áreas do conhecimento e devem atuar com regimento comum e comando unificado (art. 12).

Cabe ressaltar que o Sistema Federal de Ensino abrange as instituições

de regime jurídico público e privado. O ensino superior também é ministrado em instituições estaduais ou municipais que integram os Sistemas Estaduais de Ensino Superior de cada Estado da Federação.

A partir da possibilidade de diversificação do ensino superior no Brasil, a sua expansão se deu por meio da abertura de faculdades, escolas e institutos. No ano de 2003, esse tipo de estabelecimento de ensino superior correspondeu a 75,5% dos existentes, enquanto que a universidade correspondeu a 8% (Tabela 3)⁹⁰. Em 2003, das IES existentes no Brasil, 90% eram privadas (Gráfico 2). O que se pode concluir é que a expansão do ensino superior se deu por meio do ensino privado em instituições cuja finalidade era, exclusivamente, pertinente à atividade de ensino. Reproduzindo uma situação relatada por Teixeira (1969) acerca da expansão do ensino superior no Governo Populista: “Este surto após 1960 sofreu, por certo, influência da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que acentuou a cooperação da atividade privada no campo da educação” (TEIXEIRA, 1969, p 118). Após a aprovação da LDB em 1996, um novo “surto” de expansão do ensino superior pode ser observado, com nova abertura ao setor privado.

Tabela 3

⁹⁰ As tabelas apresentadas a seguir foram retiradas ou adaptadas do documento elaborado pelo INEP: *Tabela Resumo Técnico, 2003*, disponível no site: www.inep.gov.br acessado em 01/10/2005.

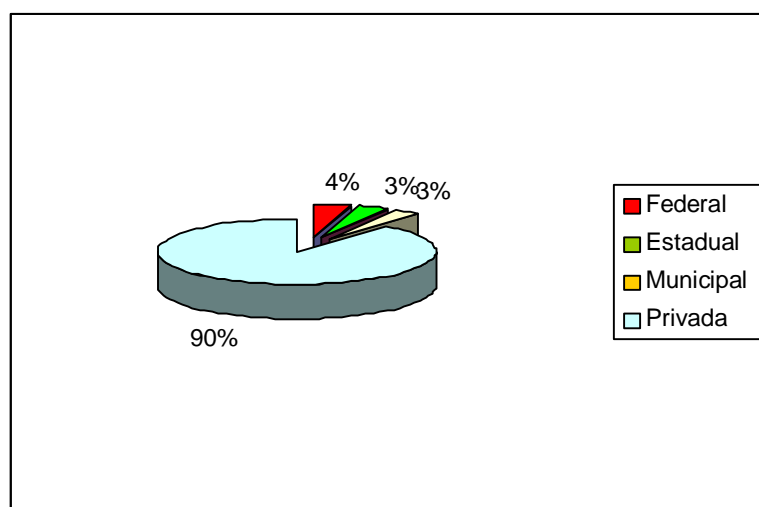
*Número e Percentual de Instituições, por Organização Acadêmica - Brasil
2003*

Instituições	Número	%
Universidades	163	8,8
Centros Universitários	81	4,4
Faculdades Integradas	119	6,4
Faculdades, Escolas e Institutos	1.403	75,5
Centros de Educação Tecnológica	93	5,0
Total	1.859	100,0

Fonte: Deas/INEP/MEC

Gráfico 2

*Percentual de Instituições, por Categoria Administrativa
Brasil, 2003*



Fonte: Deas/INEP/MEC

A expansão do ensino superior no Brasil se deu por diferentes vias ao longo de sua história. No Período Republicano, principalmente na Primeira República, ao sabor das legislações vigentes, a expansão se dá por meio da criação de instituições de ensino isoladas, nas capitais dos Estados. No período pós-64, ocorreu uma grande expansão do setor privado e conseqüente retração

do setor público, cujas matrículas passaram de cerca de 59% do contingente de alunos, em 1962, para 25% em 1984. Entre 1964 e o final de 1974, segundo Dourado (2001), o ensino superior público passou por um processo de expansão contida, resultante da política educacional de aumento do número de vagas e contenção das despesas. Assim, o ensino privado se expandiu por meio da criação de novas unidades de ensino, tanto de universidades como de faculdades isoladas.

A forma como se deu a expansão do ensino superior, na década de 1990, evidencia total adesão às políticas de educação elaboradas pelo Estado brasileiro para este nível de ensino. Elas revelam a tendência do Estado em aderir às recomendações dos organismos internacionais, que vêm sendo editadas desde a década de 1980, visando à reorientação da economia no sentido de alinhamento ao processo de globalização. Esse arranjo estrutural pressupõe uma opção de investimento de manutenção da política monetária, em detrimento das políticas públicas e dos direitos sociais dos trabalhadores. Dourado (2002, p.242) afirma que as políticas para o ensino superior só podem ser compreendidas na sua “relação orgânica com o processo de reforma de Estado em curso no Brasil”. Esse processo, grosso modo, induziu a diversificação, a diferenciação das IES e o aligeiramento do ensino no Brasil, utilizando, principalmente, as políticas de avaliação como eixo estruturante das políticas educacionais.

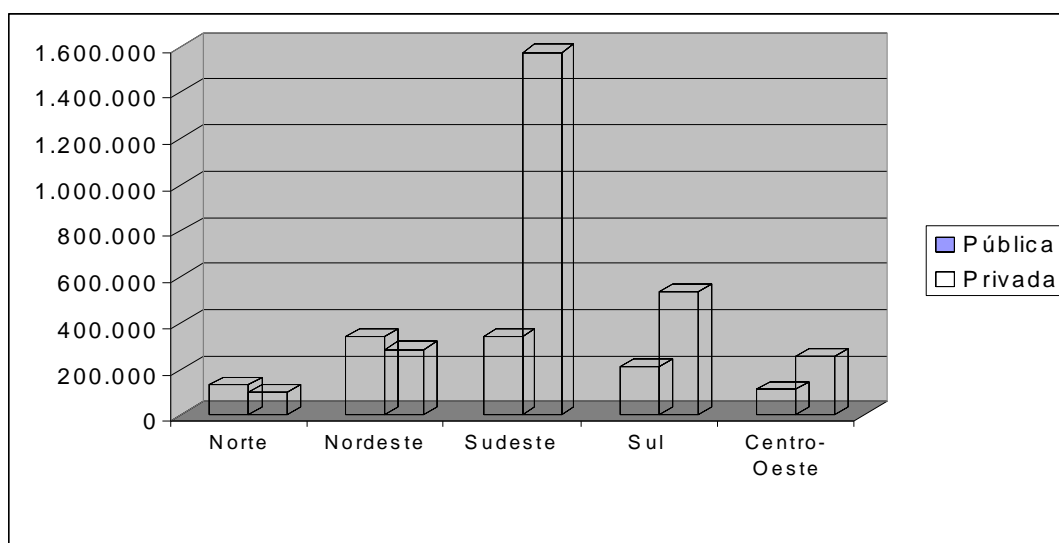
A expansão do ensino superior pode se dar por meio do incremento de matrículas em cursos já existentes ou pela criação de novas unidades de ensino. As formas de expansão refletem as opções políticas de um determinado período histórico, como o incentivo à expansão do setor público ou privado, bem como à expansão das fronteiras geográficas para a localização das unidades de ensino. Neste sentido, a interiorização das unidades, que se acentua a partir da década de 1980, também conforma o rol das opções políticas de expansão do ensino superior (DOURADO, 2001).

No documento publicado pelo INEP, em 2000, *Resultados e tendências da educação superior no Brasil*, a presidente do instituto na época, prof^a. Maria Helena Guimarães de Castro, aponta como tendência do ensino superior, revelada no censo de 1999, entre outras, o acelerado ritmo de expansão de matrícula na graduação. Esta expansão teria promovido a redução das desigualdades regionais na oferta de vagas da graduação e da pós-graduação, segundo o documento citado. Nas regiões Norte e Nordeste, a expansão do ensino superior se deu com a “preponderante” participação do setor público (BRASIL, 2000). Observando o Gráfico 3, essa tendência permanece, ainda em 2003. No entanto, o dado deve ser entendido na lógica do mercado, segundo a qual o investimento privado em educação é realizado onde existe um consumidor potencial para o produto, ou seja, nas regiões onde o poder

aquisitivo é maior. Portanto, a maior expansão de matrículas patrocinada pelo setor privado se deu na região Sudeste, seguida da região Sul (Gráfico 3). Vale ressaltar que 43,5% da população brasileira concentram-se na Região Sudeste, sendo que o Estado de São Paulo concentra 10% da população brasileira (IBGE, 2004).

Gráfico 3

Número de matrículas na graduação presencial por região geográfica Brasil 2003



Fonte: Deas/INEP/MEC

O número de instituições públicas de ensino superior nas regiões Norte e Nordeste é bem menor do que o das privadas, como pode ser observado na Tabela 4. No entanto, observando os dados do Gráfico 4, nota-se que houve uma substantiva criação de novas IES privadas, e tomando como base os dados

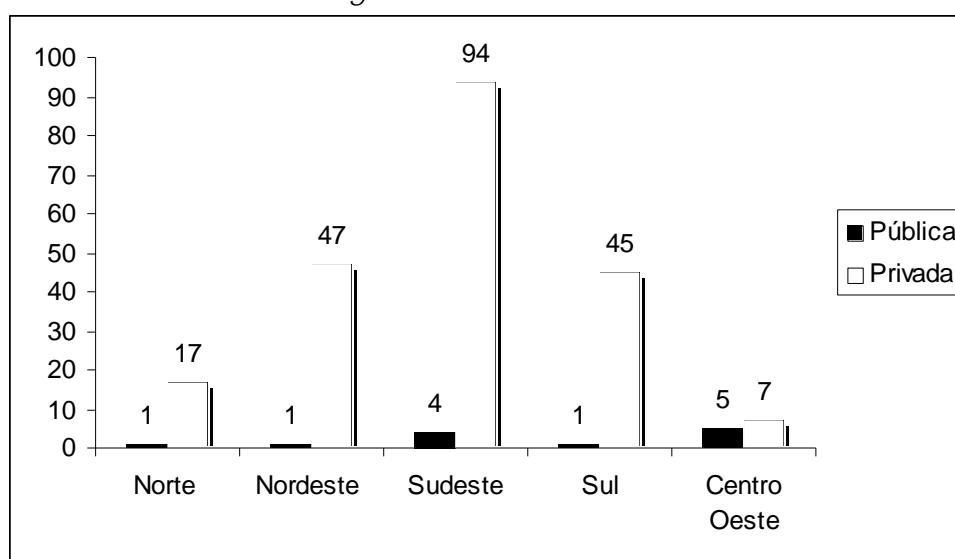
do Censo de 2003, o tipo de instituição criada foi a faculdade isolada; trata-se, portanto, de instituição tradicionalmente menor, com apenas um curso. Mais uma vez, vale trazer à tona a discussão sobre a qualidade e a abrangência da expansão da educação superior que pode ser realizada por uma instituição de ensino dessa modalidade.

Tabela 4
Número de Instituições por Categoria Administrativa e Região Geográfica Brasil – 2003

Categoria administrativa	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Pública	15	52	81	36	23	207
Privada	86	252	857	270	187	1.652
Total	101	304	938	306	210	1.859

Fonte: Deas/INEP/MEC

Gráfico 4
Número de novas instituições por Categoria Administrativa e Região Geográfica Brasil – 2003



Fonte: Deas/INEP/MEC

A expansão e a diversificação do ensino superior no Brasil, quando

analisadas sob a ótica da sua distribuição geográfica, revelam as desigualdades e as contradições da sociedade brasileira presentes em outros indicadores sociais. A média nacional de Esperança de Vida ao Nascer é de 71,3 anos. Na Região Norte esta média se reduz para 66,3 anos e, na Nordeste, para 66,7 anos. Estes dados revelam a desigualdade de acesso aos investimentos sociais na infra-estrutura básica responsável pela melhoria das condições de vida. No Brasil o acesso ao saneamento adequado varia de acordo com a faixa salarial: 42,2% das famílias que vivem com até $\frac{1}{2}$ salário mínimo têm acesso a este tipo de serviço público, ao passo que esta cifra sobe para 88,2% para as famílias que recebem mais de cinco salários mínimos. Os domicílios beneficiados com abastecimento interno de água na Região Norte são 57,5%, enquanto na Região Sudeste este número sobe para 95,5%. A relação de dependência, ou seja, a relação de pessoas potencialmente ativas comparadas com as potencialmente inativas (crianças de 0 a 14 anos e idosos com 65 anos ou mais), que revela a proporção de pessoas que dependem do rendimento de terceiros para viver, é maior na Região Norte (60%), bem como a Taxa de Desocupação (10,9%). Na Região Nordeste é onde se encontram as piores taxas, o que revela a situação educacional da população. A Taxa de Analfabetismo é de 23,2%; entre as pessoas com 15 anos ou mais essa taxa é de 17,3%; e apenas 6,5% das pessoas com 25 anos ou mais possuem 12 anos ou mais de estudos. No entanto, a exclusão digital é maior na Região Norte, aonde apenas 7,7% dos

domicílios possuem computador (no País, o número de domicílios sobe para 17,5%, influenciado pela situação encontrada na Região Sudeste, onde 22% dos domicílios possuem computadores (IBGE, 2004).

A grosso modo, evidencia-se, nos dados apresentados, a tendência de expansão do ensino superior iniciada na década de 1960, por meio do setor privado (Gráfico 5), com a criação de novas instituições isoladas, ministrando cursos de graduação, principalmente de Administração, Direito e Letras, correspondendo a 37,2% dos alunos matriculados no ensino superior no Brasil, em 2003 (Tabela 6).

Tabela 5

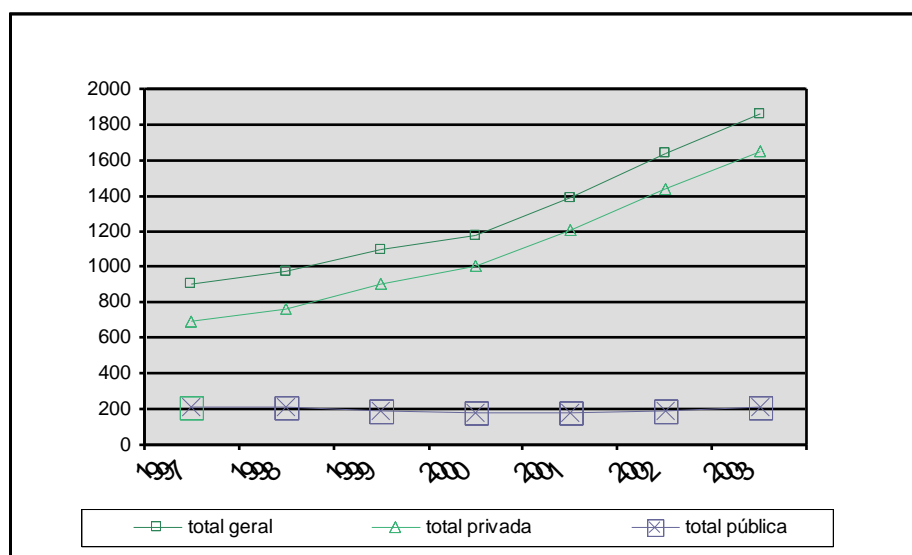
Número Médio de Cursos de Graduação Presencial por Instituição e Categoria Administrativa. Brasil – 2003

Indicador	Geral	Federal	Estadual	Municipal	Privada
Cursos/Instituição	8,9	28,8	42,9	8,2	6,5

Fonte: Deas/INEP/MEC

Gráfico 5

Evolução do número de IES no Brasil, no período de 1997 a 2003
Brasil - 2003



Fonte:Deaes/INEP/ME

Tabela 6

Dez maiores cursos de graduação presencial por ordem decrescente do número de matrícula e concluintes. Brasil - 2003

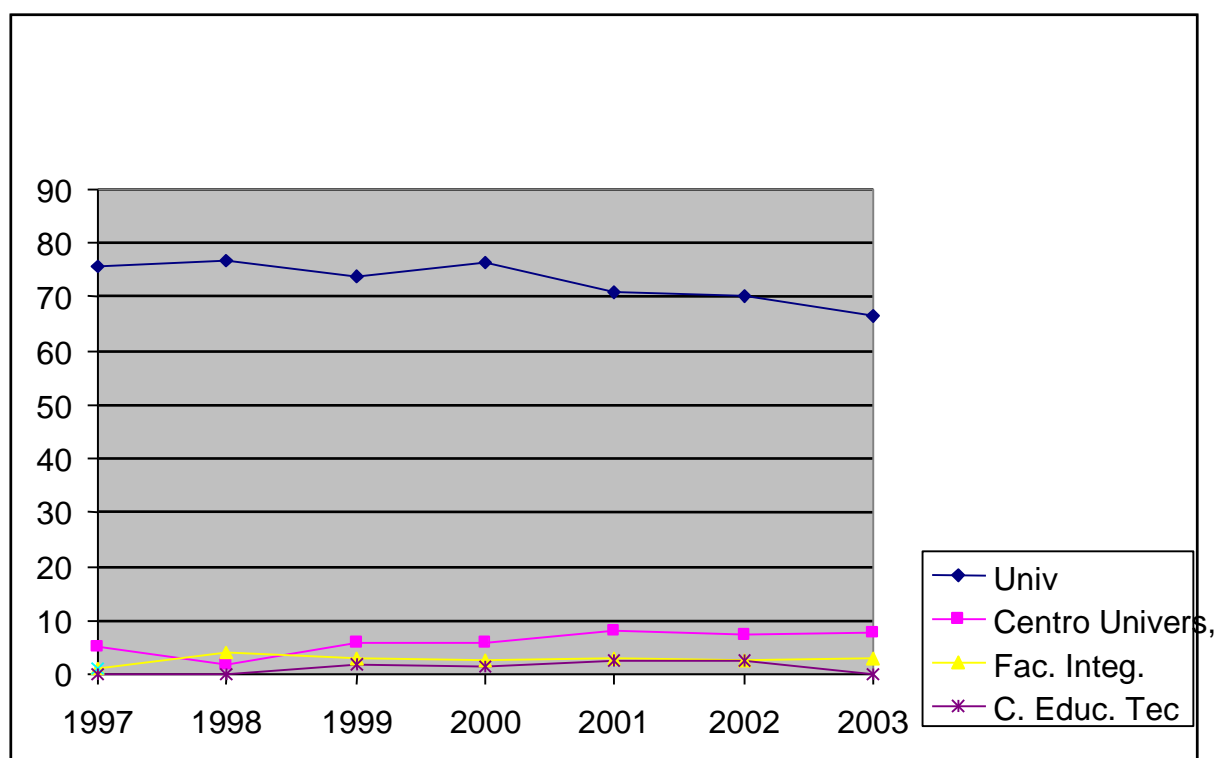
CURSOS	MATRÍCULAS			CONCLUINTES		
	n	%	% Acumulado	n	%	% Acumulado
Administração	564.681	14,5	14,5	63.688	12,1	12,1
Direito	508.424	13,1	27,6	64.413	12,1	24,3
Pedagogia	373.878	9,6	37,2	65.475	12,4	36,6
Engenharia	234.680	6,0	43,3	21.863	4,1	40,8
Letras	189.187	4,9	48,1	33.213	6,3	47,1
Comunicação Social	174.856	4,5	52,6	21.491	4,1	51,1
Ciências Contábeis	157.991	4,1	56,7	21.800	4,1	55,3
Educação Física	116.621	3,0	59,7	14.560	2,8	58,0
Ciências da Computação	93.167	2,4	62,1	10.435	2,0	60,0
Enfermagem	92.134	2,4	64,5	11.252	2,1	62,1
Total	2.505.619		64,5	328.190		62,1

Fonte:Deaes/INEP/MEC

No entanto, a busca pelo ensino superior se dá majoritariamente por meio das universidades públicas, como primeira opção de acesso. No período entre 1997 a 2003, como mostra o Gráfico 6, houve um declínio de 9,4 pontos percentuais nas inscrições nos concursos vestibulares nas universidades. Ao observar os pequenos números se observa um fenômeno interessante. Entre 1999 a 2003 o percentual de procura dos Centros Educacionais Tecnológicos passou de 1,7% para 3,0%, um incremento de 56,7% nas inscrições, um aumento muito superior se comparado às outras modalidades de curso superior.

Gráfico 6.

Número percentual de candidatos inscritos em graduação presencial por vestibular Brasil, 1997-2003

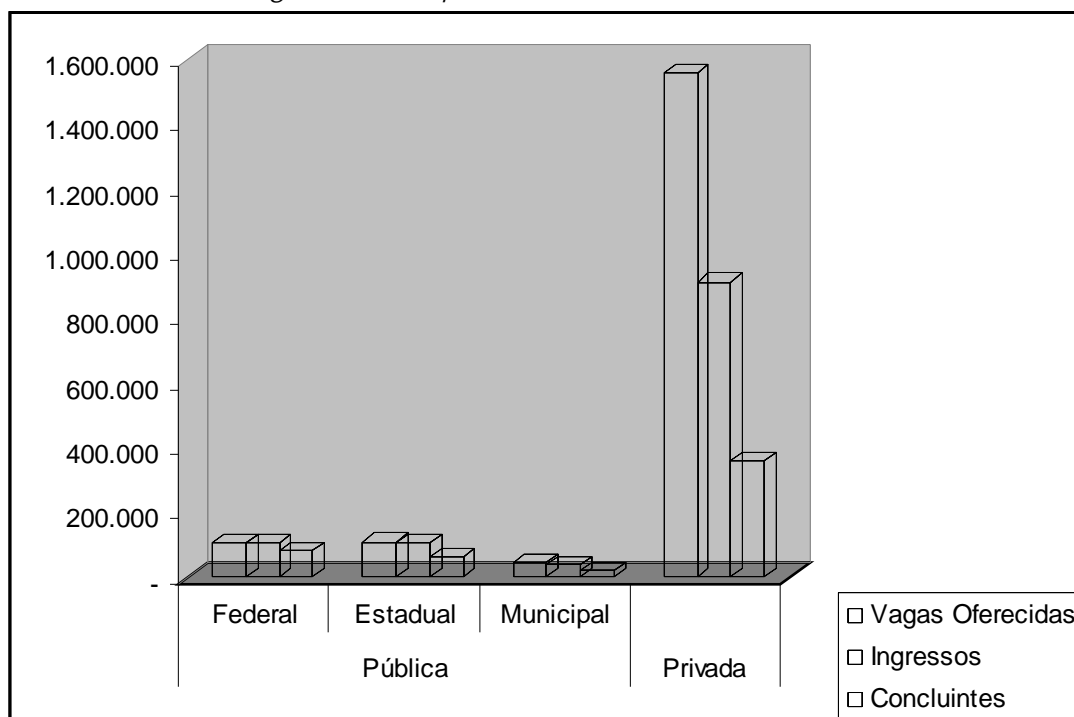


Fonte: Deaes/INEP/MEC

Das vagas oferecidas pelo setor privado, em 2003, apenas 58,6% são ocupadas por meio dos exames vestibulares. Dos que ingressam no ensino superior, apenas 39,2% concluem os seus cursos. A taxa de evasão está na ordem de 64,6% (Gráfico 7). Estes dados apontam para uma tendência de saturamento do setor educacional privado e diminuição do ritmo de expansão, tendo em vista o número de vagas ociosas, junto a população que potencialmente teria condições legais de ter acesso a este nível educacional e o baixo poder aquisitivo da população brasileira. Algumas medidas governamentais tem sido implementadas para contornar esse problema por meio de bolsas a alunos de comprovada impossibilidade de manter-se no ensino superior particular, como é o caso do ProUni, medida que também é sugerida nas recomendações do Banco Mundial (1995).

Gráfico 7

Número de vagas oferecidas, candidatos inscritos e ingressos por vestibular na graduação presencial Brasil - 2003



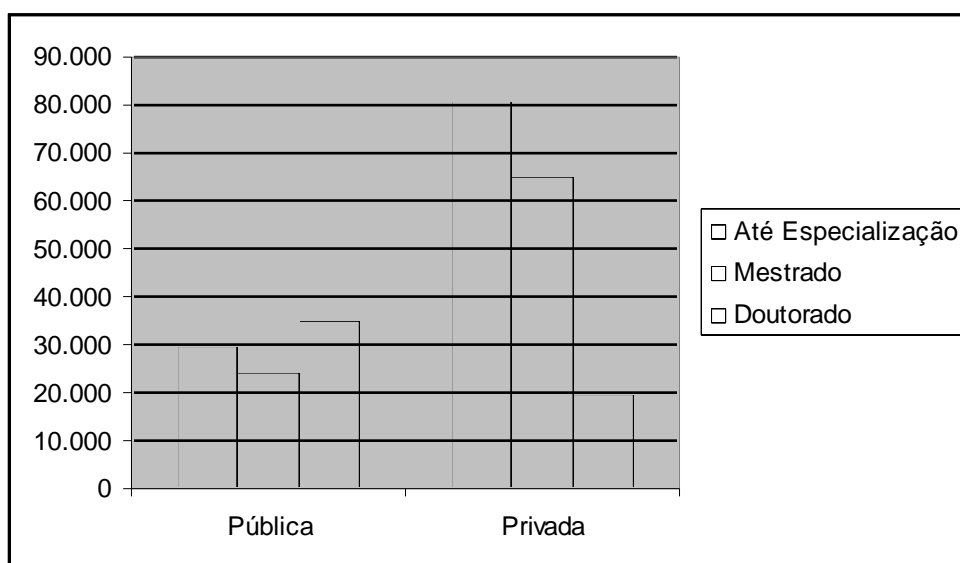
Fonte:Deaes/INEP/MEC

No cenário de expansão do ensino superior, que reflete as políticas educacionais de diversificação, diferenciação, massificação, interiorização e aligeiramento do ensino, pode-se observar o papel do Estado imputado por Dourado (2002, p. 179) de

canal facilitador e legitimador da expansão do mercado, atuando, especialmente, em duas frentes articuladas: nas áreas estratégicas para o desenvolvimento do capital (educação, saúde, habitação) e no estabelecimento de políticas de incentivos e subsídios ao setor privado.

Gráfico 8

Distribuição dos docentes por formação e categoria administrativa das IES, Brasil - 2003



Fonte: Deaes/INEP/MEC

No Gráfico 8 pode-se observar um problema que repercute diretamente na qualidade do ensino superior: a qualificação docente. Como discutido por Cunha (2004), no Brasil não foram desenvolvidas ações para a formação do docente universitário e o ritmo de expansão acelerada desse nível

de ensino acarretou o que ele denominou de “improvisação” docente. A legislação informa que essa formação se dará nos programas de pós-graduação, sem maiores especificações. A contratação do docente universitário nas IFES se dá por concurso público, com a exigência do grau de doutor. Mais recentemente, no entanto, este grau acadêmico não informa sobre o preparo deste profissional para a docência. Nas instituições privadas, pelos dados apresentados no Gráfico 8, constata-se o predomínio do grau de especialista entre os docentes, sugerindo menor preparo para o exercício da função, no que se refere ao domínio do conhecimento que a função exige.

4.2. Os cursos de odontologia na lógica da expansão e diversificação

O número de cursos de odontologia no Brasil teve aumento vertiginoso na década de 1990, acompanhando a tendência iniciada na década anterior. Segundo Tabacoff (1977), em 1977, havia 59 cursos de odontologia constantes da lista da ABENO. Na pesquisa de Werner (1989), o número de faculdades de odontologia, em 1989, era de 78 instituições.

Quadro 106

Distribuição dos cursos de odontologia por ano, categoria administrativa e organização acadêmica. Brasil, 2003.

ANO	TOTAL	PUBLICA			PRIVADA	
		Federal	Estadual	Municipal	Particular	Comut/Confes/ Filant
1996	98	27	17	04	50	-
1997	115	27	17	05	66	-

1999	130	27	17	05	38*	43
2000	140	27	19	05	50	41
2001	152	27	19	06	56	44
2002	158	27	19	06	62	44
2003	170	27	19	07	67	50

* A partir de 1999 os Censos do Ensino Superior dividiram as instituições privadas de Ensino Superior em Particulares e Comunitárias, Confessionais ou Filantrópicas
 Fonte: Censo da Educação Superior de 1996 a 2003. INEP/MEC

O Quadro 16 apresenta a distribuição dos cursos de odontologia no período de 1996 a 2003. Em 1996, o número de cursos de odontologia no Brasil era de 98, chegando, em 2000 a 140 cursos, um aumento de 42,8% no período de quatro anos. Entre 2000 e 2003, o incremento de novos cursos foi da ordem de 21,4%. Observa-se, também, que sua criação se deu, principalmente, nas faculdades da rede particular (34%), enquanto que nas comunitárias ou confessionais este incremento foi de 21,9%.

O artigo 16 do Decreto nº 2.306, de 19/08/1997, estabelece que a criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia deverá ter a prévia avaliação do Conselho Nacional de Saúde. O parágrafo primeiro desse artigo prevê que os pedidos de criação dos referidos cursos de graduação, proferidos pelas universidades e centros universitários, devem ser submetidos diretamente ao CNS, que terá 120 dias de prazo para se manifestar. As demais instituições devem encaminhar o pedido inicialmente ao MEC, que posteriormente o encaminhará ao CNS.

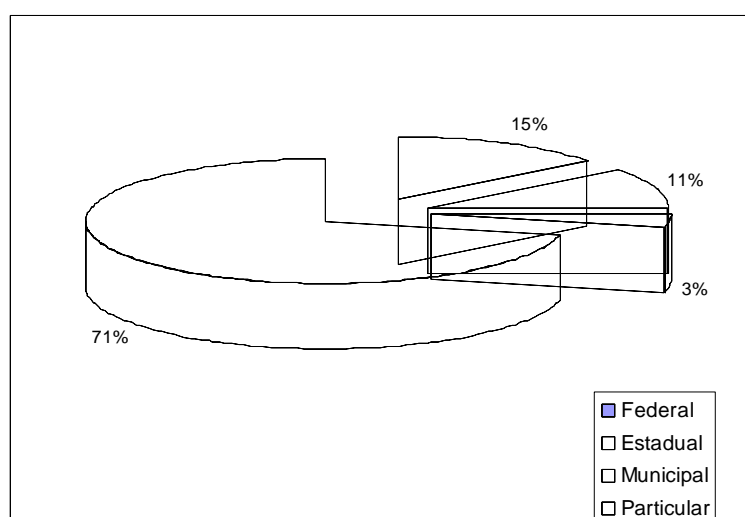
No Decreto nº 3.860, de 09/07/2001, que revogou o decreto

anteriormente citado, esse dispositivo foi aperfeiçoado. O prazo de 120 dias para a manifestação do CNS passa a ser contado a partir da data de recebimento do processo (art. 27,§1º). O artigo 29 prevê que a autorização de funcionamento dos cursos de medicina, psicologia, odontologia e direito ofertados por universidades não se estendem a cursos oferecidos fora da sua sede.

No entanto, esses dispositivos legais não impediram a criação de novos cursos de odontologia no País. Segundos dados do INEP, de 2005⁹¹, no Brasil estão criados e reconhecidos 186 cursos de odontologia, sendo que 71% são particulares, 15% federais, 11% estaduais e apenas 3% municipais (Gráfico 9).

Gráfico 9

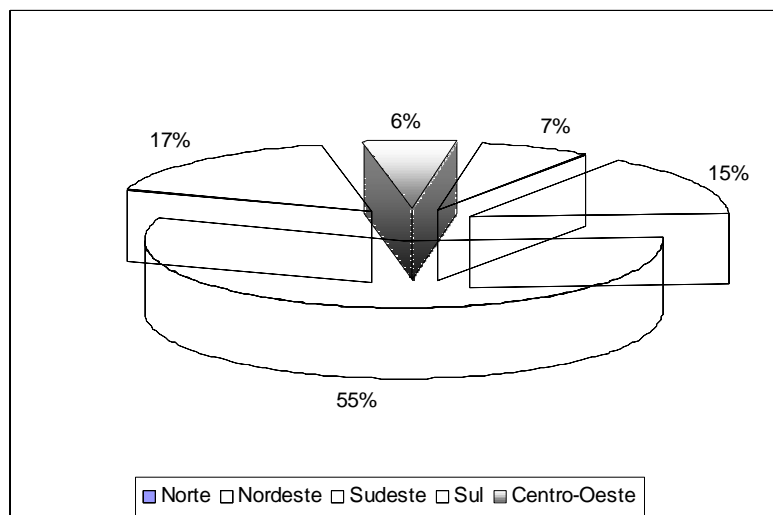
Distribuição percentual dos cursos de odontologia por categoria administrativa. Brasil - 2005



Fonte: INEP, 2005

⁹¹ A pesquisadora criou um banco de dados sobre as faculdades de odontologia brasileiras, a partir das informações contidas no Cadastro das Instituições de Educação Superior disponibilizado pelo INEP. Os dados foram coletados até 30/05/05. Foram coletadas informações utilizando-se os recursos disponíveis na página do INEP sobre Cursos e Resultados das Avaliações dos Cursos. Em cada cadastro dos 186 cursos de odontologia foram sistematizadas as informações sobre localidade, data do início do funcionamento, prazo para integralização do curso, carga horária total do curso, vagas autorizadas, dados de criação/autorização e reconhecimento. Foram coletados, também, os dados dos cursos avaliados em relação às condições de oferta, bem como a avaliação no ENC. Alguns desses dados serão apresentados de acordo com a pertinência com o

Gráfico 10
Distribuição percentual dos cursos de odontologia por região geográfica
Brasil - 2005



Fonte: INEP, 2005

Ao comparar estes dados com os apresentados no item anterior, nota-se que a expansão dos cursos de odontologia se deu dentro dos mesmos parâmetros e lógica de expansão dos cursos superiores no Brasil. A expansão se deu por meio da ampliação do número de novas unidades de ensino, com concentração no setor privado, aumentando a oferta de vagas, e mantendo a desigualdade geográfica da oferta (Gráfico 10). A desigualdade geográfica de oferta também acompanha as desigualdades das condições de vida nas diferentes regiões do País que determinam a viabilidade econômica do setor privado educacional, demarcando a tendência de regulação do setor pelo mercado (CUNHA, 2004).

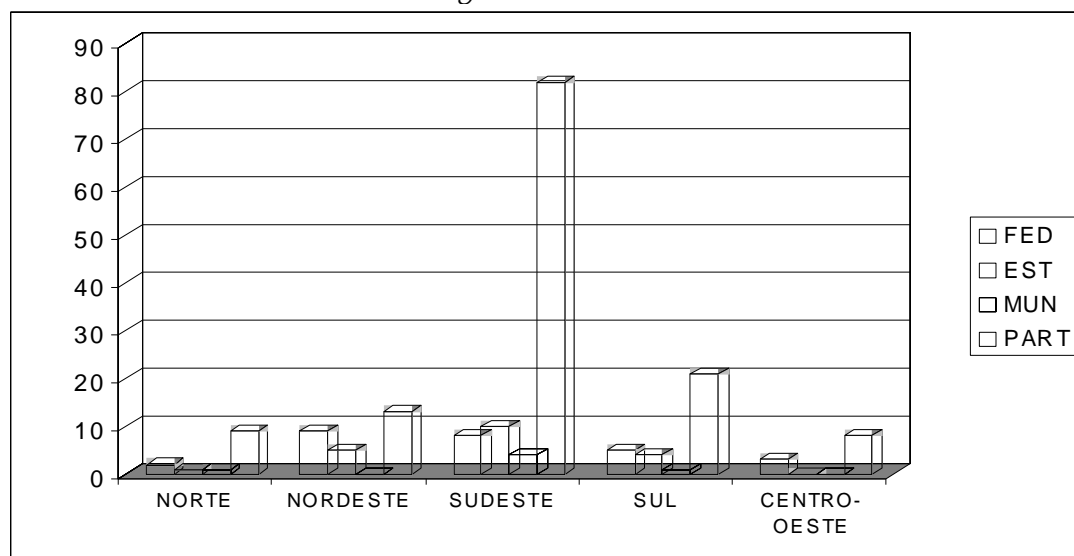
Distribuindo os cursos por região (Gráfico 11), pode-se notar que eles se concentram na Região Sudeste (55%), considerada a região brasileira mais desenvolvida economicamente e com maior concentração de renda. Dos 106 cursos de odontologia na Região Sudeste, 81% pertencem à rede privada de

objeto da pesquisa.

ensino superior, maior do que a média nacional. O maior percentual de cursos de odontologia da rede pública de ensino pode-se encontrar na Região Nordeste (Quadro 16).

Gráfico 11

Distribuição dos cursos de odontologia por organização administrativa e região. Brasil - 2005



Fonte: INEP, 2005

O Quadro 17 se refere à distribuição dos cursos de odontologia no Brasil, bem como do número de vagas existentes. Entre 1995 e 2005, o aumento no número de cursos de odontologia no Brasil foi de 109%. Destaque para a Região Norte, onde este aumento foi da ordem de 600%. A Região Sul foi onde o aumento de novos cursos foi menor, 82,3%.

Em relação ao número de vagas, na última década, houve um aumento de 79,4% para os cursos de odontologia. Em média, foram oferecidas anualmente 14.328 vagas, entre 2001 e 2005. Na Região Norte foi onde ocorreu o maior incremento, 494,6% de novas vagas, seguida da Região Centro-Oeste,

186,1%. Entre os Estados da Federação, o Estado do Amazonas teve o crescimento mais acentuado, da ordem de 553%. A Região Sul apresenta uma tendência, entre os anos de 2001 a 2005, de decréscimo no número de vagas da ordem de 12%. Neste período, no Estado do Rio Grande do Sul houve redução de duas instituições de ensino odontológico (Quadro 17).

Quadro 17

Distribuição dos cursos e vagas da graduação em odontologia por regiões, segundo unidades federadas. Brasil - 1995, 2001 e 2005

Graduação	Odontologia					
	Cursos			Vagas		
Região /UF	1995	2001	2005**	1995	2001	2005**
BRASIL	89	150	186	8.351	13.672	14.985
NORTE	2	9	14	150	614	892
Acre	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0
Amazonas	1	5	6	60	334	392
Pará	1	2	2	90	170	170
Rondônia	0	1	2	0	60	140
Roraima	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	1	3	0	50	190
NORDESTE	14	22	27	978	1.787	1.873
Alagoas	1	2	2	60	180	120
Bahia	2	3	6	180	300	530
Ceará	2	2	2	180	190	135
Maranhão	1	3	3	48	245	162
Paraíba	2	2	2	130	140	140
Pernambuco	3	3	4	240	250	280
Piauí	1	3	3	40	190	194
Rio G. do Norte	1	2	2	60	152	172
Sergipe	1	2	3	40	140	140
SUDESTE	50	80	104	5.672	8.093	9.076
Espírito Santo	1	2	2	60	130	120
Minas Gerais	12	15	19	1.520	1.640	1.478
Rio de Janeiro	11	18	24	964	1.841	1900
São Paulo	26	45	59	3.128	4.482	5.578
SUL	17	30	31	1.219	2.456	2.194
Paraná	9	14	14	576	1.072	927*

Rio G. do Sul	6	9	11	483	864	772
Santa Catarina	2	7	6	160	520	495
CENTRO-OESTE	6	9	11	332	722	950
Distrito Federal	2	3	4	100	212	280
Goiás	2	2	3	120	180	380
Mato Grosso	1	2	2	80	220	160
Mato G. do Sul	1	2	2	32	110	130

* Duas instituições de ensino não informaram o número de vagas oferecidas pela instituição.

** Dados coletados INEP, 2005

Fonte: Adaptado de Vieira, et al, 2003.

Estudo realizado em 2004 pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde (VIEIRA et al, 2004) constatou que a distribuição dos cursos da área da saúde bem como a de vagas retratam uma expansão sem planejamento setorial. Essa expansão foi motivada pelo desenvolvimento econômico e pelo poder de compra das regiões Sul e Sudeste. Por isso, apontam para a necessidade de formulação de “políticas públicas educacionais que revertam em ampliação do número de cursos (...) com dependência pública nas regiões menos favorecidas” (p. 192), prática que já vem sendo regulada pelo mercado.

Para Machado (1977), a profissão médica possui algumas características peculiares. Em levantamento nacional sobre o perfil dos médicos no Brasil, conclui que esta é uma profissão tipicamente urbana, onde o fenômeno da “linhagem médica” vem se acentuando, com um crescente processo de rejuvenescimento e feminilização do seu contingente profissional e ênfase na especialização. Sobre a urbanização da profissão, a autora afirma:

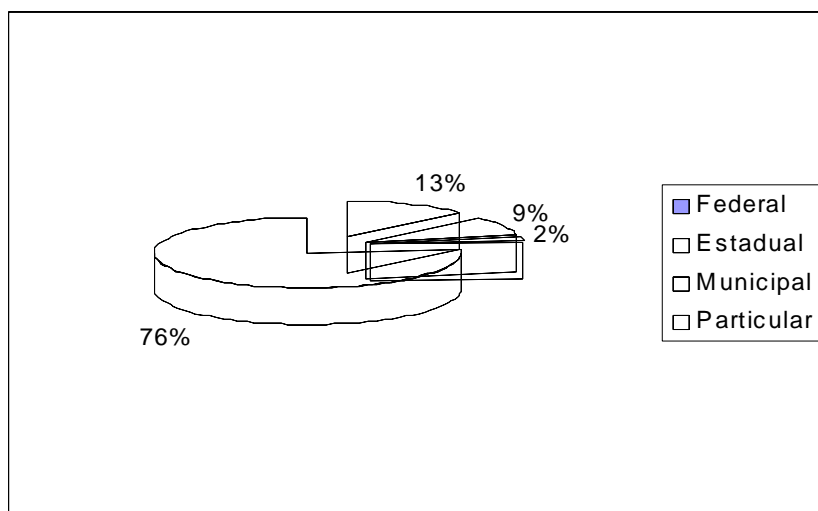
(...) quase 80% do contingente médico exerce suas atividades em apenas sete estados – Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Sul – dos 26 da Federação. Nesses estados, concentra-se a produção econômica do País, ou seja, grande parte do PIB

brasileiro, bem como a maior parte da rede educacional (escolas e universidades). Conseqüentemente, neles vive a maior parte da população com maior nível de escolaridade. Essa política urbana equivocada, que concentra em poucos municípios, geralmente nas capitais, a urbanização e a industrialização, tem reunido, nesses centros urbanos, uma 'superpopulação' de profissionais qualificados (engenheiros, advogados, arquitetos, economistas, odontólogos, enfermeiros e, evidentemente, médicos). A pesquisa constata tanto a elevada concentração de médicos (no Rio de Janeiro e em São Paulo), como a sua escassez ou até ausência em diversos municípios do Pará, Amazonas, Ceará e Pernambuco (MACHADO, 1977, p. 37).

Em pesquisa realizada em 2003 pelas entidades da categoria odontológica, para traçar o perfil do cirurgião-dentista no Brasil, observou-se que 57,5% dos profissionais eram do sexo feminino, 29,5% tinham até 30 anos, 34,4% residiam no estado de São Paulo. Da amostra entrevistada, 60,6% residiam na Região Sudeste e 83,9% atuavam somente na cidade onde residem. Dos entrevistados, 52,1% formaram-se em faculdades privadas; destes, 38,1% têm até cinco anos de formados e 57,3% fizeram pós-graduação, sendo que 42% são especialistas. Mesmo com este contingente de profissionais com pós-graduação, 76,7% atuam como clínico geral, revelando a fragilidade do mercado de trabalho profissional. Nos dados apresentados, pode-se constatar que a tendência de feminilização, rejuvenescimento, urbanização e especialização da odontologia são marcantes (CFO, 2003).

Gráfico 12

Distribuição percentual das vagas dos cursos de odontologia por categoria administrativa Brasil - 2005

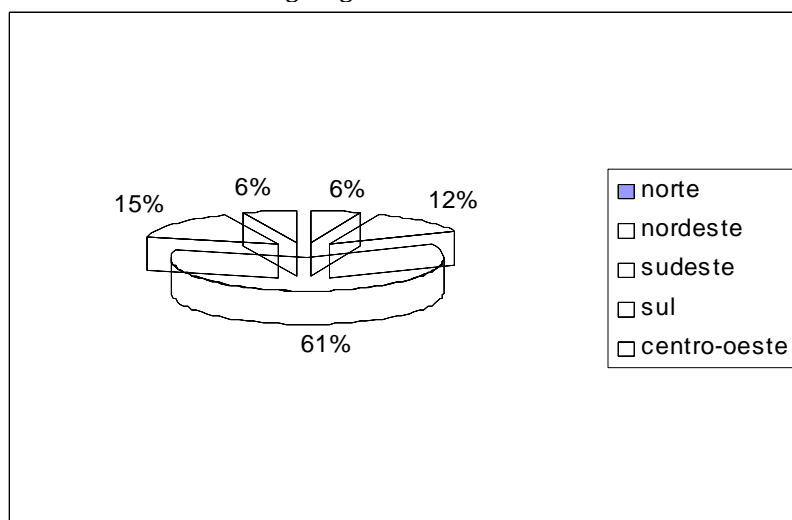


Fonte: INEP, 2005.

A distribuição das vagas dos cursos de odontologia no Brasil segue a tendência da expansão do ensino superior (Gráficos 11 e 12). Há uma concentração de vagas no setor privado do ensino superior (76%) e na Região Sudeste (61%). Mesmo com o grande incremento proporcional nas regiões Norte e Centro-Oeste, tanto em relação ao número de cursos, como, conseqüentemente, de vagas nestas regiões, é difícil visualizar uma distribuição mais eqüitativa de vagas, a curto prazo, nos cursos de odontologia, como observaram Vieira *et al* (2003). Para estes autores, é necessário considerar, quando da análise do crescimento e expansão dos cursos na área da saúde, o crescimento inter-regional: “a velocidade de expansão é muito mais intensa no sudeste, fazendo com que exista um leque de oferta bem mais elevado, proporcionando sem dúvidas uma maior procura e uma intensa migração para a região” (VIEIRA, et al, 2004, p.190-191).

Gráfico 13

Distribuição percentual das vagas dos cursos de odontologia por região geográfica Brasil - 2005



Fonte: INEP, 2005.

Apesar dos dados apresentados até aqui terem desvendado a tendência de expansão do ensino da odontologia, a publicação do INEP *A trajetória dos cursos de graduação na saúde* (FERNANDES NETO, et al, 2006), referente aos cursos de odontologia, traz alguns dados instigantes. Houve uma redução de 41,2% na procura pelo curso de odontologia, entre 1991 a 2004. Essa redução está presente nos dados acerca do número de candidatos inscritos no processo seletivo dos cursos de odontologia no Brasil. E, também, neste mesmo período, houve o aumento na evasão dos alunos (22,17%). Os dados analisados junto com o crescimento da oferta de vagas para os cursos de odontologia apontam para a necessidade de ajuste no setor, principalmente pelo fato de que ele é majoritariamente ocupado pelo setor privado. Daí, pode-se afirmar que há uma tendência de estabilização, a curto prazo, e de diminuição, a longo prazo, da

oferta de vagas para os cursos de odontologia, devido à saturação do “mercado educacional”.

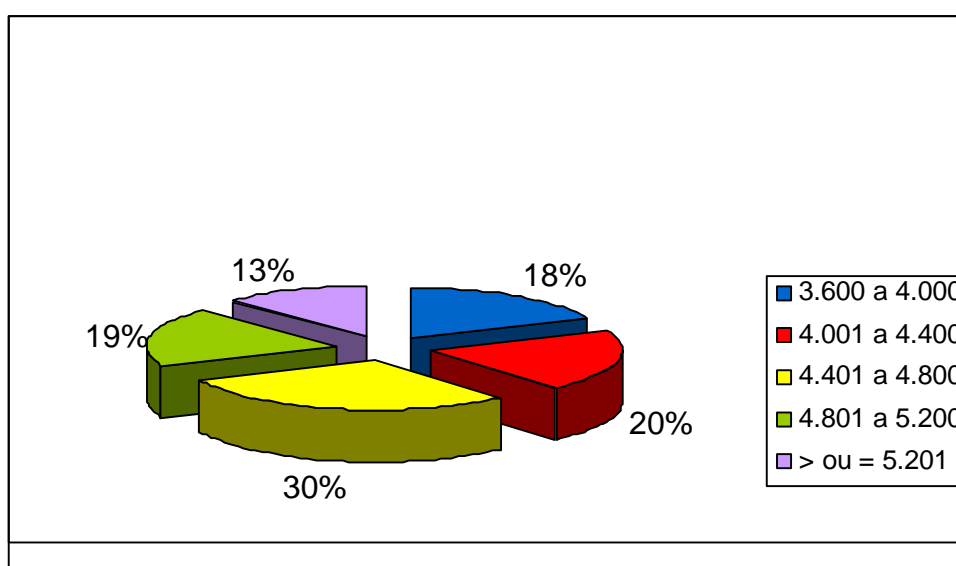
O perfil do estudante que concluiu o curso de odontologia apresentado no documento acima mencionado revela que 67,6% têm entre 20 a 24 anos, do sexo feminino (65,3%), se declaram da cor branca (83,7%), provêm de famílias cuja renda se situa entre 3 a 10 salários mínimos (31,5%) ou entre 10 a 20 salários mínimos (28,8%) e não trabalharam durante o curso (71,9%). O pai (52,7%) e a mãe (50,7%) também freqüentaram curso superior. Fizerem o ensino médio em estabelecimentos privados (66,4%). Têm acesso à internet (95,2%) e possuem computador em casa (75%). Por essa inserção econômica das famílias dos estudantes de odontologia, pode-se inferir que o ritmo de desaceleração desse nicho de mercado tenha um tempo distinto, a depender do poder de pressão dessa classe social para a manutenção dos seus privilégios, principalmente pelo Estado.

A carga horária para a integralização do curso de odontologia é muito heterogênea: a média é de 4.533,13 horas, variando de 3.240 a 6.265 horas. A Resolução nº 4 de 03/09/1982, do CFE, determina que a carga horária mínima para a integralização do curso de odontologia é de 3.600 horas. Segundo o Parecer nº 329/2004, do CNE/CSE, a carga horária mínima para os cursos de odontologia é de 4.000 horas, respeitando-se o disposto na LDB acerca do período letivo fixado na Lei, ou seja, 200 dias letivos para o regime anual e 100

dias para o regime seriado. Utilizando-se esses dois parâmetros, conclui-se que os cursos de odontologia foram distribuídos pela carga horária (Gráfico 13). Observa-se que 30% dos cursos têm uma carga horária total entre 4.401 a 4.800 horas. Chama atenção o percentual de 13% dos cursos com carga horária superior a 5.201 horas. A carga horária para a integralização do curso, quando separada por tipo de organização administrativa, mostra que nos cursos das IFES (Gráfico14) há a tendência de carga horária menor. Os cursos possuem carga horária entre 3.600 a 4.000 horas em 48% dessas instituições.

Gráfico 14

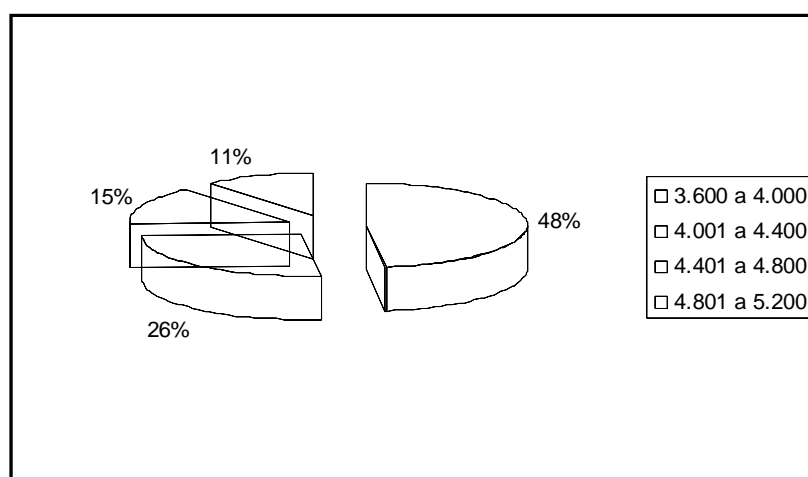
*Distribuição percentual dos cursos de odontologia por carga horária de integralização do curso
Brasil - 2005*



Fonte: INEP, 2005

Gráfico 15

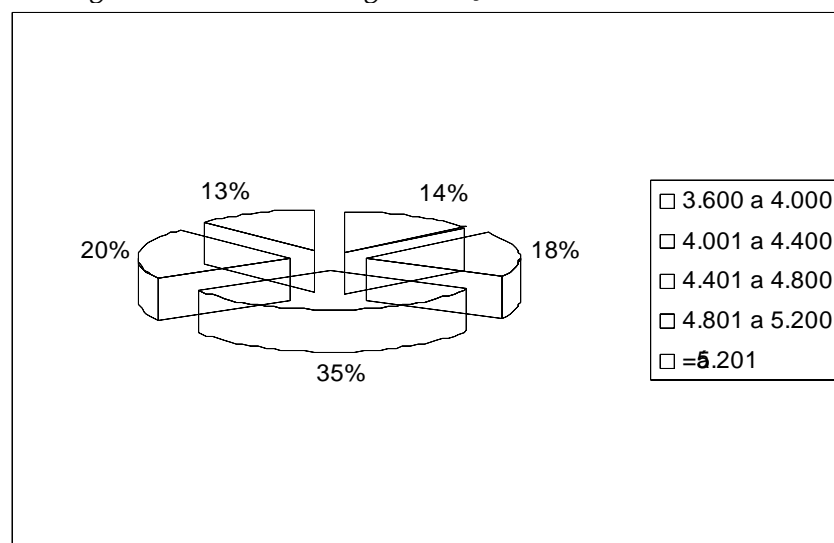
Distribuição percentual dos cursos de odontologia das IFES por carga horária de integralização do curso Brasil – 2005



Fonte: INEP, 2005

Gráfico 16

Distribuição percentual dos cursos de odontologia das IES particulares por carga horária de integralização do curso Brasil - 2005



Fonte: INEP, 2005

A média nacional é fortemente influenciada pelas IES particulares, que tendem a ter cursos com uma duração bem maior, se comparadas com as IFES (Gráfico 15). Entre elas, 35% têm cursos com duração de 4.401 a 4.800 horas, com tendência marcante para cursos de maior duração. Na mesma faixa de duração, encontram-se 15% dos cursos ministrados nas IFES (Gráfico 15). Não há nas IFES nenhum curso com duração superior a 5.200 horas, até 2005, enquanto que nessa faixa encontram-se 13% dos ministrados nas IES particulares. Apesar dessa diferença na carga horária dos cursos de odontologia, com uma tendência de cursos de maior duração nas IES particulares, os dados do ENC e do ENADE mostram melhor avaliação dos alunos das IFES.

Por parte dos pesquisadores das tendências de expansão dos cursos da área da saúde no Brasil, há uma expectativa em relação ao papel disciplinador que as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, respaldadas na legislação da educação, possam desempenhar no quadro da distribuição dos recursos humanos em saúde e dos aparelhos formadores. Segundo essa visão, a expansão se daria para contemplar as necessidades de saúde da população brasileira, aonde o critério de expansão se daria pelo princípio da equidade. Portanto, as regiões que necessitassem de mais profissionais para desenvolver as ações de saúde dentro do SUS incrementariam a formação deles.

Na contramão dessa visão, tem prevalecido a lógica de formulação das Políticas de Formação de Recursos Humanos para a Saúde , construída no bojo

das Políticas Públicas, a partir da racionalidade do mundo globalizado e que, por isso, retratam “a lógica privatista e excludente dessas políticas, [revelam] os mecanismos subjacentes à lógica capitalista: seu caráter ‘concentracionista’ e instituidor de desigualdades” (DOURADO, 2001, p.179).

No Brasil, estão em curso, assim como no “mundo globalizado”, profundas mudanças no âmbito societário. Para Frigotto (2005, p.16), recorrendo às análises de Mészáros, o capitalismo “esgotou a sua parcela de capacidade civilizatória e agora, para manter-se, destrói todos os direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora e subordina a ciência e a técnica aos processos de exclusão”. As transformações no mundo do trabalho prevêm a

desestabilização dos trabalhadores estáveis mediante o aumento da intensidade na exploração e pela permanente ameaça de perda de emprego; instalação da precariedade do emprego mediante a flexibilização do trabalho temporário, terceirização, etc; aumento crescente dos sobrantes, ou seja, dos contingentes não integrados e não integráveis ao mundo da produção (FRIGOTTO, 2005, p.18)

O mercado para os trabalhadores da saúde do SUS tem refletido essas transformações, em que têm-se intensificado a precarização do trabalho, devido aos baixos salários, péssimas condições de trabalho, ausência de planos de cargos e salários, contratação temporária, ausência, enfim, das garantias trabalhistas. Nesse cenário, são preocupantes os dados apresentados por Fernandes Neto et al (2006), segundo os quais 70,7% dos concluintes do curso de odontologia, no ano de 2003, pretendiam procurar emprego após a graduação.

Portanto, o que poderia ser atribuído a uma formação mais adequada dos profissionais da saúde pode ser visto como exemplo do acirramento dos processos de exclusão, alterando a concepção de possibilidade de inserção no mercado de trabalho de uma classe social, uma vez que estão se intensificando as “desigualdades entre nações e entre grupos sociais” (FRIGOTTO, 2005, p. 17).

4.3. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de odontologia: outra possibilidade de formação profissional?

As alterações no mundo do trabalho propiciam a necessidade de ajustes nas dinâmicas e processos de formação de diferentes profissionais. O caso da odontologia não é diferente, a despeito de sua peculiar trajetória no País, como se discutiu nos primeiros capítulos. Nesse sentido, para compreender as mudanças nas políticas recentes, com especial destaque para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), foi necessário buscar no passado elementos que servissem de balizadores ao processo de constituição dos cursos de odontologia no Brasil. Portanto, as Diretrizes Curriculares, nesse estudo, assumem na retomada histórica um papel importante como ponto de partida e também como ponto de chegada. Esta volta ao passado teve como objetivo iluminar o presente, para poder responder à seguinte questão: As DCN constituem um avanço, um retrocesso ou uma continuidade no processo de constituição do ensino da

odontologia? Para se tentar responder a esta pergunta, buscou-se no passado a gênese de algumas idéias/propostas sobre o ensino da odontologia, contextualizando-as na constituição das políticas para o ensino superior e para a saúde no Brasil. Ao mesmo tempo, buscou-se destacar que as mudanças na trajetória dos cursos de odontologia traduziam as macropolíticas estabelecidas e suas articulações com os organismos multilaterais. Desse modo, os problemas/soluções apontados e construídos pelos cursos de odontologia, ao longo da sua trajetória no Brasil, refletem esse processo contraditório e complexo, não se restringindo, portanto, a uma questão meramente pedagógica e acadêmica.

Luz (1991, p.138), ao analisar as políticas de saúde instituídas historicamente no Brasil, afirma que elas, junto com as instituições de saúde

desempenharam um papel histórico inegável para a constituição e estabilização da ordem sócio-política brasileira. Ajudaram mesmo a modelar certos traços estruturais dessa ordem, entre os quais a tendência à concentração de poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país.

A política de saúde instituída no Governo Vargas, centrada na concepção de saúde como direito que se adquire pelo trabalho, principalmente o urbano, privilegiou, por meio da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão

as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias assalariadas favorecidas

pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileira de então (LUZ, 1991, p. 139).

O período denominado de desenvolvimentista, entre 1950 a 1960, caracterizou-se pela tentativa de implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico ‘moderno’,

integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60. As políticas de saúde da época exprimiam essa dupla realidade, através de uma dicotomia institucional progressivamente acentuada. (...) Uma tecnoburocracia médica formada no exterior em administração de serviços de saúde instalou-se na gestão dos Institutos de Previdência, por oposição à tecnocracia sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública” (LUZ, 1991, p.140).

Nesse contexto, a sociedade civil, no início dos anos 1960, reivindicava as reformas de base, entre elas uma reforma sanitária consistente e conseqüente, para fazer frente à situação de exclusão em que vivia uma grande parcela da população brasileira. No entanto, a “reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964” (LUZ, 1991, p.140).

No período de 1968 a 1975, a política de saúde estabelecida pelo governo militar estimulou a crescente demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de vida, resultantes do pouco investimento nas políticas sociais. Esse modelo de atenção em saúde teve conseqüências institucionais e sociais relevantes, tais como:

progressiva predominância de um sistema de atenção médica ‘de massa’ (no sentido de ‘massificado’) sobre uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe de Estado; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (este setor era, aliás, subsidiado em grande parte pelo Estado, ou seja, indiretamente pelos trabalhadores, na condição de contribuintes do fisco e da Previdência Social, através do desconto em folha). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991, p.142).

A insatisfação da população e das categorias profissionais⁹² – principalmente os médicos residentes – com as ‘políticas de saúde da ditadura’ foram agravadas pela diminuição das verbas da saúde pública e a crise da Previdência Social. Com isso, a “imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem, a ser publicamente desmascarada” (LUZ, 1991, p.142). A defesa das condições de vida da população brasileira agravadas pelas políticas de exclusão social do período militar aglutinaram vários segmentos sociais, e os indicadores em saúde – como taxa de mortalidade infantil, materna, expectativa de vida ao nascer e as causas de óbitos – passaram a ser fonte de dados que comprovavam a perversidade do modelo de saúde do regime autoritário. “Os serviços de saúde

⁹² O mercado de trabalho médico começou a sofrer um processo de assalariamento muito intenso nesse período, devido a mudanças na prática médica, que centralizou no hospital o lugar privilegiado de atuação. O hospital, que desde os seus primórdios era um espaço gerenciado pelo setor público ou filantrópico, passa a ser ocupado maciçamente pela iniciativa privada. Essa mudança no arranjo da prática retira do médico a posse dos seus instrumentos de trabalho e esse profissional passa a depender do proprietário do hospital (público ou privado) para exercer a sua profissão.

se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982”, resultante de uma “política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz (...) No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime (LUZ, 1991, p.143)”.

Da mesma forma que no início dos anos 1960, havia no final do regime autoritário uma crescente mobilização social, principalmente dos movimentos populares, defendendo as reformas de base. Nesse clima, aconteceram as primeiras eleições livres para os executivos estaduais (1982), após vinte anos. A melhoria das condições de vida da população centrada nas questões da saúde elegeu vários parlamentares e governadores.

As propostas de mudança no setor saúde ganham novo fôlego, fazendo com que a articulação entre ensino e serviço no Brasil sejam legalmente estabelecidas por meio da Resolução nº 6, de 1984, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN). Essa resolução foi elaborada a partir das constatações sobre as distorções no modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil, apontadas pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982. O CONASP elaborou o *Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*, originando as Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS foram assumidas pelos ministérios da Saúde (MS), da Previdência e Assistência Social (MPAS), da Educação (MEC) e pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde, para

“apoiar o desenvolvimento de sistemas estaduais de Saúde, regionalizados e organizados de acordo com as necessidades de cada população-alvo permitindo a integração entre as áreas ligadas ao setor de Saúde”. Entre as várias diretrizes estabelecidas pelas AIS, uma merece destaque: “desenvolvimento de recursos humanos como condição básica de operação do Sistema, incluindo estratégia de formação de recursos humanos, assentada sobre a prática dos serviços de Saúde; e o estabelecimento de planos adequados de cargos e salários” (FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG & CAPES, 1987, p.2).

Assim começa o Informe do Programa de Apoio aos Profissionais de Saúde (PAPS) administrado pela CAPES e financiado pela Fundação Kellogg desde 1983, de julho de 1987:

Ideais que acalentaram toda uma geração nos meios acadêmicos do País a partir dos anos 60 estão agora mais próximos de sua concretização graças aos esforços integrados de três ministérios para a realização de um projeto de âmbito nacional na área da Saúde (FUNDAÇÃO W.K. KELLOGG S CAPES, 1987, p.2).

Esse Informe anuncia mudanças para o setor saúde que prevêm a reformulação dos serviços e do ensino, por meio da renovação do Programa de Apoio a Profissionais de Saúde (PAPS) e do Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARES). Para o desenvolvimento desses dois projetos, a Fundação Kelloggs doou a quantia de US\$ 2.300.000,00. Os dois programas integrariam a Rede de Projetos Docente-Assistencial da Fundação Kellogg. O PAPS deveria desenvolver quatro sub-programas: de ensino de graduação, pós-graduação,

educação continuada, recursos de aprendizagem, de acordo com os objetivos expostos no Quadro 18.

Quadro 18

Propostas do PAPS Brasil - 1987

PROGRAMA DE APOIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE			
SUBPROGRAMA	OBJETIVOS	ÓRGÃOS FINANCIADORES	ÓRGÃOS EXECUTORES
Ensino de Graduação	Criar condições para que os cursos de graduação na área de Saúde reorientem suas atividades de ensino no sentido de se obter uma satisfatória integração docente-assistencial que vise o atendimento das necessidades de saúde da população.	MEC/CAPES	Universidades
Ensino de Pós-graduação	Criar condições para que os cursos de pós-graduação na área da Saúde ajustem a formação de recursos humanos às necessidades do sistema produtivo estadual e do próprio sistema educacional.	MEC/CAPES	Universidades
Educação continuada	Promover aperfeiçoamento dos docentes e dos profissionais de serviço no desenvolvimento de habilidades específicas para o desempenho satisfatório das atividades docentes-assistenciais.	MEC/CAPES	Universidades - Núcleo de Rec. Humanos da ENSP - Sec. de Saúde
Recursos de Aprendizagem	Estimular a reprodução e/ou reprodução de materiais instrucionais que venham servir de apoio à formação de recursos humanos, para os Centros estaduais e outros projetos da área de Saúde.	MEC/CAPES	Universidades

Fonte: FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG & CAPES, 1987, p.4.

Dentro do ideário da Fundação Kellogg, que preconizava o estímulo aos recursos humanos locais para desenvolverem experiências que pudessem resultar em mudanças na prestação dos serviços de saúde e na formação do pessoal de saúde, havia vários grupos espalhados pelo Brasil potencialmente habilitados a apresentarem os seus projetos nas diferentes áreas propostas pelo

PAPS. Esses grupos, potencialmente aptos a desenvolverem as propostas de mudança na graduação na área da saúde por meio da articulação ensino – serviço, encontravam-se nos departamentos “sociais” ou “preventivos” das IES, que tinham cursos na área da saúde, muitos, inclusive, formados nos cursos para a área da saúde pública financiados pela Fundação Kellogg e/ou OPAS.

Quando foi implementado esse programa, a legislação acerca dos cursos de odontologia já estava preparada para incorporar a articulação ensino – serviço. Na Resolução nº 4, de 3/09/1982, que fixou os currículos mínimos dos cursos, pode-se ler no artigo 15º: “As atividades extramurais serão desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado, preferencialmente em Sistemas Públicos de Saúde” (DOCUMENTA nº 263, 1982). Nessa Resolução, previa-se que a prevenção fosse um eixo integrador das diferentes disciplinas e atividades dos cursos. Foram, também, implantados como obrigatórios os conteúdos referentes aos fundamentos de sociologia, antropologia e psicologia (art. 5º). Dessa forma, pretendia-se alcançar a formação de um profissional “clínico geral voltado para os problemas de saúde bucal, com filosofia preventiva e social, apto e conscientizado para atuar na sua comunidade, integrando-se às atividades das outras profissões da área da saúde” (DOCUMENTA, nº260, 1982), como defendia a ABENO. Portanto, a proposta formulada pela ABENO, que resultou na Resolução nº 4, defendia a formação profissional a partir da realidade dos serviços de saúde, na integralidade das

ações⁹³, a atuação em equipe multiprofissional e a partir de tecnologias apropriadas em saúde (odontologia simplificada).

Para Mendes (1986, p.533), com a aprovação do relatório final da VIII Conferência Nacional da Saúde, estabeleceu-se no Brasil uma “luta política-ideológica entre um projeto conservador e um projeto democrático”. Essa conferência referendou os princípios da Reforma Sanitária, que concebia a saúde como direito e resultante das condições de vida da população. A saúde como direito foi garantida na Constituição promulgada em 1988. Sua garantia estava vinculada e mediada pela adoção de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). Na legislação, a Política de Saúde deveria ter uma dimensão intersetorial, articulada não só na área social mas na econômica, e não se limitando à organização do setor da saúde. Tratava-se de uma política a ser formulada em prol da preservação da vida das pessoas nas suas diferentes dimensões.

Para Mendes (1986, p.535), a Reforma Sanitária deveria ser entendida como constitutiva de um

projeto político alternativo ao projeto conservador e que deve ser encarada na perspectiva de um processo de luta. Mesmo porque a experiência internacional ensina que, onde reformas semelhantes ocorreram, esse processo durou anos e décadas e, muitas vezes, ainda não terminou.

⁹³ Que se expressava na atenção preventiva e curativa.

Para se conseguir a articulação desejada na organização do setor saúde, foi concebido um Sistema Unificado de Saúde (SUS) universal, regionalizado, hierarquizado e controlado socialmente. Esse sistema teria de realizar, entre outras competências, “o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico” (Constituição Federal, Art. 200, Incisos III e IV).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 19/09/1990 - resgata o previsto na Constituição Federal acerca do papel do Estado e dispõe que o seu dever na garantia a saúde

consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação (Atr.2,§1º).

No artigo terceiro desta Lei, encontra-se a concepção de saúde que deve orientar as políticas públicas do Estado:

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

A legislação brasileira assim formulada sobre a saúde, no início da década de 1990, corria na contramão das diretrizes dos organismos

internacionais para o setor, principalmente para a América Latina. Para

Machado (2006, p. 44):

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 constitui um marco para o Brasil e o diferencia da maioria dos países latino-americanos, cujos sistemas de saúde, na mesma década, sofreram ajustes visando a contenção de políticas focalizadas e a expansão de mecanismos de mercado, fruto de pressões de agências internacionais e processos nacionais de Reforma do Estado de inspiração liberal.

A contenção das políticas públicas no Brasil bem como a Reforma do Estado de “inspiração liberal” também chegaram ao Brasil, de forma avassaladora, na década de 1990, como mostra Soares (2001). Para esta autora, o Brasil nos anos de 1990 foi submetido a uma “onda” neoliberal tardia devido ao agravamento da crise econômica de 1989 e 1990 e ao esgotamento do Estado Desenvolvimentista. Para assumir as propostas da política neoliberal, tornava-se imprescindível a adoção de um programa de ajuste e estabilização, como o proposto pelo Consenso de Washington⁹⁴, que prescrevia

a curto prazo, (em) diminuir o déficit fiscal reduzindo o gasto público; aplicar uma política monetária restritiva para combater a inflação e fazer prevalecer uma taxa de juros “real positiva” e um tipo de câmbio “real adequado”. A médio prazo os objetivos seriam transformar as exportações no motor de crescimento; liberalizar o comércio exterior; atenuar as regulações estatais atribuindo o papel de regulador ao mercado; concentrar o investimento no setor privado, reduzindo a presença do setor estatal; e promover uma estrutura de preços sem distorções (SOARES, 2001, p.18).

A adoção dessas medidas de ajuste estrutural pelos diferentes

⁹⁴ Segundo Gentili essa expressão foi utilizada pela primeira vez por John Williamson, pesquisador do *Institute for International Economics*, referindo-se aos dez tipos específicos de reforma que “foram quase sempre implementados com intensidade pelos governos latino-americanos a partir da década de oitenta” (2001, p.14)

governos, na década de 1990, promoveu um corte linear no financiamento das políticas públicas no Brasil (SOARES, 2001). Esse corte teve maior impacto nos setores mais desfavorecidos da população, aumentando a exclusão, devido à precarização na oferta dos serviços, de responsabilidade do Estado, por ser direito dos cidadãos, como: educação, saúde, saneamento básico. Para mediar essa situação, houve, na realidade, aumento na oferta de programas compensatórios.

A adoção dos sucessivos programas de ajuste econômico no Brasil foi facilitada pela disseminação ideológica da ineficiência e ineficácia do setor público (SOARES, 2001). Portanto, no diagnóstico elaborado pelos organismos internacionais, principalmente pelo Banco Mundial, não adiantava aumentar o orçamento destinado às políticas públicas - era necessário “gastar” melhor o dinheiro existente. Para Gentili (2001, p.17-18), o diagnóstico realizado pelo Banco Mundial para as políticas educacionais pode ser estendido para todas as políticas sociais

a) os governos não apenas foram incapazes de assegurar qualidade e quantidade, como, ainda, eles são estruturalmente inaptos para combinar essas duas dinâmicas; b) a expansão dos serviços educacionais é um objetivo já conquistado por quase todos os países da América Latina, sendo os índices de exclusão e marginalidade educacional uma expressão clara da falta de eficiência do sistema e não sua escassa universalização; c) a possibilidade de combinar qualidade e quantidade com critérios igualitários e universais é uma falsa promessa dos estados interventores e populistas.

O diagnóstico assim formulado sustenta ideologicamente o discurso de ineficiência e ineficácia dos Estados na gestão da coisa pública e a

necessidade de adoção de mecanismos que melhorem a gestão, principalmente dos gastos públicos.

O Banco Mundial elabora o *Informe sobre el Desarrollo Social de 1993: invertir em salud*, recomendando, a partir das premissas acima apontadas por Gentili, que as políticas públicas deveriam ser formuladas com base em três enfoques. O primeiro alerta que os governos têm que fomentar as condições econômicas que permitam às famílias melhorar o seu nível de vida. O segundo assinala que os gastos públicos em saúde deveriam orientar-se para os programas de atenção básica, que “contribuam em maior medida para ajudar os pobres”. O terceiro enfoque recomenda incentivar a diversidade no financiamento do setor saúde, abrindo o mercado para o setor privado, inclusive fortalecendo o mercado de seguros privados (BANCO MUNDIAL, 1993, p.4-5).

Para Gentili (2001, p.18) a adoção das políticas educacionais na ótica formulada pelo Banco Mundial também está impressa nas recomendações para o setor da saúde:

Trata-se, enfim, de transferir a educação *da* esfera da política *para* a esfera do mercado, negando sua condição de direito social e transformando-a em uma possibilidade de consumo individual, variável segundo mérito e a capacidade dos consumidores.

Pensando a política pública de saúde e a formação dos profissionais de saúde como estratégia para a sua consolidação, emerge uma questão: Ao negar a saúde como direito e deslocá-la para o âmbito do consumo individual - posição

que ela historicamente assumiu na sociedade brasileira, apesar da tentativa recente de se implantar esta premissa a partir da Constituição de 1988 -, no entanto, garantindo a participação do setor privado no SUS de forma complementar, a formação dos profissionais da saúde também estaria garantida ao setor privado, “segundo o mérito e a capacidade dos consumidores”, assim como o acesso aos serviços de saúde? Nesse contexto como pensar a formação para o SUS? De que SUS se está falando, se o acesso aos diferentes segmentos que o compõem é determinado “segundo o mérito e a capacidade dos consumidores”? A formação dos profissionais de saúde, contemplando as especificidades, não estaria contribuindo para a transferência – ou mesmo a permanência - do ordenamento da formação e da produção do conhecimento *da* esfera da política *para* a esfera do mercado?

Resgatando os princípios da Reforma Sanitária, para pensar a reorientação dos serviços e da formação profissional a partir dos princípios e diretrizes do SUS, é necessário desenvolver estratégias de intervenção para:

Resolver os problemas de saúde mediante uma maneira alternativa de apropriar, recombinar, reorganizar e reorientar todos os recursos, de todas as instituições, de todo o setor de saúde, para satisfazer às necessidades e aspirações, na área sanitária, de toda a sociedade (MENDES, 1986, p.537).

Portanto, é necessário o enfrentamento da discussão da formação para o SUS, a partir da construção coletiva de estratégias de consolidação de um sistema de saúde universal com equidade, para fazer frente a essa realidade

desigual e contraditória. A desigualdade social gera a exclusão das pessoas da possibilidade de ter acesso a esse sistema de saúde. A contradição do sistema reside no fato de que, para a sua expansão e consolidação, deve permitir a incorporação de ações de saúde de alta complexidade para uma parcela da população que, historicamente, se beneficiou das ações do Estado. Nesse sentido, a reorientação da formação dos recursos humanos em saúde se constitui em alicerce para a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, mas, certamente, não se efetivará sem mudanças substantivas no padrão de concentração de renda no País.

A proposta da Reforma Sanitária pressupõe reconhecer o Estado como

gestor público o que será, na prática, a aceitação do exercício pleno dos seus poderes normativos, fiscalizador, regulador, extrativo e coercitivo, sobre o conjunto do Sistema Nacional de saúde, de modo a redirecioná-lo para a melhoria de saúde do povo (MENDES, 1986, p.236).

Para Mendes, a reorientação dos serviços de saúde dentro da proposta da Reforma Sanitária é dada pela doutrina da Atenção Primária em Saúde (APS), que tem dupla interpretação. Há uma corrente que pensa a APS como estratégia de reorientação do setor saúde e, a outra, como um programa com objetivos restritos para “satisfazer algumas necessidades elementares, e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados” (MENDES, 1986, p.536).

Essa última concepção de APS é muito próxima da orientação defendida pelo

Banco Mundial para os serviços de saúde nacionais. Contempla, também, as concepções de políticas sociais defendidas por essa agência internacional como discutido por Coraggio (2003). Sob um discurso de aparente confluência de idéias, subsiste uma concepção de Estado, de políticas sociais radicalmente distintos.

4.3.1. O cenário de elaboração das DCN para o curso de odontologia

Em 1995, antecedendo à promulgação da LDB de 1996, a Lei n° 9.131 de 24 de novembro estabeleceu como atribuição da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação a elaboração dos projetos de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. Os projetos seriam elaborados a partir das propostas enviadas pela Secretaria de Educação Superior do MEC ao Conselho Nacional de Educação, para cada curso de graduação vigente no País.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de n° 9.394 de 20 de dezembro de 1996, estabeleceu que caberia à União a criação de normas gerais para graduação e pós-graduação, extinguindo os currículos mínimos e estabelecendo as Diretrizes Curriculares, orientadoras da formação nos cursos de graduação no Brasil.

A discussão das Diretrizes Curriculares iniciou-se com a publicação do Edital n° 4, de 03 de dezembro de 1997, que convocava as IES a

apresentarem propostas para os cursos de graduação, que seriam sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino em cada área. Findo o prazo do edital, as Comissões de Especialistas de Ensino convocadas pela SESu/MEC iniciaram o trabalho de sistematização das propostas, divulgadas no site do órgão. Esse ato teve como finalidade promover debate eletrônico do tema, processo que durou aproximadamente dois meses. Após esse período, foram abertos aos interessados mais dois momentos para debate e apresentação de proposta.

O Fórum Nacional de Pró-reitores de Graduação (For-Grad) teve um papel importante na divulgação e incentivo da proposta de criação de Diretrizes Curriculares, mobilizando as unidades acadêmicas de cada IES a participarem do processo. Algumas categorias profissionais e IES promoveram encontros e seminários para a discussão e elaboração das propostas.

No documento elaborado pelo Departamento de Políticas do Ensino Superior da SESu, intitulado *Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação Propostas*, apresentam-se as principais críticas aos currículos então em vigência. Segundo o documento, o excessivo detalhamento do conteúdo das disciplinas e carga horária impedia a adoção de projetos pedagógicos mais atualizados e que contemplassem as demandas da sociedade. Os currículos mínimos não permitiam introduzir as mudanças e adaptações necessárias para se acompanhar as transformações e avanços do conhecimento em cada área. O aluno tinha um

contato tardio com a realidade de sua profissão, devido à defasagem teoria/prática. E, por último, apontava para a necessidade de atualizar o perfil do profissional a ser formado, tendo em vista as transformações ocorridas dentro das diversas profissões.

As propostas do currículo mínimo implementadas pela Resolução nº 4 de 1982 resultaram no que Mendes (1986), baseando-se em Chaves, chamou de “mudança sem mudança”. No contexto da adoção dos projetos de integração docente assistencial, esperava-se implementar um processo “fundamentalmente político”, para fazer frente às outras propostas, que restringiam as mudanças na formação dos profissionais de saúde a aspectos de natureza puramente metodológica.

As normas gerais, que deveriam orientar as reformulações curriculares dos cursos de graduação no Brasil, precisariam ser construídas de tal forma, que fizessem frente aos problemas acima citados. Para a elaboração das Diretrizes Curriculares, o Conselho Nacional de Educação elaborou o Parecer 776/97, no qual apresentou os princípios gerais que deveriam orientar esta formulação. Consta neste Parecer que: “As diretrizes curriculares constituem (...) orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior”. Ao mesmo tempo em que o documento acena para a obrigatoriedade da execução das orientações elaboradas, apresenta, como um dos princípios que devem reger a elaboração

das diretrizes pela Comissão de Especialistas, a liberdade das unidades de ensino em formular a sua proposta pedagógica. No entanto, a liberdade se restringia à composição da carga horária para a integralização curricular e à especificação das “unidades de estudo”. No Parecer, não se encontram as terminologias “matérias” ou “disciplinas”, já apontando para uma nova orientação, a de que o ensino de graduação não deve ser pensado a partir de conteúdos estanques e fragmentados, pois o conhecimento não está pronto e acabado de tal forma que caiba em uma disciplina. A forma de construção dos cursos de graduação, principalmente na área da saúde, a partir de disciplinas, constituía uma recorrente crítica ao ensino desses cursos, para os que defendiam a proposta de um ensino integrado por conteúdos ou problemas prevaletentes na saúde.

Continuando, o Parecer propunha, também, como princípio para a elaboração das diretrizes curriculares, que fossem indicados “tópicos ou campos de estudos e demais experiências de ensino-aprendizagem, que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos”. O Parecer aponta para a necessidade de se pensar outros espaços de aprendizagem que não os já tradicionais para cada área, tentando superar a defasagem teoria/prática. Neste sentido, apresenta como princípio pensar o tempo necessário para a formação, evitando o seu prolongamento, estimular práticas de estudos independentes e valorizar o conhecimento adquirido fora do ambiente escolar.

Dos oito princípios anunciados, quatro se referem “às demais experiências de ensino-aprendizagem”, que remetem aos pilares da educação: “aprender a aprender” e “aprender a fazer”. O último princípio do Parecer ressalta a necessidade de se criarem mecanismos de avaliações periódicas para o processo de ensino-aprendizagem.

As Diretrizes Curriculares deveriam ser construídas pelas Comissões de Especialistas, detalhando as competências e habilidades necessárias para que o curso atingisse os seus objetivos, explicitando as habilidades e ênfases que poderia imprimir à formação inicial de seus egressos. Para isto, os conteúdos ou áreas de domínio deveriam ser definidos. A definição da duração do curso, o desenho da sua estrutura em módulos, a escolha das atividades práticas e complementares deveriam atender aos princípios da flexibilização, otimização e utilização eficiente dos recursos, de forma que uma atividade de ensino pudesse servir a diferentes modalidades de cursos. No documento, há uma referência constante aos cursos-sequência. A forma de organização curricular, implementada pelas Diretrizes Curriculares, permitiria, também, a implementação dessa modalidade de ensino nas IES.

O documento aponta como “paradigmas” orientadores da elaboração das Diretrizes Curriculares a capacidade de “adaptar-se à dinâmica das demandas da sociedade”; a flexibilidade de “acordo com a disponibilidade e esforço do aluno”; o “melhor aproveitamento dos conteúdos ministrados [e]

ampliação da diversidade da organização de cursos”; o reconhecimento de “habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar” e o norteamento dos instrumentos de avaliação “constituindo-se no eixo balizador para o credenciamento e a avaliação institucional, para a autorização e o reconhecimento de cursos, bem como suas renovações, a partir dos parâmetros dos indicadores de qualidade” (MEC, [s.d.],p. 9-10 e 16).

O documento defende a diversidade das habilidades e competências desenvolvidas nos cursos de graduação. Na prática, tomando o curso de odontologia como exemplo, o egresso não precisaria ser necessariamente um clínico geral, capaz de resolver os agravos mais prevalentes da cavidade bucal; ele poderia ter uma formação com ênfase em outras áreas, como a docência, a pesquisa, ou especialidade. Os cursos- seqüência, as atividades práticas e complementares escolhidas pelo aluno seriam responsáveis por essa “outra” formação. Argumenta que o artigo 48 da LDB desvincula o diploma do exercício profissional, considera a diploma apenas como uma prova da formação recebida. A partir deste entendimento, a graduação não precisa necessariamente se restringir ao preparo do aluno para o exercício profissional tradicional.

As competências e habilidades gerais que os alunos deveriam adquirir ao longo do curso são:

- 6 inserção nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde comunitária;
- 7 atuação em equipes inter e multidisciplinares;
- 8 responsabilidade ética social, respeitando e valorizando o ser humano;
- 9 entendimento sobre o processo de educação continuada como marca do

- desenvolvimento profissional, desenvolvendo sua autonomia intelectual;
- 10 consciência crítica sobre o conhecimento teórico e a realidade objetiva, participando e contribuindo para o bem social;
 - 11 capacidade de reflexão crítica sobre as questões ligadas à promoção da cidadania;
 - 12 percepção das necessidades de atuação em saúde específicas de cada região ou IES (MEC, [s.d.], p.18).

Também atendeu ao Edital nº 04/97 da SESu/MEC a REDE UNIDA, criada em 1985, congregando os participantes da Rede de Projetos Docente-Assistenciais, financiados pela Fundação Kelloggs, que passou a integrar o PAPS, a partir de 1983. A REDE UNIDA considera-se detentora de “significativa experiência relacionada à transformação dos modelos acadêmicos em estreita articulação com a construção de novos modelos de atenção à saúde e com o desenvolvimento comunitário” (REDE UNIDA, 2002). Por meio da participação estratégica dos membros dessa instituição, em diferentes oportunidades elaboraram propostas, encaminhadas às Comissões de Especialistas da SESu e da Câmara de Educação Superior do CNE. Nelas, defendem que os profissionais de saúde no século XXI devem “estar dotados de competência (...) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade” (REDE UNIDA, 2002). Assim, foram sugeridas competências para todos os profissionais da área, de forma que pudessem interagir e atuar multiprofissionalmente e, também, formuladas propostas específicas para cada tipo de profissional de nível superior na saúde.

Neste aspecto, a proposta da REDE UNIDA teve caráter inovador, por pensar a formação desses profissionais em equipe pelo menos de maneira multiprofissional, para atuar na transformação dos serviços de saúde. Esses profissionais deveriam estar aptos a desenvolver a atenção integral em saúde, tomar decisões eficientes e eficazes, a comunicar-se com diferentes públicos e de variadas formas, a ter liderança, administrar e gerenciar serviços de saúde e a aprender continuamente. Essas competências comporiam o núcleo comum da formação dos profissionais de saúde.

A REDE UNIDA propôs como perfil do cirurgião-dentista:

Ser não só um profissional com sólida formação técnica-científica, mas também um agente de saúde dotado de espírito crítico e consciente de suas responsabilidades face à realidade do meio social onde atua; levar em conta que as reflexões éticas devem ser as determinantes dos seus comportamentos e decisões; ser um educador em saúde, apto para a comunicação em saúde e relações inter-pessoais; ter como missão promover e preservar a saúde da sociedade, atuando individualmente ou em associação com seus pares e demais profissionais de saúde.

Para tanto, os cursos de odontologia deveriam desenvolver nos alunos as seguintes competências: aprender a aprender; estar apto a planejar, executar e avaliar serviços de saúde comunitária; trabalhar em equipe; promover a saúde, a biossegurança e a bioética. O que sustenta esta necessidade, mesmo que não esteja explícita no documento, é o que a UNESCO propõe como guia para as mudanças no ensino superior: relevância, qualidade e internacionalização. Para esta agência multilateral, a relevância do ensino superior é traduzida:

em termos do papel e do espaço deste na sociedade, suas funções com referência ao ensino, à pesquisa e aos serviços resultantes, assim como os termos de suas ligações com o mundo do trabalho de uma forma geral, relações com o Estado e recursos públicos, além de interações com outros níveis e formas de educação. (...) O ensino superior precisa repensar sua missão e redefinir muitas de suas funções, particularmente em vista da necessidade que a sociedade tem de pessoas com treinamento e conhecimentos em constante atualização (UNESCO, 1995, p.157).

Para melhorar a relevância e qualidade do ensino superior, em crise “em praticamente todos os países do mundo” (UNESCO, 1995, p.153), a UNESCO recomenda que o ensino e a aprendizagem sejam renovadas por meio da

introdução de programas que desenvolvam a capacidade intelectual dos estudantes, melhorando o conteúdo interdisciplinar e multidisciplinar dos estudos e o uso de métodos de divulgação (...) tendo em vista os rápidos avanços tecnológicos em informação e comunicação” (idem, p.158-159).

Mattos (2001) chama atenção para o papel desempenhado pelas agências internacionais como a UNESCO, OPAS, OMS, Banco Mundial, entre outras, que vêm se destacando na “oferta de idéias” de políticas públicas mais indicadas para os países em desenvolvimento. As idéias ofertadas nas recomendações da UNESCO, apresentadas no *Documento para política de mudança e desenvolvimento no ensino superior*, passam a compor o rol de alternativas respaldadas pelas agências internacionais.

Na formulação das DCN para os cursos da área da saúde aparecem “as idéias” de diferentes agências internacionais – Banco Mundial, UNESCO - e as formuladas pela REDE UNIDA, financiada pela Fundação Kellogg, com

ressonância dentro do Ministério da Saúde. Entre os agentes formuladores da política de formação de recursos humanos para a área da saúde, há uma aparente contradição acerca do papel do Estado na consolidação da saúde como direito.

4.3.2. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia.

O Parecer nº 1300/01 do CNE/CES sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia dispõe que elas visam a “garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional”.

O Parecer define como objeto das Diretrizes Curriculares o que se segue:

permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

As DCN para os cursos de odontologia, aprovadas em 2002 por meio da Resolução CNE/CES 3, definiram como perfil do profissional a ser formado:

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

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

Na formulação do perfil desse profissional pelas DCN observa-se uma possibilidade de ampliação de conteúdos e práticas. No entanto, continua a ênfase no aprender a fazer da proposta de formação do cirurgião-dentista. As DCN aprovadas estão de acordo com o movimento de mudança na área da saúde, consubstanciadas pelas propostas da REDE UNIDA e as de mudança para o ensino superior, no bojo das orientações das políticas educacionais adotadas no Brasil.

O Ministério da Saúde entende que as DCN, junto com a legislação que regulamenta o ensino superior e o sistema de saúde – da Constituição às leis ordinárias da saúde e da educação -, constituem as bases legais que devem orientar a política de formação dos recursos humanos para a área da saúde. Nesse sentido, os dois setores - saúde e educação - “legítima e legalmente, devem ocupar-se das funções de regulação do Estado no tocante à formação na área da saúde” (MS, 2004). Entende que:

não cabe ao setor da saúde o disciplinamento da educação por meio do ensino em instituições educacionais. No entanto, é sua tarefa contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, como requer a legislação educacional. Cabe aos gestores do SUS, junto com seus órgãos de controle social implementar as diretrizes constitucionais e a legislação ordinária específica. Cabe ao setor da educação – para que se cumpra a sua finalidade constitucional – realizar o desenvolvimento pleno dos educandos, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (CN, artigos 205 e 214; LDB,

artigos 1º, 2º e 3º), produtos potencializados pela construção conjunta ao sistema de saúde (MS, 2004, p.2).

Na tentativa de consolidar as propostas de mudança no ensino na área da saúde, foi editado mais um programa de orientação para a formação dos profissionais de saúde, para a reorientação dos serviços de saúde do Pro-saúde.

Os objetivos desses programas de reorientação da formação dos recursos humanos se desenvolveram ao longo da história do movimento de mudança. Eles mantiveram suas diretrizes principais: formação de um profissional apto a atuar nos serviços de saúde existentes; um serviço de saúde que absorvesse as demandas de saúde da população. O Pró-saúde, bem como o PAPS, propõe que as mudanças sejam realizadas no nível da formação (ensino de graduação, aperfeiçoamento e pós-graduação), pesquisa e prestação de serviços (extensão). Atualiza, assim, a proposta de 1987, que se baseava nas experiências acumuladas desde a década de 1960, afirmando que o Pró-saúde “visa a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Da mesma forma com que foi implementado o PAPS, as IES que ministram cursos de graduação em odontologia, medicina e enfermagem apresentaram os seus projetos para concorrer ao financiamento e implementar as mudanças, tendo como patrocinadora a Fundação Kellogg. Como a LDB dispõe que cabe a cada IES elaborar o seu Projeto Político Pedagógico a partir das DCN

próprias a cada curso, os formuladores das estratégias de incentivo às mudanças na graduação das carreiras da saúde (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2003, 2004, 2005) apostaram nessa base legal, junto com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), instituído pela Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004, para assegurar o “papel indutor na formatação do ensino em saúde no Brasil” (MINISTÈRIO DA SAÚDE 2005) do Pró-Saúde.

Portanto, as DCN para os cursos de odontologia constituem, na realidade, uma continuidade do processo de mudança nos cursos para a área da saúde. Ao longo dessa trajetória, várias experiências foram desenvolvidas na direção desse projeto de mudança. Houve avanço no conhecimento, expresso na reformulação das propostas e incorporação de novos atores; primeiro, no entendimento de que a reorientação dos serviços deveria caminhar, *pari e passu*, com a formação profissional; e, atualmente, de que este processo deve ser construído junto com o usuário dos serviços de saúde. Houve ênfase na formação dos trabalhadores em saúde e na produção de conhecimento para a área, a partir da realidade dos serviços.

No entanto, o desafio para a formação do cirurgião-dentista é o de contemplar uma formação que consolide os princípios doutrinários da Reforma Sanitária consubstanciados no SUS. Uma estratégia para essa consolidação é fazer falar o silêncio que oculta, vela e iguala as diferentes propostas que estão no cenário. Portanto, é necessário explicitar os princípios que fundamentam as

propostas, porque elas constituem construções históricas, que devem manter a interlocução com os diferentes atores que as constroem, revelando os seus papéis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender o processo de constituição do ensino da odontologia no Brasil a partir da contribuição de três agentes: a OPAS, a Fundação Kellogg e a ABENO.

Ao analisar tal processo histórico o estudo buscou apreender o papel dessas três instituições na gênese das propostas para o ensino da odontologia que resultaram na aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia em 2002. A análise do ensino da odontologia neste trabalho vinculou-se ao ensino da graduação e a pesquisa foi revelando a estreita imbricação entre as políticas educacionais, especialmente a política de ensino superior, que forneceram as bases legais para o desenvolvimento do curso de odontologia desde a sua criação até 2002, e as políticas de saúde que orientaram tanto a prática como a formação profissional.

Tendo em vista esse cenário, o relatório da pesquisa foi estruturado em quatro capítulos, em que se buscou analisar a tessitura político-pedagógica presente na trajetória dos cursos de odontologia, bem como os três principais atores que historicamente têm interferido na constituição e mudança dos processos de formação dos profissionais da área.

As propostas de mudança no ensino da odontologia foram “importadas” junto com o modelo de ensino norte-americano, conhecido como Modelo Flexneriano, implantado naquele país, em 1910. A proposta de modernização do ensino superior brasileiro iniciada em 1940 e referendada na Reforma Universitária de 1968 tinha como modelo desejado o norte-americano. No entanto, nos Estados Unidos, já se discutia a sua limitação: o alto custo da prática profissional que ele gerava.

O ininterrupto desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde gerou uma crescente possibilidade de intervenção propedêutica e terapêutica, na mesma proporção da crescente expansão dos gastos, associadas às diversas alternativas de diagnóstico e tratamento. Se os gastos eram crescentes, os recursos para financiá-lo eram cada vez mais escassos, principalmente nos países pobres ou em desenvolvimento. A capacidade crescente de absorver tecnologia dessa prática médica gerou uma situação paradoxal: ao mesmo tempo em que a projetou, também a limitou.

Essa limitação já era alvo das discussões nos Estados Unidos na década de 1940. Os países europeus, no pós-guerra, estavam implantando um outro modelo de assistência à saúde cujas bases tinham por norte políticas sociais pautadas na concepção e constituição de um Estado de bem-estar social. Portanto, a Associação Médica Americana, que tinha apoiado a implantação desse modelo de assistência médica, propôs uma reforma preventivista

antecipando-se a propostas mais radicais que propugnavam a intervenção do Estado na assistência médica. Vale ressaltar que nessa época foi criado na Inglaterra o Serviço Nacional de Saúde, que adota um modelo muito diferente do americano. A proposta da AMA era de que a ação médica estendida para outros níveis, especialmente o período pré-patogênico, resultaria numa medicina mais efetiva. A base doutrinária desse projeto foi o modelo da “história natural da doença” (desenvolvido por Leavell & Clark), que permitia incluir no âmbito da ação médica aqueles que ainda não tivessem enfermos. Dessa forma, ao invés de uma reforma “por fora”, que reorganizassem o sistema de prestação de cuidados, como no caso da Inglaterra, tratava-se de uma reforma “por dentro”, no pressuposto de que se modificando a consciência e a abordagem dos profissionais de saúde reverter-se-ia o quadro sanitário. Na década de 50 esse movimento é estendido à América Latina, com o patrocínio de organismos internacionais e fundações filantrópicas. A reunião de Viña del Mar – Chile, realizada em 1956 sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), desencadeou a criação de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas dessa região (SANTANA, CAMPOS, SENA, 1997?, p.234-235) (*Grifos meus*).

Adotou-se, portanto, a prática da medicina preventiva e a necessidade de mudar a formação dos profissionais de saúde, como alternativa para o modelo de prática flexneriana. Dessa forma, ficava intacto o mercado de produção de bens e serviços de saúde. Ideologicamente, fundou-se a dicotomia de uma prática hegemônica de qualidade, de custos e complexidade crescentes, disponibilizada pelo setor privado, e uma prática alternativa para aqueles que não podiam custeá-la, a cargo da Saúde Pública, que não era reconhecida socialmente como de qualidade. Esse modelo híbrido marcou a trajetória de políticas de saúde no País e os cursos de formação na área possibilitando, ainda, a participação de atores internacionais que contribuíram, sobremaneira, para a indução e reorientação de políticas na área de saúde.

A Fundação Kellogg e a OPAS desempenharam um papel central na difusão da idéia de reorientação dos serviços de saúde e mudança na formação profissional na América Latina. Nesse sentido, foram construídas algumas estratégias que se configuraram no *modus operandi* dessas duas instituições: adoção de programas de bolsas de estudos visando à formação dos profissionais para a docência e para os serviços de saúde pública dentro da filosofia da medicina preventiva; tradução de livros textos para a saúde pública; criação de cursos de especialização para a formação profissional. É fundamental destacar, ainda, a partir da década de 1960, a publicação de editais para as escolas na área da saúde desenvolverem projetos de mudanças na formação profissional. Esses editais eram ampliados continuamente para que a atuação nos serviços de saúde envolvesse a parceria com a comunidade.

A OPAS organizou encontros internacionais no continente americano, com o apoio financeiro da Fundação Kellogg, para o intercâmbio de idéias e experiências entre as entidades formadoras de recursos humanos na saúde. Foram realizados, durante a década de 1960, três seminários sobre o ensino da odontologia, onde foi reforçado o discurso da necessidade de mudança e da inadequação do modelo de ensino e prática odontológica.

O livro do professor Mário Chaves *Manual de Odontologia Sanitária*, se constituiu em um importante marco desse processo de mudança, na medida em que ele buscou explicitar os princípios de atuação da odontologia sanitária

como uma sub-especialidade da saúde pública, visando à criação de um modelo assistencial em odontologia. A importância dessa publicação se deve ao seu pioneirismo, sem esquecer da qualidade como um referencial teórico para os serviços de saúde, além de ter adotado pela primeira vez a noção de planejamento para os serviços de saúde pública.

Outra ação financiada e apoiada pela OPAS e Fundação Kellogg foi a criação do Serviço Especial em Saúde Pública, na década de 1950, que para a odontologia possibilitou as primeiras pesquisas e intervenções em saúde pública, como a fluoretação das águas de abastecimento de uma cidade brasileira, Baixo Guandu (ES), em 1957.

Quando a Fundação Kellogg iniciou a sua atuação, especificamente no Brasil, na década de 1940, o ensino superior era público não gratuito e a maioria das escolas de odontologia eram livres. Se não mantinham cursos de odontologia anexo às faculdades de medicina, a formação do profissional se dava em um curso sem prestígio social, numa relação muito próxima do mestre-aprendiz. As escolas de odontologia funcionavam em péssimas condições, com inadequadas instalações físicas e escassez de docentes com formação necessária para a função. Nos processos de estruturação e posterior busca de consolidação do ensino odontológico no Brasil, é inegável a atuação principalmente da Fundação Kellogg no financiamento e apoio às iniciativas de reorientação dos serviços públicos de odontologia, bem como da formação dos profissionais de saúde.

A Fundação Kellogg atuou especificamente nos pontos de maior carência das faculdades de odontologia, interferindo de modo decisivo nas concepções vigentes nestas instituições na medida em que financiou aquelas escolas que pretendiam atuar a partir do seu ideário. Ideologicamente, para a Fundação, a sua atuação se dava no nível da filantropia, favorecendo “os vizinhos” mais pobres. Tal atuação, no entanto, efetivou-se por meio de medidas compensatórias e dentro das recomendações do governo norte-americano – Ponto IV, Aliança para o Progresso –, emanadas da necessidade de contenção das “idéias socialistas”, principalmente na América Latina. Nesse sentido, é oportuno destacar que a fundação ocupou, no caso brasileiro, um espaço político que deveria ter sido ocupado pelo Estado, no financiamento das ações de saúde pública e do ensino superior, na elaboração de políticas de orientação da formação dos profissionais de saúde e nas políticas de saúde. Dessa forma, permitiu alguns avanços na estruturação dos cursos de formação e, paradoxalmente, contribuiu para o enfraquecimento dos movimentos sociais de luta pela construção da cidadania, por meio das reivindicações dos direitos sociais inerentes a ela, como o direito à saúde e à educação pública e de qualidade.

Como analisamos anteriormente, o Estado brasileiro é membro da OPAS e signatário das determinações emanadas por essa agência internacional. A OPAS é financiada, bem como todas as suas congêneres, pelos países

membros com direito a voz e voto de igual peso. Como sempre, o orçamento é pequeno para as crescentes necessidades de saúde, devido às deficiências das políticas sociais públicas nos países latino-americanos. Nesse sentido, as dotações extra-orçamentárias constituíram o grande diferencial na dinâmica de financiamento desse órgão. Elas destinaram-se aos programas e projetos específicos, adotando-se como critério de alocação o especificado pela instituição doadora. A Fundação Kellogg contribuiu financeiramente com a OPAS para a execução de muitos projetos na linha de reorientação dos serviços e de formação profissional, o que, certamente, garantiu a essa fundação papel relevante no campo da saúde. No entanto, a adoção das propostas divulgadas pela OPAS e pela Fundação Kellogg não foram incorporadas às políticas de saúde e educação brasileiras, principalmente no período militar.

Os avanços na reorientação dos serviços de saúde e da formação profissional - que pretendiam mudanças significativas na ordenação da prática profissional - esbarraram nos interesses contraditórios da sociedade brasileira, sobretudo nos interesses do grande capital "na medida mesma da importância histórica destas políticas" (LUZ, 1991 p.144). Pois tanto a saúde com a educação têm sido historicamente defendidas como espaços de ação da iniciativa privada. Esses embates históricos perpassam as políticas de formação das diversas áreas. No caso do ensino da odontologia, as orientações adotadas por meio da concepção de formação e dos currículos desses cursos refletem essas

contradições e ambigüidades, sobretudo os instituídos a partir de 1961, quando uma nova possibilidade de formação estava sendo discutida.

A pesquisa identificou que, no período, o fórum privilegiado dessa discussão no campo da odontologia foi a ABENO, associação criada sob a égide da “mudança na formação profissional”. Como se apresenta na tese, a ABENO é um colegiado dos diretores das faculdades de odontologia brasileiras majoritariamente composto pelos representantes da iniciativa privada no campo da educação. Por ser um colegiado de membros que ocupam cargos temporários, o órgão assume a conformação do conjunto dessas pessoas em um determinado período. No início da sua criação, havia um peso considerável das escolas de odontologia estaduais paulistas, que representavam as aspirações para o ensino da odontologia de então. Eram escolas consideradas modernas, bem aparelhadas, que ministravam os poucos cursos de especialização disponíveis à época, inclusive o de especialização em saúde pública, referência para a América Latina, cujos docentes tinham uma formação mais especializada.

Sob a influência do prof. Paulino Guimarães Júnior, professor da USP e membro de sua diretoria até 1978, a ABENO formulou propostas para o ensino da odontologia dentro do ideário preconizado pela OPAS e Fundação Kellogg: ensino integrado, integração entre o ciclo básico e o profissional; ênfase na prevenção; contato mais precoce do aluno com o paciente. Ou seja, características consideradas inovadoras para o ensino da odontologia,

consubstanciado no projeto de ensino da Faculdade de Diamantina. No entanto, as experiências desenvolvidas por essa unidade de ensino parecem não ter ensejado mudanças na prática institucional das IES que ministravam cursos de odontologia. Da mesma forma, a proposta de Odontologia Integral, financiado pela Fundação Kellogg e com o apoio da OPAS, que tinha como objetivo dar sustentação às propostas da Reforma Sanitária (MENDES & MARCOS, 1984; MENDES, 1986), continuou restrita à experiências pontuais de prática de ensino – ligadas à extensão – e de alguns serviços públicos de odontologia.

A dinâmica de organização pedagógica dos cursos de odontologia no Brasil, ao longo da história do seu ensino no País, como analisada anteriormente, efetivou-se por meio da inclusão das disciplinas/conhecimento/conteúdo das “matérias básicas” e por uma tentativa de implementação dos conteúdos/práticas da odontologia social. De maneira geral, a pesquisa identificou que a articulação entre as “matérias básicas” e a odontologia social e os conteúdos das ciências sociais não se efetivou na prática, na medida em que vários “modelos” foram experimentados e “aparentemente” nenhum se mostrou satisfatório, principalmente no que se refere à garantia de formação ampla que incorporasse, de fato, a odontologia social e a visão que ela instaura da prática profissional, como uma práxis social. Portanto, as fórmulas “mais precocemente” ou “ao longo do curso” se constituem em meros arranjos

da grade curricular, porque a concepção da prática e de ensino da odontologia continua intocada e intocável, uma vez que o campo, hegemonicamente, tem priorizado a profissionalização, restrita ao domínio da técnica.

A odontologia é uma profissão para cujo exercício o postulante tem que dominar uma técnica, que se expressa na habilidade sensório-motora do operador, nata ou adquirida. Portanto, é necessário que se forme um profissional com o domínio da técnica e que seja habilidoso na sua execução. O que se questiona é a forma com que a técnica é apropriada na sociedade, a serviço de quem e de quais interesses ela se coloca, a serviço de quais interesses e para quais grupos ela é desenvolvida, divulgada, empregada e disponibilizada.

A inserção da prática odontológica na sociedade não foi explicitamente contemplada ao longo das discussões sobre as reformulações pelas quais passou o ensino da odontologia. As constatações de que a odontologia é uma profissão eminentemente técnica e de que os cursos deveriam envidar esforços para que o profissional a ser formado a dominasse foi a concepção que fundou todos os currículos de odontologia implantados ao longo da sua história. O domínio do conhecimento que originou a técnica, a sua interligação com outras áreas do conhecimento, a repercussão do emprego da técnica ou a ausência do seu emprego para a saúde geral do indivíduo, as formas de manutenção da saúde e prevenção das doenças que acometem a cavidade

bucal dos indivíduos foram discussões que não estão explicitadas nas reformulações do ensino da odontologia. Ao contrário, foram questões silenciadas pela concepção dominante de formação profissional no campo, como forma de escamotear as fissuras que historicamente surgiam no projeto hegemônico da profissão.

Mudanças significativas na área da saúde passam por alterações estruturais nas políticas sociais do Estado brasileiro, envolvendo, entre outros, alterações nos padrões de financiamento, gestão e formação. Desse modo, alterar as políticas setoriais da área da saúde, aprimorar a gestão e a forma de organização do sistema de saúde, reestruturar a formação dos recursos humanos em saúde são passos importantes mas insuficientes para a resolução de impasses estruturais na área, pois o presente estudo advoga a concepção de que a saúde, efetivamente, é garantida por meio da adoção de políticas sociais e econômicas. E no âmbito das políticas sociais (saúde, habitação e educação), tratadas como políticas compensatórias de distribuição de renda, elas não se resolvem, se complexificam.

O perfil do profissional formado para a área da saúde é fruto das políticas de saúde e educação sustentadas politicamente pelos grupos que influenciam na tomada dessas decisões - uma vez que são “(...) as ações concretas de saúde, como as condições em que se realizam (...), [que] definem ou determinam o tipo, a estrutura e a composição dos recursos humanos saúde

de uma sociedade” (MACEDO, 2000, p.260). Nesse sentido, a formação desses profissionais, historicamente, foi adequada às demandas sociais formuladas pelos grupos que deram sustentação ao Estado brasileiro – “autoritário” ou “democrático” – e, portanto, contribuíram para revelar as desigualdades sociais implícitas na forma com que os serviços de saúde estavam politicamente orientados. Assim, não havia uma distorção entre os serviços de saúde e a formação dos recursos humanos em saúde, como se insistia em afirmar, mas uma sintonia entre a demanda por um tipo de ensino e de profissional e uma formação - mesmo que muitas vezes com demora, devido às condições estruturais dos estabelecimentos de ensino.

Esse modelo de prática e de ensino da saúde, iniciado no início do século XX e conhecido por “flexnerianismo”, segundo Macedo (2000, p.262), “partiu da necessidade de desenvolver nas escolas e nas instituições para permitir uma melhor capacitação tecnico-científica dos recursos humanos”. Esta conformação do ensino de saúde incorporada não só nas instituições formadoras de recursos humanos para a saúde, como também no imaginário da sociedade sobre a formação e a atuação dos profissionais de saúde, é extremamente onerosa, tanto do ponto de vista individual, como dos estados que a instituíram como política de saúde e, portanto, inviável para a maioria dos países como modelo de atenção em saúde, como já discutido. O modelo de atenção à saúde proposto pela Saúde Pública, por não ter o caráter hegemônico conquistado pelo

modelo privado, não se constituiu sequer como contra-hegemônico, sendo um modelo complementar a ser ofertado aos excluídos, aos que não tinham acesso ao modelo privado – socialmente desejado como sinônimo de eficácia e qualidade.

Portanto, pensar em mudanças na formação dos recursos humanos em saúde passa por alterações na produção das ações de saúde e vice-versa, pois são sistemas que se completam e se retro-alimentam. Não é por acaso que as agências internacionais investem na “oferta de idéias” sobre as mudanças necessárias para o setor da saúde. A depender de onde se originam as idéias, o serviço e a formação devem estar sintonizados, ou apenas o serviço, porque as opções de inserção como usuário do sistema ou como profissional estão condicionadas à “possibilidade de consumo individual, variável segundo mérito e a capacidade dos consumidores” (GENTILLE, 2001, p. 18) e, portanto, “naturalmente” desigual.

Nesse aspecto, DCN são frutos dos desdobramentos das discussões acerca do ensino da odontologia construídas a partir das recomendações da reunião de Viña del Mar, realizada no Chile em 1956, coordenadas pelas agências internacionais que a apoiaram no Brasil. É, também, fruto de uma construção nacional coletiva de diferentes atores, que, ao longo da história da constituição do ensino da odontologia, se posicionaram estrategicamente e se prepararam teoricamente para a defesa de um serviço de saúde pública de

qualidade e uma formação profissional compatível com essa possibilidade de atuação.

O currículo mínimo com as descrições dos conteúdos básicos instituídos a partir de 1961, por exigência da LDB, passou a ser considerado uma camisa de força para o ensino e a impedir a adequação aos avanços tecnológicos, ao contemplar a solução dos problemas locais. Os conhecimentos que passaram a não ser contemplados por essa estrutura curricular foram os das novas especialidades que criadas ao longo do desenvolvimento do conhecimento em odontologia. Os interesses corporativos e econômicos para a sua inclusão passaram a constituir uma voz a mais para pleitear a necessidade da mudança.

Hoje, a política para a educação superior no País preconiza um ensino massificado, diversificado, aligeirado e regulado pelo mercado. As DCN incorporam também essas possibilidades. O mais preocupante para o ensino da odontologia é a possibilidade da coexistência de cursos de odontologia que incorporem diferentes orientações para o mercado, ou seja um ensino de odontologia hierarquizado, já que a legislação permite a construção dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) a partir da realidade local de cada instituição de ensino. A construção dos PPP para os cursos de odontologia em si é um avanço, desde que as DCN garantam um padrão básico de qualidade. As DCN são extremamente flexíveis e possibilitam orientações distintas no curso, ao sabor das demandas do mercado, desde que a “formação do Cirurgião-Dentista

[contemple] o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe” (RESOLUÇÃO CNE/CES nº3).

Ao trabalharem a concepção de conteúdos para a formação profissional por meio da idéia de competência, atitude e habilidade, as DCN podem incorporar qualquer demanda de formação profissional. A rigor, ao vincular a formação aos níveis de atenção do SUS, as DCN defendem o princípio da integralidade das ações. As ações de saúde, para serem desenvolvidas de forma integral, pressupõem desde a promoção da saúde à atenção de alta complexidade. A lei que institui o Sistema Nacional de Avaliação preconiza que cada IES deve ser avaliada a partir de sua “vocação” e das demandas locais. Então, é necessária a formação de um profissional capaz de atuar em todos os níveis de atenção, de acordo com o texto das DCN, desde que isto esteja convincentemente argumentado nos PPP.

Então emerge a questão: Cabe a que modalidade de ensino a formação para cada nível de assistência a saúde? Qual é o limite da graduação nessa formação? Qual é o papel da pós-graduação? Onde se insere o tecnólogo nesse processo de reorientação dos serviços de saúde articulado com as mudanças na formação dos recursos humanos para a saúde? São questões que extrapolam essa pesquisa e que, no entanto, devem ser aprofundadas.

Os serviços de saúde do SUS não são tão numerosos a ponto de serem capazes de abrigar todos os alunos dos cursos de graduação em saúde e, especificamente, de odontologia, onde esses se localizam, de forma tal que todos possam ser formados vivenciando a sua realidade. Então, será necessária a criação de novos cenários de prática, para além dos restritos ao serviço público de atenção básica, ligados aos Programas de Saúde da Família, como é priorizado nas DCN. Esses cenários de prática podem ser, inclusive, os serviços de média e alta complexidade que se concentram majoritariamente sob o controle do setor privado ou suplementar.

Os cursos das IFES apresentam as melhores possibilidades de conseguir articular um ensino que contemple as DCN na sua amplitude, uma vez que, em sua maioria, possuem um corpo docente titulado capaz de executar uma proposta de formação mais articulada à construção de projetos políticos pedagógicos pertinentes. Nessas IES, se encontram os professores com melhor qualificação e com vínculo de trabalho em tempo integral, o que possibilita a execução da proposta, pelo menos teoricamente, e desde que haja disposição política por parte do conjunto dos professores.

No presente estudo, identificamos que, historicamente, a graduação na área da saúde tem sido vista como instrumento de ascensão social dos diplomados cuja aspiração restringia-se a atender a uma parcela da população que pudesse pagar pelos serviços prestados, em detrimento do contingente maior

cujo acesso a esses serviços se limita ao setor privado. Desse modo, o exercício profissional junto à população de baixa renda, que via de regra se dá por meio do serviço público ou pelas denominadas clínicas populares, não é tido como ideal de profissão pelos profissionais da saúde.

A essas questões somam-se os limites da formação profissional para a saúde pública. Para a atuação junto ao contingente populacional de baixa renda, a formação do profissional da saúde é considerada inadequada e onerosa pelos gestores da saúde e pelas agências que “ofertam idéias”, haja vista os problemas de saúde que são solucionados por meio da atenção básica, cujos serviços, segundo essa concepção, podem ser executados por pessoal técnico, sob a supervisão de um profissional de nível superior.

Outro dado importante refere-se à dificuldade enfrentada por esses profissionais de nível superior, no que concerne à competência necessária para trabalharem em equipes multiprofissionais, para planejarem ações de saúde coletiva, bem como para gerenciarem equipes de saúde. Tais questões estão propostas nas DCN, o que vai requerer um grande esforço das instituições e das organizações ligadas à formação profissional, no sentido de reorientar a formação para garantir o dinamismo e a inclusão, conforme o preconizado pelo ideário das DCN.

A mudança na formação dos recursos humanos é uma demanda tanto do setor público como da medicina supletiva, uma vez que a adoção de medidas

de promoção da saúde e a organização da prestação de serviços nessa área baseada na atenção básica possibilitam diminuir os custos operacionais dos serviços e dos planos de saúde, aumentando os lucros e, também, a saúde dos segurados. A demografia aponta o envelhecimento da população, o que demandará outros cuidados em saúde e o maior investimento em ações educativas e promocionais, na população como um todo, de forma a garantir o envelhecimento que preserve e prolongue a qualidade de vida.

Os caminhos apontados para as mudanças na graduação na área da saúde prescindem de um grande contingente de profissionais de nível superior e requerem um grande número de pessoal técnico. Por um lado, a necessidade de formação do profissional que domine técnicas de tratamento com a inclusão de tecnologia de alta complexidade pode ser suprida nos cursos de pós-graduação *latu ou stricto sensu*. Por outro lado, a formação do profissional da área da saúde com as competências especificadas nas DCN só pode se efetivar por meio de um grande investimento na formação docente. Quem poderia assumir esta mudança? A universidade pública, por meio de parcerias bilaterais, poderia ocupar-se de parte dessas atribuições, tanto na graduação como na pós-graduação. Essa configuração do ensino serviria como um mecanismo de reforço à política de diversificação das instituições de ensino, já que a autonomia e o respeito ao “perfil” ou à “vocação” de cada instituição de ensino deve ser respeitada e é

encorajada nos documentos oficiais, como na Lei que institui e regula a avaliação no ensino superior.

O presente estudo identificou que a formação dos recursos humanos auxiliares para a saúde bucal coletiva é uma discussão que vem sendo recomendada pelos organismos internacionais para o Brasil, desde a década de 1940, e se encontra em discussão atualmente no MEC. Desse modo, a formação de pessoal técnico na área da saúde também está sendo alinhavada na reforma universitária por meio da possibilidade de criação de cursos tecnológicos.

Frente a essa realidade, a categoria profissional necessita aprofundar tais discussões, sob pena de se ver atropelada pela implantação dos cursos tecnológicos para a saúde bucal, sem uma avaliação pelos profissionais da área. Algumas questões sobre a formação desse recurso devem ser debatidas, tais como: - Qual a importância desses profissionais para a mudança do atual quadro epidemiológico da saúde bucal? Como deveria ser a sua formação? Esse tecnólogo teria as mesmas atribuições do Técnico em Higiene Dental (THD)? Que atribuições poderiam ser acrescentadas às atuais, sem ferir a autonomia técnica do Cirurgião-Dentista? O tecnólogo poderia trabalhar sem a supervisão do Cirurgião-Dentista?

Hoje os THD são formados dentro das escolas técnicas do SUS, gerenciadas pelas secretarias estaduais de Saúde, em um número muito reduzido que sequer chega a suprir as necessidades dos serviços, tais como estão

estruturados. A formação do THD também é realizada pelas escolas de nível médio particulares, que têm autorização das secretarias de educação estaduais para ministrar alguns cursos técnicos na área da saúde, como também os da enfermagem, sem controle e fiscalização por parte das instituições de saúde. Esse mesmo formato vai prevalecer para os cursos de tecnólogo em saúde bucal?

As discussões apontadas como tendências nessa pesquisa têm como finalidade compreender e possibilitar elementos analíticos para a avaliação dos processos de formação e da realidade da área de saúde no País. Desse modo, se entende que a realidade não é inexorável, ela é histórica, e pode e deve mudar por meio da intervenção dos diferentes, diversos e desiguais atores que a compõe. Neste sentido, apontar a tendência de uma diversificação no ensino odontológico, que pressupõe a formação profissional em diferentes modalidades de ensino superior, é suscitar uma discussão que pode subsidiar os rumos que a profissão deseja tomar ou resultar num processo de extrema fragmentação e fragilidade dos processos de formação. Nesse sentido, o grande diferencial de mudanças nos processos formativos e de atuação profissional passa por uma concepção de formação ampla, que contemple a formação técnica e de forma articulada a um paradigma de saúde incluyente, em detrimento da lógica predominantemente histórica no campo, fortemente marcada pela defesa de uma formação técnica e mercadológica no sentido *stricto*. Tal perspectiva, segundo

este estudo, implica uma subversão no ideário que demarca o campo e grande parte da categoria profissional, e significa avançar na efetivação de mudanças direcionadas à garantia de eficiência, eficácia e, sobretudo, efetividade das ações no campo da saúde.

FONTES DE PESQUISA

ARNETT, J.C. Para o povo da América Latina: a fundação W.K.Kellogg e sua associação com o povo da América latina para a melhoria do bem-estar humano. **Battle Creek, Michigan, EUA. Fundação W.K.Kellogg, 1986, 111p.**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. ABENO- 26 anos a serviço da odontologia brasileira – 1956 A 1982.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. Abeno entrega currículo ao Conselho Federal de Educação. ABENO notícias. Camarajibe – PE. Ano I, nº1, ago.set, 1978.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia. Proposta da Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia SESu/MEC. Brasília – setembro de 1998. Acesso em 20/04/2001. Disponível: <http://www.abeno.org.br/prop.htm>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. Recomendações sobre a implementação das " Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia" . Com base no Parecer CNE/CES nº1300/01. de 06/11/2001. Acesso em 09/11/2003. Disponível: <http://www.abeno.org.br>..

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. Educação Superior na América Latina e Caribe: documento de estratégia. **Washington, D.C. Julho, 1998. nº EDU-101. 48p**

BANCO MUNDIAL. La enseñanza superior: las lecciones derivadas de la experiencia, **Washington, D.C, 1995.**

BOLETIM DA ABENO anos: 1962, 1970, 1978, 1979

BRASIL, Constituição Federal, 1988.

BRASIL, Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: [http// www.inep.gov](http://www.inep.gov)

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Secretaria de Ensino Superior- Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia – Proposta da Comissão de Especialista de Ensino de Odontologia, Brasília, setembro de 1998 .

BRASIL, MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Histórico da Previdência Social – 1888 -1933. Acesso em 03/10/2005. Disponível: <http://www.previdencia.gov.br> .

BRASIL. LEI nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

CAPES. Histórico da Capes. Acesso em 22/08/2005. Disponível: <http://www.capes.gov.br/capes/porta/conteúdo/10/histórico.htm>.

CHAVES, M; CUTHBERT, G Um hemisfério unido. Battle Creek, Michigan. W.K. Kellogg Foundation. s.d. 108p.

CHAVES, MM. La enseñanza de la odontología em la América Latina. Boletín da la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 36, nº 1, v. XLIII, julio, 1957. Acesso: 01/08/2005. Disponível: <http://www.saudepublica.bireme.br>.

CHAVES, MM. Las tendencias de la enseñanza de odontología em el hemisfério occidental. Segundo Seminario Latinoamericano sobre la Enseñanza de la Odontología. Publicações Científicas, n. 121, octubre, 1965, p. 63-86.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p.10. 4 de março de 2002.

CUNHA, LA. A universidade crítica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989. p.267.

_____. A universidade reformanda. Rio de Janeiro, Francisco Alves. 1988. p.332.

_____. A universidade temporã. 2ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves. 1986. p.339.

CURSO DE MEDICINA E CIRURGIA DA UNIVERSIDADE DO PARANÁ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso: 13/05/2005. Online. Disponível: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, setembro, 1978. Disponível em: <http://www.wkkf-lac.org>

DOCUMENTA nº 10. Parecer nº 299/62. Brasília, dezembro de 1962. p. 93-95.

DOCUMENTA nº 12. Lei nº 4.024 de 20/12/1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Título IX .Brasília, março de 1963. p. 81-89.

DOCUMENTA nº 260. Parecer nº 370/82. Brasília, julho de 1982. p. 46-54.

DOCUMENTA nº 263. Resolução nº 4 de 3/0/82. Brasília, outubro de 1982. p. 113-114.

ESCOBAR, A (org). Simpósio Câmbios: Desafios del siglo XXI. Illinois, Chicago (EUA), 1988.

ESCOLA ANATÔMICA, CIRÚRGICA E MÉDICA DO RIO DE JANEIRO. Dicionário

Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso: 13/05/2005. Online. Disponível na Internet (<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>).

ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso: 13/05/2005. Online. Disponível <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

ESCOLA DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso 13/05/2005. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

ESCOLA DE FARMÁCIA DE PERNAMBUCO. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso: 13/05/2005. Online. Disponível: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

ESCOLA LIVRE DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso 13/05/2005. Online. Disponível <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

ESCOLA LIVRE DE FARMÁCIA E QUÍMICA INDUSTRIAL DE PORTO ALEGRE. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso 13/05/2005. Online. Disponível <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

ESCOLA LIVRE DE ODONTOLOGIA DE BELO HORIZONTE. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso 13/05/2005. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

FACULDADE DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DO CEARÁ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso 13/05/2005. Online. Disponível <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

FACULDADE DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso: 13/05/2005. Online. Disponível: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARÁ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso: 13/05/2005. Online. Disponível: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

FÁVERO, M.L.A. A Universidade do Brasil: das origens à construção. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Inep, 2000a, v1, 188p.

FÁVERO, MLA. (org) A Universidade do Brasil: guia dos dispositivos legais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Inep, 2000b, v2, 226p.

GUIMARÃES JR, P. Ensino Integrado Bol. ABENO, São Paulo. v.6, nº1, p.26-30. junho, 1979.

GUIMARÃES JR, Paulino. Estudo para a reestruturação do currículo das faculdades de odontologia do Brasil. Bol. ABENO, São Paulo 4(2):19-32, out. 1962.

GUIMARÃES JR, PAULINO. O ensino odontológico no Brasil. CAPES Série Levantamentos e Análises, n.25, 1961, 44p.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE FLORIANÓPOLIS. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso: 13/05/2005. Online. Disponível: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Estudos sobre a formação e utilização dos Rh na área da saúde. Departamento de Documentação e Divulgação, Brasília, DF, 1976, 63p 1976.

MENDES, E.V; MARCOS,B. Odontologia Integral: bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológicas. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP,1984, 66p.

MENEZES, J.D.V. Um século de ensino odontológico. Imprensa Universitária da UFC. Conferência pronunciada em 25 de outubro de 1984. Fortaleza. 1985, p.3-12.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria Geral. Estabelecimentos de Ensino Superior no Brasil. Serviço de Documentação, 1970.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos na área da saúde. Brasília, DF, 1976. 63p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Diretoria do Ensino Superior. Uma experiência educacional: plano piloto de ensino integrado, 1965-1969. Rio de Janeiro, 1970, 110p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Conselho Federal de Educação. Currículos Mínimos dos Cursos de Graduação. 4 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF, 1981, p.458-462.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia: Proposta da Comissão de Especialista de Ensino de Odontologia SESu/Mec. Brasília, setembro de 1988 (mineografado).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1.300/01.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Acesso em: 9/11/2003: Disponível <http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm#objetivos>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Programa de Preparação estratégica de Pessoal da Saúde. Brasília, Junho, 1976.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-SAÚDE. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980, p.203-216.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário sobre Incentivos às Mudanças na graduação das carreiras da saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, maio de 2003. 16p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. As bases legais que exigem uma política do SUS para a mudança na graduação em saúde. Acesso em: 16/08/2004. Disponível: <http://www.saude.gov.br/sgetes/deges>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. AprenderSUS: O SUS e os cursos de graduação da Área da Saúde. Brasília, 09 de agosto, 2004, 10p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Perfil da Odontologia Brasileira. DNSB – Documento Técnico 01/88, maio, 1988.

OLIVEIRA, A.M.B.T.L. A Formação da Odontologia no Brasil. Cartas Régias, Alvarás, Decretos e Leis. Anais da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. XXVIII/XXXIV, p. 17-29, 1975-1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. La enseñanza de la odontología. Série Informes Técnicos n° 244. Genebra, 1962. 35p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Metas de salud en la Carta de Punta del Este: Hechos que revelan progreso. Publicaciones varias n° 81, mar, 1966. p.28-35.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Primer Seminário Latinoamericano sobre la enseñanza de la Odontología. Bogotá, Colômbia. Publicações Científicas n° 77. Mayo, 1963. p.368.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Segundo Seminário Latinoamericano sobre la enseñanza de la Odontología. México. Publicações Científicas n° 121. Octubre, 1965. p.384.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. XIV Reunido de Ministros de la Salud. Washington, D.C., septiembre, 1963. 118p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Enseñanza de la Medicina Preventiva e Social. 20 años de experiencia latinoamericana. Publicação Científica n° 324. 63p.

REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. Acesso em: 26/08/2002. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br>

SALLES CUNHA, E. Contribuições históricas à evolução da odontologia no Brasil – memória histórica. Anais da Academia Brasileira de Odontologia; 1971/72: 121 -183.

SAMICO, A. Ensino odontológico (Palestra proferida em 23/10/1992, comemorativa ao Dia do Cirurgião-Dentista). Acesso. 28/07/2005. Disponível: <http://www.cro-pe.org.br/historia.html>.

SOUZA, AP. Alguns dados sobre a legislação do ensino odontológico no Brasil. Anais da Academia Brasileira de Odontologia. Rio de Janeiro, p. 184-192, 1971.

TABACOFF, G. Currículos Odontológicos Nacionais. Salvador, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia, 1997. 82p. mimeografado.

TERCER SEMINARIO SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGIA. Educación Dental. Ica (Peru), v. III –IV, n. 1,2 -1,2, p.22-31, jun. 1986.

UNESCO. Conferência Mundial sobre la educacion superior en el siglo XXI: vision y accion. 30° Reunión, París, 1999. Disponível em: <http://www.unesco.org>.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. FUNDAÇÃO W.K.KELLOGG. 1º Reunião do Programa Latino-Americano de Inovações em Educação Odontológica. Piracicaba, fev. 1976. 203p.

W. K. KELLOGG FOUNDATION. Programas na América Latina e no Caribe: presença regional Acesso em novembro, 2005. Disponível: <http://www.wkkf-lac.org/GenericPage.aspx?PageID=5&nid=2,7&LanguageID=2> .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, AJ. Estado, mercado, comunidade e avaliação: proposta de um quadro teórico-sociológico. IN: Avaliação educacional: regulação e emancipação. São Paulo: Cortez, 2000. P.93-125.

ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L; LLANOS, M (org.) Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, Tomo 1. Um olhar analítico, p. 1-16.

ARANGO, A. Modelos de Enseñanza de la Odontología en la América Latina. Cuadernos de Educación Odontológica: autores latinoamericanos. Caracas, Venezuela, [s.e.], 1989, p.5-16.

AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.268p

BOURDIEU, P. A produção da crença: contribuição para uma economia dos bens simbólicos. São Paulo: Zouk, 2002 c.

CANELON, J.S. Enseñanza odontológica y subdesarrollo: Venezuela 1853-1940. Caracas: Imprenta Universitaria, Universidad Central de Venezuela, 1975, 158p.

CARVALHO, CL. Dentistas Práticos no Brasil: História de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003, 266f.

CATANI, AM; OLIVEIRA, J.F. A Educação Superior. In: OLIVEIRA, R.P. & ADRIÃO, T. (orgs) Organização do ensino no Brasil: níveis e modalidades na Constituição Federal e na LDB. São Paulo Xamã, 2002. p.77-88.

CHAVES, M.M. Las tendencias de la enseñanza de odontología em el hemisfério occidental . /n: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Segundo Seminario Latinoamericano sobre la enseñanza de la Odontología. México. Publicações Científicas nº 121. Octubre, 1965. p.63-86

CHAVES, M.M. La enseñanza de la odontología en la América Latina. Bol Of Sanit Panamer, n.43, p.1-16, 1957

CHAVES, M; KASIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. //: ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L; LLANOS, M (org.) Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, Tomo 1. Um olhar analítico, p. 1-16.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Pesquisa perfil profissional, 2003. Acesso, 24/04/2005. Disponível: http://www.cfo.org.br/download.pdf/perfil_CD.pdf

CORAGGIO, JC Propostas do Banco Mundial para a educação: sentido oculto ou problemas de concepção? *In*: DE TOMMASI, L ;WARDE, M.J; HADDAD, J (organizadores). O Banco Mundial e as Políticas Educacionais. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2003. p.75-123.

CORDON, J; GARRAFA, V. Prevenção versus Preventivismo. Divulg. Saúde para Debate. Londrina (PR), n.6, p.10-16, 1991.

CORDON,JP. Sobre a construção histórica do conceito de odontologia em saúde coletiva. Ação Coletiva. v.I, nº 1, p.7-25, jan/mar,1998

COSTA, J.F. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Ed Graal, 2004. 282p

CUNHA, L.A. Diretrizes para o estudo histórico do ensino superior. Em aberto. Brasília, ano 3, n.23, p.7-26. 1984

_____ Desenvolvimento desigual e combinado no ensino superior: estado e mercado. Educ. Soc.: Campinas, v.25,n.88, p.795-851, Especial – Out. 2004.

DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. 8ªed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC: UNESCO, 2003.

DOCUMENTO PARA POLÍTICA E MUDANÇA E DESENVOLVIMENTO NO ENSINO SUPERIOR. Educ. Bras. v.17, n.34, p.153-221. 1º sem, 1995

DOURADO, L.F. A interiorização do ensino superior e a privatização do público. Goiânia: Ed. Da UFG, 2001. 202p

FAUSTO, B. História do Brasil. São Paulo: EDUSP 2002, 660p

FEBRES-CORDERO, F. Prólogo *in*: Canelon, Jesus Saturno. Enseñanza odontologica y subdesarrollo: Venezuela – 1853 – 1940. Caracas: Imprenta Universitária. Universidad Central de Venezuela. 1975, p.15-22.

FERNANDES NETO, et al A Trajetória dos cursos de graduação na saúde. Odontologia, 2006, p.382-409.

FEUERWERKER, L. Além do Discurso de mudança da educação média: processos e resultados. São Paulo: HUCITEC; LONDRINA: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002, 306p.

FREIDSON, E. La profesión médica: um estúdio de sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península, 1978. 373p.

FREITAS, SFT. História social da cárie dentária. Bauru, SP:Edusc, 2001, 126p.

FRIGOTTO, G. Mudanças societárias e as questões educacionais da atualidade do Brasil. Ciência & Opinião. Curitiba, v.2, nº1/2, p.15-28, jan/dez. 2005

GALVÃO NETO, C. A profissão odontológica no Brasil: o ensino odontológico no Brasil. Anais da Academia Brasileira de Odontologia; 1989/90: 27 -98, 1990

GENTILI, P. O consenso de Washington e a crise da educação na América Latina. *In: A falsificação do consenso: simulacro ou imposição na reforma educacional do neoliberalismo*. 2ª ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2001. p.13-39

GOMES, A. Política de avaliação da educação superior: controle e massificação. Educ. Sociol. Campinas, SP: Cedes, v. 23, nº 80, p.277-300, set. 2002.

IANNI, O. A ocidentalização do mundo *In: Teorias da globalização* 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p.97-115.

_____ O ciclo da revolução burguesa. 2ª ed., Petrópolis:Vozes, 1985. 112p.

LIMA, N.T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. *In: FINKELMAN, J. (org) Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p.25-116.

LUZ, MADEL T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’ – anos 80. Physis, Revista de Saúde. v.1, n.1, 1991

MACEDO, C.G. La universidad y la salud para todos en el año 2000. Educ. Méd. Salud. V.19, nº3, 1985.

MACHADO, M.H. (coord). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1977. 244p.

MARTINS, C.B. O ensino superior brasileiro nos anos 90. São Paulo em Perspectiva. v.14, n.1, p.41-60. 2000.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Ciências & Saúde Coletiva. v.6, nº2, p, 377-389, 2001.

MENDES, E.V. A reforma sanitária e a educação odontológica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.2, nº4, p.533-552, out/dez, 1986.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In: MENDES, E.V. (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1995, p. 19 – 85.

MENEZES, J.D.V.; LORETTO, N.R.M. ABENO: 50 anos de contribuição ao ensino odontológico brasileiro. Maringá: Dental Press, 2006. 316p.

MIRANDA, C.A.C. Da Polícia médica à cidade higiênica. Disponível em: <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/policia.htm>. Acesso em 24/04/2005.

NARVAI, PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

NATAL E SILVA, C. Nova Dimensão e novas oportunidades para o aperfeiçoamento

técnico-profissional em farmácia e odontologia. Discurso de paraninfo proferido em Goiânia, 19 de dezembro de 1962. p.21.

NUNES, E.D. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). História Ciências, Saúde — Manguinhos, VI(3): 631-657, nov. 1999-fev. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986.

PAIVA, C.H.A. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-70). Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicacoes .Acesso em 21/08/2006.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Educação & saúde em odontologia: ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Santos Editora, 1995. 93p.

QUEIROZ, M.G. Óbvio ou Obscuro: estudo das representações sociais dos alunos dos cursos de medicina e odontologia, acerca de suas profissões, 1997. 200f. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar Brasileira) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás. Goiânia.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. // PEREIRA, AC e cols. Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.28-49.

SANTANA, J.P; CAMPOS, F.E; SENA, R.R; Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. CADRHU.

SILVA JR, J.R. Reforma do estado e da educação no Brasil de FHC. São Paulo: Xamã, 2002. 135p.

SOARES, M.C.C. Banco mundial: políticas e reformas // DE TOMMASI, L; WARDE, M.J.; HADDAD, J. (organizadores). O Banco Mundial e as Políticas Educacionais. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2003. p.

STAR, P. La transformacion social de la medicina em los estados Unidos de América. México: Fondo de Cultura Económica, 1991, p.537

TEIXEIRA et al, Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: MACHADO, MH. Profissões de saúde uma abordagem sociológica. Editora FIOCRUZ 1995.

TEIXEIRA, A. A consolidação e expansão do ensino superior // Ensino Superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1989, p.111 -123.

VIEIRA, et al, Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. // BARROS, et al (org). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília, Ministério da Saúde. 2004, p.183 -202.

WERNER, C.W. Formação de Cirurgiões-Dentistas: um problema nacional. ABOPREV, 1989

APÊNDICE

A.REUNIÕES ANUAIS DA ABENO

Tabela A.1. Reuniões Anuais da ABENO, ano, tema central, local no período de 1956 a 2005.

Nº	ANO	TEMAS	LOCAL
I	1956	Problemas do Ensino Odontológico	Poços de Caldas - MG
II	1958	Concurso de Habilitação Treinamento de Pessoal do Magistério programas de Ensino	Natal - RN
III	1960	Bibliotecas Organização Geral do Currículo Cursos de Pós-graduação	Diamantina -MG
IV	1962	- Objetividade do Ensino das Cadeiras Básicas na Formação de Profissionais de Odontologia, - Recrutamento e Seleção de Candidatos para Curso de Odontologia	São Paulo -SP
V	1964	- Conceito de Matéria, Disciplina e Cátedra, - Distribuição Percentual da Hora-Aluno pelas Diversas Disciplinas, - Estrutural Departamental	São Paulo - SP
VI	1966	Esta reunião foi realizada concomitante ao III Seminário Latinoamericano sobre o ensino odontológico	Petrópolis -RJ
VII	1970	Integração do Ensino Odontológico	São Paulo -SP
VIII	1971	- Disciplinas Básicas e Disciplinas Pré-Clínicas: conceito e posição curricular, - A formação profissional observada à luz do sistema de créditos no ciclo básico, - Organização e funcionamento dos colegiados de curso, - Localização no “campus” dos institutos básicos (ou unidades equivalentes) e das unidades profissionalizantes, - Significação para a integração no ensino e na pesquisa.	Belo Horizonte - MG

IX	1972	Integração do ensino odontológico ao sistema de saúde	São Paulo -SP
X	1973	Pós-graduação no Brasil na área de odontologia	São Paulo -SP
XI	1974	- Cursos de Especialização, - Organização dos serviços de triagem, - Formação de pessoal auxiliar	São Luiz - MA
XII	1975	- Política Geral do Ensino Superior, - 1º Plano Nacional de Pós-graduação - Problemas do Ensino Superior	Goiânia - GO
XIII	1976	- Atual estágio no ensino de Materiais Dentários, Dentística, Odontopediatria, Odontologia Preventiva e Social e Diagnóstico Oral. - Pesquisa nos Cursos de Pós-graduação em Odontologia no Brasil	Guarapari - ES
XIV	1977	- Desenvolvimento Universitário Brasileiro - Prevenção e Filosofia de Currículo, Currículos Internacionais, Currículos Nacionais - Currículo e seu Objetivo: Produto Final - Parâmetro Científico e Social no Currículo odontológico	Curitiba - PR
XV	1978	Clínica Integrada	Fortaleza - CE
XVI	1979	Currículo Odontológico	João Pessoa -PB
XVII	1980	Pós-Graduação	Londrina - PR
	1981	CONGRESSO COMEMORATIVO DO JUBILEU DE PRATA DA ABENO	Recife - PE
XVIII	1982	Inovações em Odontologia	Salvador - BA
XIX	1983	Currículo Odontológico	Santa Maria -RS
XX	1984	Saúde Bucal	Juiz de Fora - MG
XXI	1985	Câncer Bucal	São Paulo -SP
XXII	1986	Integração dos ciclos básicos e profissionalizantes nos cursos de odontologia	Maceió -AL
XXIII	1987	Integração Docente Assistencial	Florianópolis - SC

XXIV	1988	Objetivos e conteúdo programático Mínimo de Materiais do Curso Odontológico	Belém - PA
XXV	1989	Adequação do Ensino Odontológico à Função Social da odontologia.	
XXVI	1990	A busca do perfil adequado do Cirurgião - Dentista.	
XXVII	1991	Adequação do Currículo odontológico para o perfil ideal do Cirurgião - Dentista.	Porto Alegre -Rs
XXVIII	1992	Objetivos para o processo ensino - aprendizagem em odontologia.	Santos - SP
XXIX	1993	Pesquisa nos Cursos de Graduação e Pós - Graduação.	Rio de Janeiro - RJ
XXX	1994	Ensino Integrado em odontologia: Vantagens e Óbices.	Uberlândia - MG
XXXI	1995	Estimulação e Implementação de Cursos de Pessoal Auxiliar.	João Pessoa - PB
XXXII	1997	Formação de Recursos humanos em odontologia.	Uberlândia - MG
XXXIII	1998	Projeto Pedagógico - Indutor da qualidade de Ensino Odontológico.	Fortaleza - CE
XXXIV	1999	Diretrizes Curriculares - O Que Muda no Seu Curso?	Gramado - RS
XXXV	2000	Planejando o Ensino de Odontologia, Ação Docente e Desenvolvimento Curricular.	Campos do Jordão -SP
XXXVI	2001	Processo de Transformação e melhoria da qualidade de ensino	São Luis - MA
XXXVII	2002	Ações para o Aprimoramento da Qualidade do Ensino da Odontologia	Teresópolis/RJ
XXXVIII	2003	Mudanças no Ensino de Odontologia frente às novas Diretrizes Curriculares SUS e PSF e a Responsabilidade Social da Universidade – Estágio Supervisionado	Curitiba - PR
XXXIX	2004	Ensino e Saúde: a integração do ensino para a atenção integral em saúde	Belo Horizonte - BH
*40 ^a	2005	Universidade Promotora de Conhecimentos, Saúde e Prestadora de Serviços	Camboriú - SC

* A ABENO passou a registrar as suas reuniões a partir desta, por meio dos números cardinais.

FONTE: ABENO 26 anos a serviço da odontologia (s.d), História da ABENO, site: www.abeno.org.br

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](#)